

›

**INTERVENTIES DIE PARTICIPATIE  
VERSTERKEN VAN MENSEN MET EEN  
ERNSTIGE ARBEIDSHANDICAP:  
EINDRAPPORT EFFECTEVALUATIE  
PERIODE 2015-2016**

20 maart 2017 ›

**TNO** innovation  
for life

› Rapportage voor  
De Gemeente Amsterdam

# **INTERVENTIES DIE PARTICIPATIE VERSTERKEN VAN MENSEN MET EEN ERNSTIGE ARBEIDSHANDICAP: EINDRAPPORT EFFECTEVALUATIE PERIODE 2015-2016**

Rapport voor	De Gemeente Amsterdam
Datum	20 maart 2017
Auteurs	Joost van Genabeek, Lennart van der Zwaan, Sanne Eekman
Projectnummer	TNO 2017 R10374
Rapportnummer	060.11992.01.01
Contact TNO	Joost van Genabeek
Telefoon	08886 65277
E-mail	joost.vangenabeek@tno.nl

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
1 Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Context.....	4
1.3 Doel.....	5
1.4 Leeswijzer.....	5
2 Kenmerken doelgroep.....	6
2.1 Onderzoekspopulatie: interventiegroep en begeleiders van deelnemers.....	6
2.2 Dataverzameling.....	6
2.3 Uitkomstmaten.....	6
2.4 Interventieselectie.....	7
3 Resultaten.....	9
3.1 Respons.....	9
3.2 Beschrijving onderzoekspopulatie.....	10
3.3 Zelfredzaamheid.....	11
3.4 Participatie.....	14
3.5 Gezondheid.....	18
3.6 Self-efficacy en arbeidscompetenties.....	19
4 Conclusies.....	21
4.1 Zelfredzaamheid.....	21
4.2 Participatie.....	22
4.3 Gezondheid.....	23
4.4 Betaalde arbeid.....	23
4.5 Lessen voor toekomstig onderzoek.....	24
5 Literatuur.....	26
A Bijlage: Onderzoeksdesign.....	28
A1 Design effectevaluatie.....	28
A2. Casestudy.....	30

## Samenvatting

### Doel onderzoek

Met dit onderzoek wordt gepoogd om inzicht te krijgen in de effecten van interventies die ingezet worden om maatschappelijke participatie van (O)GGZ cliënten te verhogen. Op basis van de resultaten kan een antwoord geformuleerd worden op de vraag: *Wat zijn de effecten van de interventies op de mate van zelfredzaamheid en participatie?*

In dit rapport worden uitspraken gedaan over de effectiviteit van acht geselecteerde interventies:

1. Inloop;
2. Dagbesteding in een bruishuis;
3. Participatie in een open omgeving (GGZ);
4. Clubhuismodel;
5. Dagbesteding in een sociale firma;
6. Werken met begeleiding in een sociale firma;
7. Betaald werk voorzieningen;
8. Maatjes contact.

### Opzet onderzoek

In de groep deelnemers aan de interventies zijn met behulp van een online vragenlijst drie onderwerpen gemeten: zelfredzaamheid, participatie en gezondheid. De deelnemers en hun begeleiders hebben hiervoor de zelfredzaamheidsmatrix gescoord. Daarnaast hebben de deelnemers zelf een aanvullende vragenlijst ingevuld met vragen over demografische kenmerken, de mate van participatie, de algemene en psychische gezondheid en de kwaliteit van leven. De vragenlijst is afgenomen op baseline (T0) en na zes maanden (T1).

Binnen dit onderzoek is geen controlegroep opgenomen. De veranderingen in zelfredzaamheid, participatie en gezondheid worden daarom binnen de interventiegroep vergeleken. Het ontbreken van een controlegroep betekent dat enig voorbehoud gemaakt moet worden bij het trekken van conclusies over geconstateerde effecten.

De respons op T1 (N66) is niet toereikend om zicht te krijgen op de effecten van de afzonderlijke interventies. Uitspraken over afzonderlijke interventies worden dan ook niet gedaan in dit onderzoek.

Bij een kleine groep deelnemers en hun begeleiders is een aanvullende vragenlijst afgenomen ter verdieping. Het doel van dit aanvullende vragenlijstonderzoek is om informatie te verkrijgen over 1) de effectiviteit van de interventies voor de self-efficacy en basale arbeidscompetenties van deelnemers en 2) de ervaringen met de interventie. TNO onderzoekers hebben hiervoor interviews afgenomen op baseline (T0) en na zes maanden (T1).

### Resultaten effectonderzoek

De **zelfredzaamheid** is tijdens de deelname aan de interventies significant verbeterd op alle vier leefgebieden die in dit onderzoek zijn onderscheiden: lichamelijk welzijn, psychisch welzijn, maatschappelijk en financieel. Deze significante verbeteringen komen tot uiting op

de leefgebieden dagbesteding, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, ADL, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Op de leefgebieden financiën, huisvesting, huiselijke relaties en verslaving zijn geen significante veranderingen waargenomen.

De **participatie** (zowel werkgerelateerd als los van werk) is gedurende de deelname aan de interventie significant verbeterd voor onbetaald werk (arbeidsmatige dagbesteding en vrijwilligerswerk) en uitgaan (uit eten, bezoek aan een café, bioscoop, concert). Voor de andere vormen van participatie zijn geen significante veranderingen waargenomen.

De **gezondheid** van de deelnemers is niet significant verbeterd tijdens de deelname aan de interventies. Het merendeel van de deelnemers ervaren hun gezondheid als gemiddeld en dit verandert nauwelijks tussen de twee meetmomenten. De kwaliteit van leven verandert evenmin significant, al zien we dat deelnemers over het algemeen tevredener zijn over hun kwaliteit van leven naarmate de interventie vordert. Ook voor de geestelijke gezondheid hebben we geen significante verbeteringen gezien.

In de aanvullende interviews met een selecte groep van deelnemers aan de interventies en hun begeleiders zijn verklaringen aangedragen voor de resultaten van het effectiviteitsonderzoek.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De komende jaren wil de gemeente Amsterdam actief beleid voeren op het stimuleren van de participatie van de (O)GGZ doelgroep. De gemeente hanteert hierbij een brede operationalisatie van het begrip participatie aan de hand van het continuüm dagbesteding, participatie en werk. Doel is om mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, die te maken hebben met een chronische ziekte of handicap, de meest passende ondersteuning te bieden. Waar mogelijk moet deze ondersteuning hen helpen meer zelfredzaam te worden en hun participatie in de samenleving stimuleren.

De Dienst Wonen Zorg en Samenleving van de gemeente Amsterdam wil inzicht in de effecten van bestaande interventies die worden ingezet op het continuüm dagbesteding, participatie en werk. Dit inzicht geeft de gemeente de mogelijkheid scherpe keuzes te maken in de inkoop van interventies. Onderhavig onderzoek draagt hieraan bij door een beoordeling van de effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van zelfredzaamheid en participatie van de (O)GGZ doelgroep.

## 1.2 Context

In Nederland vindt een omvangrijke en complexe verandering plaats van de zorg en de sociale zekerheid. Sinds 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg, de langdurige zorg van ouderen en gehandicapten en de voorzieningen van werk en inkomen. Deze maatregelen dienen ertoe bij te dragen dat mensen beter leren omgaan met hun gezondheid, meer zelfredzaam worden en naar vermogen kunnen participeren in gezin, sociale omgeving en in de maatschappij, zo mogelijk door het verrichten van werk. Van bewoners wordt verwacht dat zij regie nemen over het eigen leven en hulp en ondersteuning bieden aan hun directe omgeving. Uitgangspunt is dat er geen professionele ondersteuning vanuit de overheid nodig is voor alles dat bewoners zelf kunnen regelen. Professionele ondersteuning is pas nodig als bewoners onvoldoende zelfredzaam zijn.

De gemeente Amsterdam kent een relatief grote groep kwetsbare personen ten gevolge van psychische problemen. In 2012 gaf 39% van de bevolking aan te kampen met matige psychische problemen, nog eens 7,4% gaf aan ernstige psychische of psychiatrische klachten te ervaren<sup>1</sup>. De meest voorkomende verschijningsvormen zijn angststoornissen en depressies. Uit onderzoek is gebleken dat personen met psychische problemen in verminderde mate in staat zijn om in hun levensbehoeften te voorzien<sup>2</sup>. Zij hebben moeite om voor zichzelf te zorgen, een inkomen te verdienen en sociale contacten te onderhouden. Hiernaast valt op dat deze groep vaak te maken heeft met multiproblematiek. Zo leiden psychische klachten relatief vaak tot een sociaal isolement, een vervuilde huiselijke

<sup>1</sup> Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. GGD Amsterdam, November 2013.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld: Stansfeld, S., Candy, B. (2006). 'Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review.' *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 32, No. 6 (December 2006), pp. 443-462.

omgeving, schulden of verslavingen. Kortom, psychische klachten gaan vaak gepaard met een verminderde zelfredzaamheid en participatie<sup>3</sup>.

Een slechte zelfredzaamheid is in het verleden in verband gebracht met een verminderde sociale participatie. De meerwaarde van participatie komt echter nadrukkelijk tot uiting in de definitie van geestelijke gezondheid van de wereld gezondheid organisatie (WHO). De WHO beschrijft geestelijke gezondheid als *'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses in life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community'*<sup>4</sup>. Het belang van participatie wordt onderkend door personen met psychische problemen. Zij geven aan dat sociale participatie één van de voornaamste doelstellingen van het zorgaanbod zou moeten zijn<sup>5</sup>.

In Amsterdam bestaat een ruim aanbod aan interventies die bedoeld zijn om de participatie te bevorderen van kwetsbare personen met psychische gezondheidsproblemen. De gemeente wil meer inzicht krijgen in de effectiviteit van deze interventies. Het gaat dan om de vraag in hoeverre de interventies voor welke bewoners en onder welke voorwaarden effectief zijn om de participatie te bevorderen.

### 1.3 Doel

Met dit onderzoek wordt gepoogd om inzicht te krijgen in de effecten van interventies die worden ingezet om maatschappelijke participatie van (O)GGZ cliënten te bevorderen. De effecten die worden onderzocht hebben betrekking op de algemene zelfredzaamheid en op de groeimogelijkheden van de doelgroep in de richting van meer participatie en werk.

### 1.4 Leeswijzer

Bovenstaande onderdelen worden respectievelijk beschreven in hoofdstuk 2 (kenmerken doelgroep), hoofdstuk 3 (resultaten) en hoofdstuk 4 (conclusie). Meer details over de uitkomstmaten en analyses zijn te vinden in bijlage 1.

<sup>3</sup> Zie o.a. overzichtsanalyse OECD, Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work, 2015.

<sup>4</sup> <http://www.who.int>.

<sup>5</sup> Hoof, F. van, Knispel, A., Erp, N. van, Overweg, K., Place, C., Vugt, M. van (2013). Trendrapportage GGZ 2012.

Deel 1: Organisatie, structuur en financiering Ambulantisering. Trimbos Instituut, pp 63-86.

## 2 Kenmerken doelgroep

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de onderzoekspopulatie beschreven, die van 1 juni 2015 tot augustus 2016 is geïnccludeerd in dit onderzoek.

### 2.1 Onderzoekspopulatie: interventiegroep en begeleiders van deelnemers

Alle (O)GGZ cliënten in Amsterdam die voldoen aan de volgende inclusiecriteria zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek als zij:

- › 18 jaar of ouder zijn;
- › deelnemen aan 1 (of meer) van de 8 voor dit onderzoek geselecteerde interventies die participatie versterken;
- › vanaf 1 januari 2015 of later begonnen zijn met de interventie;
- › een getekende toestemming hebben gegeven om mee te doen aan het onderzoek.

Hiernaast zijn begeleiders van (O)GGZ cliënten in Amsterdam uitgenodigd om deel te nemen als zij voldoen aan de volgende criteria:

- › zij begeleiden één (of meer) cliënten van de 8 onderzochte interventies;
- › zij zijn getraind in het afnemen van de ZRM bij cliënten;
- › zij hebben een getekende toestemming gegeven om mee te doen aan het onderzoek.

Binnen dit onderzoek is geen controlegroep opgenomen. De veranderingen in zelfredzaamheid en participatie worden daarom binnen de interventiegroep vergeleken. Het ontbreken van een controlegroep betekent dat enig voorbehoud gemaakt moet worden bij het trekken van conclusies over geconstateerde effecten.

### 2.2 Dataverzameling

Alle deelnemers hebben een vragenlijst ontvangen op baseline (T0) en na zes maanden (T1). Deze vragenlijst bestaat uit vragen over de zelfredzaamheid, demografische kenmerken, de mate van participatie, de algemene en psychische gezondheid en de kwaliteit van leven.

Bij een kleine groep deelnemers en hun begeleiders is een aanvullende vragenlijst afgenomen ter verdieping. Het doel van deze aanvullende vragenlijst is om 1) informatie te verkrijgen over de effectiviteit van de interventies voor de self-efficacy en basale arbeidscompetenties van deelnemers en 2) aanvullende informatie over de ervaringen met de interventie. TNO onderzoekers hebben de deelnemers hiervoor geïnterviewd op baseline (T0) en na zes maanden (T1). Er is gekozen voor individuele interviews met deelnemers en begeleiders om een goed onderscheid te kunnen maken tussen feitelijke informatie, meningen en ervaringen.

### 2.3 Uitkomstmaten

In de deelnemende groep zijn met behulp van een online vragenlijst drie onderwerpen gemeten: zelfredzaamheid, participatie en gezondheid. De deelnemers en hun begeleiders



hebben hiervoor de zelfredzaamheidsmatrix gescoord. Daarnaast hebben de deelnemers zelf op de twee meetmomenten een aanvullende vragenlijst ingevuld. De uitkomstmaten van de effectevaluatie worden in tabel 1 samengevat.

Tabel 1: Uitkomstmaten vragenlijstonderzoek

Onderwerp	Uitkomstmaat	
Zelfredzaamheid	11 domeinen 1 somscore (11 domeinen bij elkaar opgeteld) Vier leefgebieden, 11 domeinen geclusterd: 1. Lichamelijk welzijn: lichamelijke gezondheid en ADL; 2. Psychisch welzijn: geestelijke gezondheid, verslaving en huiselijke relaties; 3. Maatschappelijk: sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie; 4. Financieel: financiën, dagbesteding en huisvesting.	
Participatie	Betaald werk Onbetaald werk Opleiding Mate van lichaamsbeweging Uitgaan Dagtochtjes of andere activiteiten buitenshuis Op bezoek gaan/krijgen familie Via telefoon/computer contact met andere mensen	
Gezondheid	Algemene Gezondheid	
	Psychische Gezondheid	Behandeling Behandeldingsduur Medicatie Medicatieduur
	Contact huisarts (Frequentie bezoek)	
	Kwaliteit van Leven (Tevredenheid over)	Lichamelijke gezondheid Geestelijke gezondheid Dagbesteding Sociale relaties Woonsituatie Hulpverlening Financiële situatie Kwaliteit van leven Leven als geheel Mate van gelukkig zijn

## 2.4 Interventieselectie

De acht onderzochte interventies zijn aan de hand van de vijf onderstaande stappen geselecteerd:

1. **Grove selectie interventies:** Op basis van criteria die door de begeleidingsgroep zijn vastgesteld, zijn alle interventies op de website [www.jekuntmeer.nl](http://www.jekuntmeer.nl) beoordeeld. Interventies die de participatie bevorderen van de (O)GGZ doelgroep zijn meegenomen in de volgende stap.

2. **Indelen in categorieën:** De in stap 1 geselecteerde interventies zijn ingedeeld in acht categorieën: Inloopvoorziening en opvang; Participatie in een beschutte omgeving; Participatie in een open omgeving; Community-based participeren; aangepaste werkomgeving; Groepsdetachering; Individueel begeleid werken en Informele zorg.
3. **Selectie 20 interventies:** Op basis van de in stap 2 geselecteerde categorieën zijn 20 interventies geselecteerd voor een beschrijving van opzet en werkzame elementen (zie tabel 2). Deze indeling in interventies is gebaseerd op het aanbod in Amsterdam medio 2015. Sommige interventies worden aangeboden door één aanbieder; andere door verschillende aanbieders. De indeling van de 20 interventies heeft plaatsgevonden gedurende twee werksessies met medewerkers van de Omslag en onderzoekers van TNO en is aangepast door de begeleidingscommissie.
4. **Beschrijven van 19 interventies:** Van de 20 geselecteerde interventies zijn er uiteindelijk 19 beschreven. De belangrijkste bronnen voor de beschrijvingen waren interviews, informatie in de systemen van de gemeente Amsterdam, informatie op de website [www.jekuntmeer.nl](http://www.jekuntmeer.nl) en literatuur. Iedere interventie is beschreven aan de hand van: (1) doelstelling, (2) soort werkzaamheden, (3) doelgroep, (4) hoeveel mensen deelnemen, (5) intensiteit en aard van de begeleiding, (6) kosten van de interventie per persoon ('laag', 'gemiddeld', 'hoog'), (7) positionering op continuüm dagbesteding/participatie en werk, (8) verwachte effecten, (9) verwachtingen opbrengsten voor en van de cliënt, (10) bereik, (11) type aanbieder, (12) mate waarin de interventie gericht is op ontwikkeling van zelfredzaamheid en participatie, (13) de werkzame elementen.
5. **Keuze 8 interventies voor effectevaluatie:** In overleg met de begeleidingsgroep is een keuze gemaakt voor acht interventies ten behoeve van de GGZ-doelgroep die in dit onderzoek op effectiviteit zijn onderzocht.

Tabel 2: Overzichtstabel interventie categorieën en interventies.

Categorieën	Interventies
1. Inloopvoorziening, opvang	A. Inloop*
2. Participatie in een beschutte omgeving	B. dagbesteding in een DAC
	C. dagbesteding in een bruishuis*
3. Participatie in een open omgeving	D. Participatie in een open omgeving (VGZ)
	E. Participatie in een open omgeving (GGZ)*
4. Community-based participeren	F. Clubhuismodel*
	G. Cliënt gestuurd projecten
5. Aangepaste werkomgeving	H. Dagbesteding in een sociale firma*
	I. Werken met begeleiding in een sociale firma*
	J. Betaald werk voorzieningen*
6. Groepsdetachering	K. Begeleid aan het werk
	L. Groepsdetachering
	M. Groepsdetachering GGZ
7. Individueel begeleid werken	N. Groepsdetachering betaald werk
	O. Individual Placement and Support (IPS)
	P. Individueel begeleid werken
8. Informele zorg	Q. Jobcoaching
	R. Transitional Employment (TE)
	S. Maatjes contact*

De interventies waarvan in dit project de effectiviteit is onderzocht, zijn voorzien van een \*.

## 3 Resultaten

### 3.1 Respons

Gedurende de inclusieperiode van 1 juni 2015 tot en met 16 november 2015 zijn 173 deelnemers benaderd via begeleiders van de geselecteerde acht interventies. Deze deelnemers zijn benaderd op basis van een convenience sample, d.w.z. de toegankelijkheid en bereidheid van de deelnemers om aan het onderzoek mee te werken. Van de 173 deelnemers hebben uiteindelijk 146 de vragenlijst op baseline (T0) en 66 na circa zes maanden op T1 (grotendeels) ingevuld, zie figuur 1. Deze respons is onvoldoende om inzicht te verkrijgen in de effecten van de afzonderlijke interventies. Wel is het mogelijk om de effectiviteit van alle acht interventies tezamen te analyseren. Dit rapport gaat dan ook alleen in op de effectiviteit van alle onderzochte interventies. Uitspraken over afzonderlijke interventies worden niet gedaan.

Een aantal deelnemers heeft na de aanmelding voor het onderzoek hun medewerking aan het onderzoek om de volgende redenen beëindigd (zie ook figuur 1):

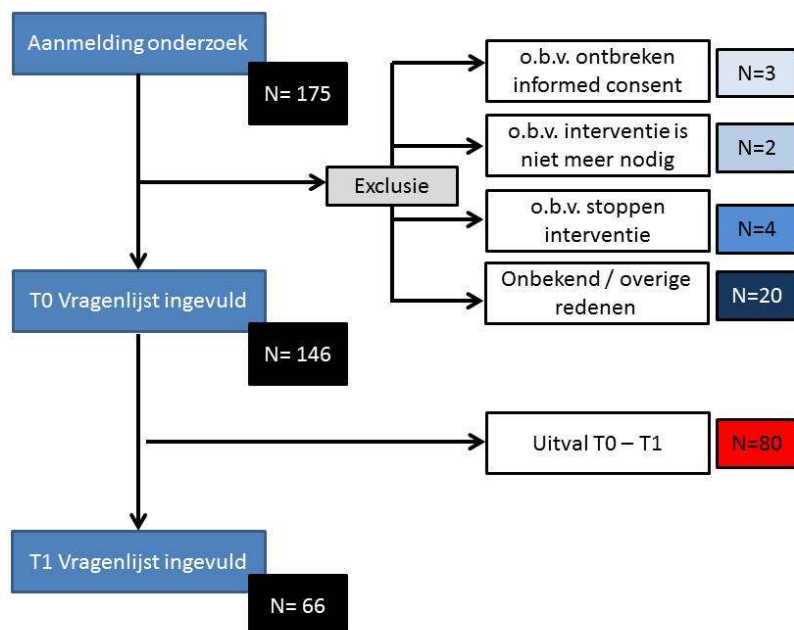
- › Ontbreken Informed Consent (3);
- › Deelnemer heeft de interventie niet meer nodig (2);
- › Deelnemer is gestopt bij de interventie (4);
- › Onbekende/overige redenen (20).

Tussen T0 en T1 hebben 80 van de 146 deelnemers om uiteenlopende redenen hun medewerking aan het onderzoek beëindigd. Veel voorkomende redenen waren voortijdig terugtrekken uit de interventie, ziekte en psychisch niet in staat om de vragenlijst in te vullen.

De geïnccludeerde deelnemers op T0 en T1 zijn als volgt verdeeld over de interventies, zie tabel 3.

Tabel 3: Aantal deelnemers vragenlijstonderzoek per interventie

Interventie	Aanbieder	Aantal deelnemers T0 (%)	Aantal deelnemers T1 (%)
1. Inloop	Inloophuis Blaka-Watra, Bilderdijkstraat Oud-West	18 (12,3%)	2 (3%)
2. Dagbesteding in een bruishuis	Cordaan: centrum Kijkduinstraat	3 (2,1%)	1 (1,5 %)
3. Participatie in open omgeving (GGZ)	Ingeest/Actenz - Actenz activiteiten	22 (15,1%)	10 (15,2%)
4. Clubhuismodel	De Waterheувel, DAC Wingerdweg	29 (19,9%)	15 (22,7%)
5. Dagbesteding in een sociale firma	Repro, Restaurant Freud, Boekbinderij Derde Schinkelstraat	13 (8,9%)	5 (7,6 %)
6. Werken met begeleiding in een sociale firma	Amsterdam Underground, Rederij Kees, Stichting Kringloopbedrijf 'de Locatie'	6 (4,1%)	5 (7,6%)
7. Betaald werk voorzieningen	Milieuwerk Ecocollege, Swink	3 (2,1%)	2 (3%)
8. Maatjes contact	Vonk Amsterdam, Amsterdamse Vriendendiensten	52 (35,6%)	26 (39,4%)
Totaal		146 (100%)	66 (100%)



Figuur 1: Overzicht inclusie deelnemers interventies

## 3.2 Beschrijving onderzoekspopulatie

### Leeswijzer bij de resultaten

In deze paragraaf worden de demografische kenmerken, gezondheid, kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, participatie en gezondheid van de groep deelnemers beschreven op baseline (T0) en na 6 maanden (T1). Hierbij wordt, zover mogelijk, een combinatie gemaakt tussen de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens.

### Demografische kenmerken deelnemers vragenlijstonderzoek

In totaal hebben 66 personen deelgenomen aan het onderzoek (T0 en T1). Zoals weergegeven in tabel 4 bestaat de onderzochte populatie voor twee derde uit mannen, zijn deelnemers gemiddeld 49 jaar oud, heeft de helft van de deelnemers een laag opleidingsniveau en hebben er hoofdzakelijk mensen meegedaan met een Nederlandse etnische achtergrond (66,7%).

Tabel 4: Demografische karakteristieken op baseline en follow-up

Kenmerken	Populatie (deelgenomen aan baseline en follow-up)		
Geslacht	Man	66	63,6%
	Vrouw		36,4%
Leeftijd (%)	<35 jaar	64	9,1%
	35-44 jaar		27,3%
	45-54 jaar		27,3%
	55-64 jaar		25,8%
	>65 jaar		7,6%
Leeftijd	Gemiddelde (SD)	64	49 (11)
Opleiding (%)	Laag	66	53,0%
	Middel		27,3%
	Hoog		19,7%
Etniciteit (%)	Nederland	66	66,7%
	Turkije		1,5%
	Marokko		6,1%
	Suriname		7,6%
	Anders		18,2%

#### Kenmerken deelnemers casestudy

Op baseline zijn er elf deelnemers en zeven begeleiders geïnterviewd. Van vijf interventies (2 t/m 6) zijn deelnemers geïnterviewd. Van interventies 1 en 7 zijn geen deelnemers bereid gevonden om zich te laten interviewen. Aan de follow-up interviews hebben tien deelnemers en zes begeleiders deelgenomen. Eén van de op baseline geïnterviewde personen is niet geïnterviewd op T1 als gevolg van een psychische terugval. Hiernaast hebben wij één begeleider niet kunnen interviewen omdat deze een sabbatical had. Deze uitval heeft geen effect gehad op het aantal interventies die in de casestudy zijn vertegenwoordigd.

De aanvullende vragenlijst omtrent self-efficacy en algemene werkcompetenties is op baseline door twaalf deelnemers ingevuld en in de follow-up door zeven. In totaal hebben vijf deelnemers deze vragenlijst ingevuld op zowel baseline als follow-up.

### 3.3 Zelfredzaamheid

De resultaten op het gebied van zelfredzaamheid worden aan de hand van vier leefdoelgebieden beschreven om een beter begrip te krijgen van de betekenis van de ZRM-scores. Deze clustering is niet op basis van theorie tot stand gekomen: de leefgebieden lijken logischerwijs met elkaar samen te hangen. De leefgebieden zijn als volgt ingedeeld:

- › Lichamelijk welzijn: lichamelijke gezondheid en ADL;
- › Psychisch welzijn: geestelijke gezondheid, verslaving en huiselijke relaties;
- › Maatschappelijk: sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie;
- › Financieel: financiën, dagbesteding en huisvesting.

#### Lichamelijk welzijn

Het verschil in de somscore tussen T0 en T1 is significant ( $p=0.000$ ). Binnen het leefgebied 'lichamelijk welzijn' zien we dat de zelfredzaamheid voldoende is omdat de meeste scores

rond de 4 zitten. Bij ADL ligt de mediaan score precies tussen 4 (33 deelnemers) en de maximale score van 5 (33 deelnemers).

Tabel 5: Zelfredzaamheidsscores lichamelijk welzijn

Lichamelijk welzijn	T0 populatie (n=65) Mediaan	T1 populatie (n=66) Mediaan	Vershil T0-T1 (N=63) Z-score (p-waarde)
Lichamelijke gezondheid (1-5)	4	4	-2.043 (.041)
ADL (1-5)	4	4-5	-2.465 (.014)
Somscore	8	9	-2.935 (.003)

### Interviews

Op basis van het vragenlijstonderzoek is ADL (algemeen dagelijks leven) significant verbeterd gedurende de deelname aan de interventies. In de interviews worden mogelijke verklaringen daarvoor aangedragen. Zowel deelnemers als begeleiders geven aan dat de interventies structuur aanbrengen in het leven waardoor deelnemers beter in staat zijn de dag in te delen.

### Psychisch welzijn

Tabel 6 geeft aan dat de zelfredzaamheid van het leefgebied 'psychisch welzijn' significant is verbeterd tussen T0 en T1. Deze verbetering is grotendeels toe te schrijven aan de verandering van de geestelijke gezondheid. De zelfredzaamheid ten aanzien van huiselijke relaties en verslaving zijn niet significant veranderd tussen T0 en T1. Het valt op dat de ZRM-scores op het domein 'verslaving' relatief hoog zijn.

Tabel 6: Zelfredzaamheidsscores psychisch welzijn

Psychisch welzijn	T0 populatie (n=63) Mediaan	T1 populatie (n=66) Mediaan	Vershil T0-T1 (N=63) Z-score (p-waarde)
Huiselijke relaties (1-5)	4	4	N.S.
Geestelijke gezondheid (1-5)	3	4	-3.787 (<.001)
Verslaving (1-5)	5	5	N.S.
Domeinscore	12	12	-3.362 (.001)

### Interviews

In de interviews is naar voren gekomen dat deelnemers zich psychisch gezonder zijn gaan voelen tijdens hun deelname aan de interventies. Met name het bieden van structuur in het dagelijks leven en de sociale contacten met andere deelnemers dragen bij aan de geestelijke gezondheid. Een verklaring voor de relatief hoge scores op het domein 'verslaving' valt op basis van de weinige interviews niet te geven. Mogelijk kunnen deze hoge scores verklaard worden door een selectie effect. De meeste interventies (met uitzondering van de inloop- en dagactiviteiten voorzieningen) richten zich namelijk op cliënten die geen noemenswaardige verslavingsproblematiek hebben.

### Maatschappelijke zelfredzaamheid

De somscore van het leefgebied 'maatschappelijke zelfredzaamheid' is significant verbeterd tussen de twee meetmomenten. Deze verbetering is vooral toe te schrijven aan de ZRM-domeinen 'sociaal netwerk' en 'maatschappelijke participatie' en in mindere mate aan 'justitie'.

Tabel 7: Zelfredzaamheidscores in het maatschappelijk leefgebied

Maatschappelijk	T0 populatie (n=63)	T1 populatie (n=66)	Vershil T0-T1 (N=63)
	Mediaan	Mediaan	Z-score (p-waarde)
Sociaal netwerk (1-5)	3	4	-3.927 (<.001)
Maatschappelijke participatie (1-5)	3	4	-2.417 (.016)
Justitie (1-5)	5	5	-2.161 (.031)
Domeinscore	11	13	-3.596 (<.001)

### Interviews

In de interviews zijn het sociale netwerk en de maatschappelijke participatie van de deelnemers uitvoerig besproken. Volgens zowel de deelnemers als de begeleiders dragen de interventies bij aan een grotere hoeveelheid sociale contacten door een verbetering van sociale vaardigheden. Enkele deelnemers geven aan andere deelnemers ook buiten de interventie te ontmoeten. Hoewel veel deelnemers enkel positieve effecten op de zelfredzaamheid benoemen, geeft een enkeling aan dat er ook negatieve kanten zitten aan de omgang met deelnemers. Door de slechte psychische gezondheid van sommige deelnemers voelen zij zich bijvoorbeeld onvoldoende gesteund. Daarentegen geven zij aan veel geleerd te hebben van de omgang met anderen en zelfs een voorbeeldfunctie te hebben aangenomen. Eén van de begeleiders zegt hierover:

*“Er zijn voor- en nadelen. Als deelnemers eenmaal in een groep zijn geplaatst blijven ze daar in principe ook in. Dit draagt enerzijds bij aan het gevoel van veiligheid maar kan er ook voor zorgen dat mensen zich onprettig voelen omdat zij niet worden gesteund door anderen”.*

Deelname aan de interventies kan er ook toe bijdragen dat mensen het gevoel krijgen ergens bij te horen. Dit reduceert het gevoel van eenzaamheid. Begeleiders benoemden dit ook als een mogelijk bijeffect van de verschillende aanpakken.

### Financieel

De somscore van het leefgebied ‘financieel’ is significant verbeterd tussen de twee meetmomenten op T0 en T1. Deze verbetering is hoofdzakelijk toe te schrijven aan verbeteringen van de dagbesteding: mensen zijn gaan deelnemen aan arbeidsmatige dagbesteding of tijdelijk werk. Daarnaast valt het op dat de deelnemers op huisvesting relatief hoog scoren.

Tabel 8: Zelfredzaamheidscores in het financieel domein

Financieel	T0 populatie (n=63)	T1 populatie (n=66)	Vershil T0-T1 (N=63)
	Mediaan	Mediaan	Z-score (p-waarde)
Financiën (1-5)	3	3	N.S.
Dagbesteding (1-5)	3	3	-2.854 (.004)
Huisvesting (1-5)	5	5	N.S.
Domeinscore	11	11	-2.865 (.004)

## Interviews

De interviews leveren een nadere toelichting op de redenen waarom de zelfredzaamheid op 'dagbesteding' significant is verbeterd. Deelnemers voelen zich ondersteund bij het vinden van een baan. Een aantal deelnemers en begeleiders ziet de interventie als een goede mogelijkheid om te wennen aan de dagelijkse routine van een baan. Begeleiders houden immers rekening met de psychische gesteldheid van de deelnemer. Zij creëren een veilige omgeving waarin deelnemers vaardigheden trainen die zij later in een professionele setting kunnen toepassen. Een begeleider zegt hierover:

*“Vanaf het moment dat er een wederzijdse vertrouwensband is opgebouwd verandert de relatie in een werkgever-werknemer status. Dit doe ik bewust zodat deelnemers wennen aan het voldoen aan afspraken en verwachtingen in de hoop dat dit daadwerkelijk tot een betaalde baan leidt”.*

Uit de interviews komt naar voren dat deelnemers een zeker basisniveau van financiële zelfredzaamheid behoeven om überhaupt aan interventies deel te kunnen nemen. Deelnemers geven aan dat zij genoeg geld hebben om in hun basisbehoeften te voldoen, maar dat er geen ruimte is voor iets extra's. Begeleiders geven aan dat een gestructureerd leven, geen of beheersbare schulden en een dak boven het hoofd de belangrijkste voorwaarden zijn om succesvol deel te nemen aan de interventies. Eén van de begeleiders merkt hierover op:

*“Voor sommige deelnemers is huisvesting een probleem. In mijn ogen is dat een obstakel dat het uitvoeren van werk in de weg zit”.*

Deze uitspraak wordt – onafhankelijk van elkaar – bevestigd door een aantal deelnemers. Zij geven echter ook aan dat ze meer begeleiding verwachten bij het vinden van geschikte huisvesting. Een aantal noemt dit zelfs de belangrijkste bijdrage die een interventie zou kunnen leveren.

## Resumé

Kort samengevat tonen de vragenlijstdata dat de zelfredzaamheid op alle leefgebieden significant is verbeterd. Uit de interviews blijkt dat er wel randvoorwaarden zijn voor een succesvolle deelname aan interventies, zoals voldoende inkomsten, geen of beheersbare schulden en een vaste woon- of verblijfplaats. Sommige interventies, zoals de inloopvoorzieningen, zien voor zichzelf een taak weggelegd om deze randvoorwaarden te helpen creëren.

## 3.4 Participatie

In verband met de verschillende interpretaties van het begrip participatie worden de vragenlijstresultaten apart weergegeven van de interviewresultaten.

Bij het begrip participatie wordt onderscheid gemaakt tussen een werkgerelateerde variant en participatie los van werk. Onder werkgerelateerde participatie verstaan we betaalde arbeid, onbetaalde arbeid (vrijwilligerswerk of arbeidsmatige dagbesteding) en opleiding. Onbetaalde participatie omvat dagelijkse activiteiten anders dan werk of opleiding, zoals uitgaan of een bezoek brengen aan familie of kennissen.



Uit tabel 9 valt op te maken dat tussen beide meetmomenten significant meer deelnemers zich zijn gaan bezighouden met onbetaald werk (vrijwilligerswerk en arbeidsmatige dagbesteding). De veranderingen tussen T0 en T1 voor betaald werk en opleiding zijn niet significant.

Tabel 9: Werkgerelateerde participatie verschillen T0 en T1

Type werkgerelateerde participatie	Z-score	p-waarde
Betaald werk	T0-T1: -1.511	N.S
Onbetaald werk	T0-T1: -1.982	.047
Opleiding	T0-T1: -0.378	N.S.

Kijken we naar de absolute percentages (tabel 10), dan blijkt het aantal deelnemers met betaald en onbetaald werk toe te nemen tussen de beide meetmomenten, terwijl het aantal personen dat een opleiding volgt juist afneemt. Bovendien neemt het aantal uren bij onbetaald werk toe: deelnemers zijn steeds meer uren aan het werk.

Tabel 10: Werkgerelateerde participatie percentages verdeeld naar aantal uren per week in percentages

Type werkgerelateerde participatie	Mediaan	Aantal uren per week					
		Geen	1-8 uur	9-16 uur	17-24 uur	25-36 uur	>36 uur
Betaald werk	T0: 1	89,4%	3,0%	0,0%	4,5%	1,5%	1,5%
	T1: 1	86,4%	3,0%	0,0%	7,6%	1,5%	1,5%
Onbetaald werk	T0: 2	37,9%	27,3%	21,2%	6,1%	6,1%	0,0%
	T1: 2	34,8%	24,2%	18,2%	13,6%	9,1%	0,0%
Opleiding	T0: 1	90,9%	6,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	T1: 1	93,9%	4,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%

De uitkomsten ten aanzien van niet werkgerelateerde participatie zijn weergegeven in tabellen 11 en 12. Uit tabel 11 valt af te lezen dat deelnemers significant vaker zijn uitgegaan in de onderzoeksperiode (uit eten, bezoek aan een café, bioscoop, concert). Voor de overige type activiteiten zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 11: Niet- werkgerelateerde participatie verschillen T0 en T1

Type activiteit (onafhankelijk van werk)	Z-score	p-waarde
Training en andersoortige fysieke activiteiten	-1.076	N.S.
Uitgaan (uit eten, bezoek aan een café, bioscoop, concert)	-1.974	.048
Dagactiviteiten (winkelen etc.)	-0.322	N.S.
Vrije tijd activiteiten thuis (hobby's, lezen, gamen)	-0.023	N.S.
Bezoek aan familie/vrienden	-1.530	N.S.
Bezoek van familie/vrienden	-0.319	N.S.
Sociaal contact via telefoon of computer	.000	N.S.

De absolute percentages (tabel 12) laten wel een aantal veranderingen zien tussen T0 en T1. De meest opvallende veranderingen hebben betrekking op fysieke activiteit, uitgaan en contacten met anderen via telefoon of computer: meer deelnemers zijn zich daarmee gaan

bezighouden gedurende de onderzoeksperiode. Tegelijkertijd neemt het contact met familie en vrienden af en houden deelnemers zich minder bezig met activiteiten als winkelen.

Tabel 12: Niet werkgerelateerde participatie verdeeld naar het aantal keren per week in percentages

Type activiteit (onafhankelijk van werk)	Maandelijks frequentie						
	Mediaan	Nooit	1-2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-18 keer	>18 keer
Training en andervoortige fysieke activiteiten	T0: 2-3*	34,8%	13,6%	10,6%	7,6%	15,2%	15,2%
	T1: 2	31,8%	19,7%	18,2%	12,1%	7,6%	10,6%
Uitgaan (uit eten, bezoek aan een café, bioscoop, concert)	T0: 1	59,1%	28,8%	7,6%	1,5%	0,0%	1,5%
	T1: 2	48,5%	33,3%	9,1%	6,1%	0,0%	3,0%
Dagactiviteiten (winkelen etc.)	T0: 2	42,4%	31,8%	10,6%	9,1%	1,5%	3,0%
	T1: 2	47,0%	28,8%	10,6%	12,1%	0,0%	1,5%
Vrije tijd activiteiten thuis (hobby's, lezen, gamen)	T0: 4	25,8%	7,6%	15,2%	13,6%	10,8%	26,2%
	T1: 4	21,2%	12,1%	13,6%	18,2%	10,6%	24,2%
Bezoek aan familie/vrienden	T0: 2	22,7%	31,8%	24,2%	12,1%	4,5%	1,5%
	T1: 2	30,3%	34,8%	22,7%	6,1%	3,0%	3,0%
Bezoek van familie/vrienden	T0: 2	34,8%	33,3%	15,2%	6,1%	3,0%	1,6%
	T1: 2	42,4%	24,2%	18,2%	9,1%	3,0%	3,0%
Sociaal contact via telefoon of computer	T0: 5	16,7%	9,1%	6,1%	10,6%	18,2%	36,4%
	T1: 4-5*	12,1%	10,6%	9,1%	18,2%	15,2%	34,8%

\*Mediaanscores 'Training en andersoortige fysieke activiteiten' op T0 ligt precies tussen 2 en 3 in. De mediaanscore 'Sociaal contact via telefoon of computer' op T1 ligt precies tussen 4 en 5.

## Interviews

Op basis van de interviews zijn verschillende niveaus van participatie geïdentificeerd en worden enkele randvoorwaarden aangeduid. Deze onderwerpen worden achtereenvolgens beschreven.

## Niveaus van participatie

Allereerst valt op dat de geïnterviewden verschillen in hun interpretatie van het begrip participatie. Begeleiders interpreteren participatie als een breed concept met vier verschillende niveaus. De basale vorm van participatie is het deelnemen aan interventies. Hierbij gaat het voornamelijk om aanwezig zijn en het nakomen van afspraken. Een tweede vorm van participatie is het ontwikkelen van de zelfredzaamheid, zoals koken en het regelen van huisvesting. Deze twee niveaus worden genoemd als primaire voorwaarden waaraan voldaan moet zijn voordat cliënten uitgedaagd kunnen worden in het ontwikkelen en toepassen van hun vaardigheden en kennis in een veilige omgeving, oftewel het derde niveau van participatie. Wanneer cliënten in staat zijn zelfstandig hun taken en verantwoordelijkheden uit te voeren zijn ze geschikt om te participeren in betaalde arbeid.

Een opmerkelijk verschil in de interpretatie tussen begeleiders en deelnemers is dat de laatsten het leveren van een maatschappelijke bijdrage als uitgangspunt nemen. Deelnemers spreken pas van participatie als het over betaalde- en onbetaalde arbeid gaat.

Opvallend is echter dat slechts een klein percentage van de deelnemers na verloop van tijd daadwerkelijk participeert in betaalde arbeid. Volgens de deelnemers en begeleiders wordt dit veroorzaakt door de hoge eisen die werkgevers stellen en het feit dat werkgevers onvoldoende op de hoogte zijn van de kwaliteiten van personen met een psychische problematiek.

### **Voorwaarden voor participatie**

De belangrijkste reden – herhaaldelijk genoemd – om te kunnen participeren op basisniveau is het op orde hebben van enkele basisvoorzieningen, zoals een vaste woon- of verblijfsplaats en het vermogen om voor zichzelf te zorgen. Het ontbreken van één van deze twee voorwaarden stelt de deelnemer onvoldoende in staat om zich te concentreren op zijn of haar herstel en te participeren in de interventies. Dit komt tot uiting op zowel praktisch als emotioneel gebied. Een praktisch voordeel van het hebben van een vaste verblijfsplaats is dat deelnemers dan kunnen voldoen aan de verplichting om een adres door te geven aan een (potentiele) werkgever. Een stabiele woonsituatie draagt bovendien bij aan het gevoel van veiligheid en rust. Eén van de deelnemers merkt hierover op:

*“Je kunt een dakloze niet vragen om betaalde arbeid te verrichten. Geef hem eerst een huis.”*

Voordat mensen deel kunnen nemen aan bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of werkgerelateerde activiteiten binnen de interventie is het van belang dat de psychische gezondheid stabiel is. Eén van de begeleiders zegt hierover:

*“Stabiliteit voor zowel de persoonlijkheid als voor de persoon zelf is zeer belangrijk. Ook alles wat hierbij komt kijken zoals financiën en een dak boven het hoofd.”*

Een volgende voorwaarde om te kunnen participeren – die in eerste instantie niet genoemd wordt – is het hebben van de benodigde capaciteiten. Twee begeleiders geven aan dat zij deelnemers begeleiden die ten gevolge van psychische problemen niet in staat zijn zelfstandig te participeren of überhaupt deel te nemen aan interventies. Andere begeleiders geven aan dat er een plafondeffect bestaat. Sommige deelnemers zijn niet in staat om te participeren in vrijwilligerswerk of betaalde arbeid, maar komen wél al hun afspraken na wat betreft aanwezigheid en inzet.

De laatste voorwaarde is de motivatie om te participeren. Mensen die simpelweg niet willen participeren komen ook minder snel in aanraking met de aanbieders van interventies. Begeleiders geven aan dat een slechte motivatie logischerwijs niet bijdraagt aan het verbeteren van de zelfredzaamheid. Het stimuleren van de motivatie is daarom een belangrijk onderdeel van de taakinfilling. Door samen met de persoon op zoek te gaan naar zijn of haar interesses, kunnen er passende werkzaamheden gevonden worden die bijdragen aan de participatie. Dat deelnemers daar niet altijd iets van merken, blijkt uit de volgende opmerking:

*“Er zijn genoeg mensen die kunnen en willen werken maar die worden onvoldoende gestimuleerd door de begeleiding”.*

### 3.5 Gezondheid

De resultaten ten aanzien van gezondheid analyseren we aan de hand van drie verschillende effectmaten. Allereerst wordt het effect van de interventies op de kwaliteit van leven weergegeven. Vervolgens tonen we het effect van de interventies op de ervaren gezondheid. Ten slotte wordt ingegaan op de aanwezigheid van een psychisch probleem.

#### Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is gescoord op een schaal van 1 tot en met 5 (zeer ontevreden tot en met zeer tevreden). Tabel 13 geeft de verandering van de tevredenheid over de kwaliteit van leven weer. De gemiddelde score verschilt niet significant (N.S.) tussen beide meetmomenten (baseline en T1).

Tabel 13: *Tevredenheid kwaliteit van leven verschillen T0 en T1*

Effectmaat	Z-score (T0-T1)	p-waarde
Kwaliteit van leven (5 punt schaal: zeer ontevreden t/m zeer tevreden)	-0.693	N.S.

Op basis van de absolute percentages zien we dat de deelnemers over het algemeen minder ontevreden zijn over hun kwaliteit van leven naarmate de interventie vordert.

Tabel 14: *Tevredenheid kwaliteit van leven in percentages*

Effectmaat	Meetmoment	Mediaan	Tevreden				
			Ze er on- tevreden	On- tevreden	Te vreden noch on- tevreden	Tevreden	Ze er tevreden
Kwaliteit van leven	T0 (N = 66)	3	9,1%	22,7%	30,3%	36,4%	1,5%
	T1 (N = 66)	3	4,5%	24,2%	33,3%	33,3%	4,5%

#### Ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid is gescoord op een schaal van 1 tot en met 5 (erg slecht tot en met erg goed). Gedurende de onderzoeksperiode is de ervaren gezondheid van de deelnemers niet significant veranderd (zie tabel 15).

Tabel 15: *Ervaren gezondheid verschillen T0 en T1*

Ervaren gezondheid (5 punt schaal)	N = 66
T0 Mediaan	3
T1 Mediaan	3
T0-T1 Verschil Z-score (p-waarde)	-1.158 (N.S.)

Het merendeel van de deelnemers ervaart de eigen gezondheid als gemiddeld (zie tabel 16). De gezondheid wordt gescoord op een schaal van 1 tot 5 en met een gemiddelde van 3,2 op baseline en 3,3 in de follow-upmeting.

Tabel 16: Ervaren algemene gezondheid in percentages

Effectmaat	N	Schalen	Baseline	Follow-up
Ervaren gezondheid	66	Erg slecht	6 (9,0%)	2 (3,0%)
		Slecht	9 (13,4%)	6 (9,1%)
		Gemiddeld	24 (35,8%)	32 (48,5%)
		Goed	23 (34,8%)	24 (36,4%)
		Erg goed	4 (6,0%)	2 (3,0%)

### Geestelijke gezondheid

In de baselinepopulatie erkent 74% psychische problemen te hebben. Dit percentage daalt naar 71,2% in de follow-upmeting. Het verschil tussen beide meetmomenten is niet significant. Aan de hand van tabel 17 zien we dat twee mensen van status zijn verwisseld. Waar op baseline 49 personen kampen met psychische problemen, zijn dit er in de follow-up meeting 47.

Tabel 17: Aanwezigheid geestelijke problematiek

Effectmaat	N		Baseline	Follow-up
Geestelijke problematiek	65	Ja	49 (74,2%)	47 (71,2%)
		Nee	12 (18,2%)	14 (21,2%)
		Niet ingevuld	5 (7,6%)	5 (7,6%)

### Interviews

Bovenstaande bevindingen komen overeen met de toegenomen zelfredzaamheid op de leefgebieden lichamelijk welzijn en psychisch welzijn, zoals weergegeven in tabellen 5 en 6. De verbeterde psychische gezondheid wordt eveneens genoemd tijdens de interviews. Nagenoeg alle geïnterviewde deelnemers geven aan dat de interventies een positief effect hebben op de psychische gemoedstoestand. De begeleiders voegen hieraan toe dat deelname aan de interventies bijdraagt aan het voorkomen van een terugval en het verminderen van stress. De belangrijkste reden die zij hiervoor geven is het bieden van structuur. Eén van de begeleiders beschrijft dit als volgt:

*“Nou, het gevoel dat je zaken onder controle hebt en vertrouwen leidt tot een verminderd gevoel van stress. Je ziet dat cliënten meer ruimte in hun hoofd krijgen voor leuke zaken”.*

De interventies dragen ook bij aan een verbeterd welzijnsgevoel. Diverse deelnemers geven aan dat zij zich beter voelen doordat de interventies hen afleiden en de focus verleggen. Hiernaast wordt de toegevoegde waarde van structuur nogmaals benoemd. Deelnemen aan interventies leidt tot meer rust en een verbeterd welzijnsgevoel. Het welzijnsgevoel is weliswaar niet gemeten in de vragenlijst, maar komt vermoedelijk dicht in de buurt bij de toegenomen tevredenheid over de kwaliteit van leven, zoals is weergegeven in tabel 14.

## 3.6 Self-efficacy en arbeidscompetenties

Zoals beschreven in de methodiek is een klein aantal deelnemers gevraagd een aanvullende vragenlijst over self-efficacy en arbeidscompetenties in te vullen. Helaas bleek de vragenlijst dermate complex dat slechts 12 personen op baseline en 7 bij follow-up de vragenlijst

hebben ingevuld. Ten gevolge van dit kleine aantal deelnemers kunnen geen significante verschillen worden vastgesteld (zie tabel 18).

Tabel 18: Self-efficacy en arbeidscompetenties

Self-efficacy gerelateerd aan:	T0 populatie (n=12)	T1 populatie (n=7)	Verskil T0-T1
Werk	1,9 (0,7)	2,1 (0,4)	N.S.
Zoeken naar werk	2,8 (0,8)	2,7 (0,4)	N.S.
Gevoel voor werkrelaties	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	N.S.
Nakomen werkafspraken	2,2 (0,3)	2,2 (0,4)	N.S.
Onafhankelijkheid	1,4 (0,5)	1,5 (0,5)	N.S.
Communicatie	1,9 (0,8)	2,0 (0,5)	N.S.
Leermogelijkheden	1,5 (0,4)	1,4 (0,4)	N.S.

### Interviews

In de interviews geven de geïnterviewde deelnemers aan dat zij meer vertrouwen hebben gekregen in eigen kunnen en taken sneller kunnen volbrengen ten gevolge van deelname aan de interventies. Volgens de begeleiders is de focus op self-efficacy dé manier om de zelfredzaamheid te verbeteren en deelnemers ertoe te bewegen meer te gaan participeren. Eén van de begeleiders vertelt hierover het volgende:

*“Ik denk dat je deelnemers moet enthousiasmeren om meer te doen. Het kan mensen uit hun ‘sleur’ halen en doen beseffen dat ze eigenlijk meer kunnen dan vooraf gedacht”.*

### Zelfvertrouwen

De interviews maken duidelijk dat self-efficacy samenhangt met zelfvertrouwen. Het vergroten van zelfvertrouwen is vaak aan de orde gekomen tijdens de interviews. Begeleiders geven aan dat zij deelnemers het gevoel willen geven ergens bij te horen en hieraan verantwoordelijkheden koppelen. Zodoende groeit het zelfvertrouwen en zullen deelnemers activiteiten ontplooiën die bijdragen aan zelfredzaamheid en participatie. Kortom, het vergroten van het zelfvertrouwen is een essentiële voorwaarde voor het laten slagen van de interventies. De interviews met de deelnemers bevestigen deze bevindingen. Deelnemers geven aan meer vertrouwen te hebben in de activiteiten die van hen gevraagd worden. Eén van de geïnterviewde deelnemers vertelt trots:

*“Wat betreft werk heb ik geleerd om meer initiatief te nemen. Neem bijvoorbeeld de wethouder, ik durfde om hem aan te spreken en dit resulteerde in een leuk gesprek”.*

## 4 Conclusies

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de effecten van interventies die ingezet worden om maatschappelijke participatie van (O)GGZ cliënten te verhogen. Op basis van de resultaten kan een antwoord geformuleerd worden op de vraag: *Wat zijn de effecten van de interventies op de mate van zelfredzaamheid en participatie?*

In dit rapport doen we alleen uitspraken over de effectiviteit van de acht interventies tezamen. De respons op T1 (N66) is namelijk niet toereikend om zicht te krijgen op de effecten van de afzonderlijke interventies. Uitspraken over afzonderlijke interventies worden dan ook niet gedaan.

De effectiviteit van de interventies hebben wij onderzocht op de uitkomstmaten zelfredzaamheid, participatie en gezondheid. In dit hoofdstuk trekken wij conclusies en onderbouwen deze met resultaten van de interviews en waar mogelijk met inzichten uit wetenschappelijke literatuur.

### 4.1 Zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid is tijdens de deelname aan de interventies significant verbeterd op alle vier leefgebieden die in dit onderzoek zijn onderscheiden: lichamelijk welzijn, psychisch welzijn, maatschappelijk en financieel. Deze significante verbeteringen komen tot uiting op de leefgebieden dagbesteding, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, ADL, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Op de leefgebieden financiën, huisvesting, huiselijke relaties en verslaving zijn de geconstateerde veranderingen niet significant.

In de interviews geven deelnemers aan zelfstandiger te zijn geworden op alle domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix en vaardigheden te hebben ontwikkeld die bijdragen aan een verhoogde participatie. Zo leerden zij bijvoorbeeld koken en het bijhouden van de administratie. Deze bevindingen komen overeen met een studie waarin geconstateerd wordt dat het deelnemen aan werkgerelateerde interventies leidt tot een verbeterde zelfredzaamheid via het aanleren van functionele vaardigheden<sup>6</sup>.

Hoewel de ZRM-scores op de domeinen financiën en huisvesting in de effectevaluatie niet significant is verbeterd tijdens de deelname aan de interventies, geeft het merendeel van de begeleiders aan dat een stabiele financiële situatie (geen hoge of oplopende schulden) en een goede woonvoorziening belangrijkste voorwaarden zijn om te kunnen participeren. Ook uit onderzoek blijkt dat schuldenproblematiek en het ontbreken van een stabiele woonsituatie de effectiviteit van participatie bevorderende interventies negatief beïnvloeden<sup>7</sup>. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een significante verbetering op de ZRM-domeinen financiën en huisvesting is dat deelnemers hiervoor al het e.e.a. hebben geregeld als zij starten met de interventie. Mogelijk heeft er een selectie effect opgetreden omdat de

<sup>6</sup> Hvalsoe, B., & Josephsson, S. (2003). Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71.

<sup>7</sup> Tiemeijer, W. (2016). *Eigen Schuld. Een gedragswetenschappelijk perspectief op problematische schulden*. WRR/ Amsterdam University Press: Den Haag; Tanzman, B (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Psychiatric Services*, 44(5), 450-455.



onderzochte interventies (met uitzondering van de inloop- en dagactiviteiten voorzieningen) alleen geschikt zijn voor personen met stabiele financiën en een vaste woon- of verblijfplaats. Uit de interviews blijkt dan ook dat er een grote groep potentiële cliënten is die niet in aanmerking komt voor deelname aan de interventie vanwege schulden of problemen met huisvesting. Aanbieders beschikken over onvoldoende mogelijkheden om hier iets aan te doen.

Op basis van de interviews kan worden vastgesteld dat de verslavingsgevoeligheid van cliënten niet is gereduceerd tijdens de deelname aan de interventies. Mogelijk kan dit wederom verklaard worden door een selectie effect. De meeste interventies (met uitzondering van de inloop- en dagactiviteiten voorzieningen) richten zich namelijk op cliënten die geen noemenswaardige verslavingsproblematiek hebben. Hierdoor scoort de groep deelnemers aan het onderzoek relatief hoog op het leefgebied verslaving van de ZRM.

Uit zowel het vragenlijstonderzoek als de interviews blijkt dat de interventies bijdragen aan een groter sociaal netwerk. Binnen de interventies worden deelnemers geacht samen te werken met overige deelnemers. Zij ontwikkelen hiermee sociale vaardigheden die hen helpen bij het aangaan van sociale relaties in het dagelijks leven. De verbeterde sociale vaardigheden dragen bij aan een verminderd gevoel van eenzaamheid en isolatie. Uit onderzoek blijkt bovendien dat sociaal contact de kans op een terugval aanzienlijke vermindert<sup>8</sup>.

Op het gebied van huiselijke relaties zien we geen verschil tussen beide meetmomenten. Het merendeel van de deelnemers is alleenstaand en voelt zich hier comfortabel bij.

## 4.2 Participatie

De participatie (zowel werkgerelateerd als los van werk) is gedurende de deelname aan de interventie significant verbeterd voor onbetaald werk (arbeidsmatige dagbesteding en vrijwilligerswerk) en uitgaan (uit eten, bezoek aan een café, bioscoop, concert). In de interviews noemen deelnemers en hun begeleiders drie voorwaarden voor participatie:

1. het op orde hebben van de financiën en enkele basisvoorzieningen, zoals een vaste woon- of verblijfplaats en het vermogen om voor zichzelf te zorgen;
2. het hebben van de benodigde capaciteiten voor participatie (psychisch daartoe in staat zijn, afspraken nakomen, aanwezig zijn en inzet);
3. de motivatie om te participeren.

De onderzochte interventies richten zich op het verbeteren van deze voorwaarden. Onderzoek bevestigt het belang van het ontwikkelen van vaardigheden en de motivatie om te participeren in betaalde arbeid<sup>9</sup>. Het is goed mogelijk dat de onderzoeksperiode van zes maanden tekort was om ook op de overige effectmaten van participatie significante verbeteringen te zien.

<sup>8</sup> Liberman, R.P., Massel, H.K., Mosk, M.D., & Wong, S.E. (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Psychiatric Services*, 36(4), 396-403

<sup>9</sup> Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Who is the psychosocial rehabilitation worker? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 3.



De geïnterviewde begeleiders en deelnemers interpreteren het concept participatie verschillend. Begeleiders noemen alle vormen van deelname aan interventies 'participatie', terwijl deelnemers enkel van participatie spreken indien zij enige vorm van (on)betaald werk verrichten. Onderzoek bevestigt de onduidelijkheid rond het concept en benadrukt het belang van het benoemen van de context<sup>10</sup>.

Volgens enkele geïnterviewde begeleiders is zelfvertrouwen de sleutel tot succesvolle participatie. Om die reden zou volgens hun de primaire focus van de interventies moeten liggen op het verbeteren van het zelfvertrouwen van deelnemers. Zelfvertrouwen bevordert de zelfredzaamheid en het nemen van initiatief. Uit onderzoek blijkt dat een matig of slecht zelfvertrouwen een belemmerende factor is voor re-integratie of toetreding tot de arbeidsmarkt<sup>11</sup>. De omgekeerde relatie is ook bevestigd, participatie in betaalde arbeid draagt bij aan een verbeterd zelfvertrouwen van mensen met een psychische beperking<sup>12</sup>.

### 4.3 Gezondheid

De gezondheid van de deelnemers is niet significant verbeterd tijdens de deelname aan de interventies. Het merendeel van de deelnemers ervaren hun gezondheid als gemiddeld en dit verandert nauwelijks tussen T0 en T1. De kwaliteit van leven verandert evenmin significant, al zien we dat deelnemers over het algemeen tevredener zijn over hun kwaliteit van leven naarmate de interventie vordert. Ook voor de geestelijke gezondheid hebben we geen significante verbeteringen gezien.

Tijdens de interviews geven echter nagenoeg alle deelnemers aan dat de interventies een positief effect hebben op hun psychische gemoedstoestand en dat het welzijnsgevoel is verbeterd. Volgens de begeleiders bieden de interventies structuur aan de dag. Op deze manier wordt terugval voorkomen en stress tegengegaan. Een verbeterde gezondheid stelt deelnemers vervolgens in staat te participeren in (on)betaalde arbeid, hetgeen leidt tot een verdere afname van psychische klachten. Deze redenering wordt bevestigd in diverse onderzoeken waarin de relatie tussen het uitvoeren van betaalde arbeid en de psychische gesteldheid van personen met geestelijke problematiek uitvoerig is onderzocht<sup>13</sup>.

### 4.4 Betaalde arbeid

Uit de interviews blijkt dat de doorstroming naar een betaalde baan minimaal is. Ook als de (sociale) vaardigheden van deelnemers verbeteren, blijft de afstand tot de arbeidsmarkt vaak onverminderd groot. Het afschaffen van trajectbegeleiding en de stigmatiserende werking van een geestelijk gezondheidsprobleem worden als belangrijke redenen genoemd. Bovendien zijn veel werkgevers niet bekend met de mogelijkheden om mensen met een

<sup>10</sup> Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), 76-99.

<sup>11</sup> Rytsala, H.J., Melartin, T.K., Leskela, U.S., Sokero, T.P., Lestela-Mielonen, P.S., & Isometsa, E.T. (2007). Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 206-213.

<sup>12</sup> Ianelli, S., & Wilding, C. (2007). Health-enhancing effects of engaging in productive occupations: Experiences of young people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 285-293.

<sup>13</sup> Ruijsbroek, J.M.H., Droomers, M. Sociale omgeving en gezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2008.

psychische beperking succesvol in te zetten in het bedrijf. Ten slotte is het ontbreken van een professionele ketensamenwerking tussen de aanbieders van de interventies en potentiële werkgevers een reden waarom relatief weinig deelnemers doorstromen naar betaald werk. Zelfs als aanbieders de ontwikkeling naar betaald werk zelf organiseren (zoals bij het clubhuismodel), blijven de mogelijkheden voor betaald arbeid beperkt tot de groep werkgevers waarmee de aanbieders afspraken kunnen maken. Uit de interviews komt een beeld naar voren dat mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem vaak wel willen en kunnen werken, maar simpelweg de mogelijkheid niet krijgen.

#### 4.5 Lessen voor toekomstig onderzoek

De gemeente Amsterdam bevordert het evidence-based werken bij de ondersteuning aan mensen uit de (O)GGZ doelgroep. Evidence-based werken houdt in dat je de best beschikbare kennis gebruikt over wat werkt. Die kennis komt idealiter uit drie verschillende bronnen: wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten. Interventies die evidence-based zijn, zijn dus ook practice-based en houden rekening met het cliëntperspectief.

Het inzetten van evidence-based interventies vergroot de kans dat professionals effectieve ondersteuning leveren, dat mensen uit de (O)GGZ doelgroep er baat bij hebben en dat de investering van publieke middelen maatschappelijk rendement oplevert. Als een interventie niet evidence-based is wordt het lastig om te bepalen of deze geschikt is voor een bepaalde groep. Bovendien kan een verkeerde inzet van interventies demotiverend en zelfs schadelijk uitwerken voor de kwetsbare doelgroep die in dit onderzoek centraal staat.

Het inzetten van evidence-based interventies wordt echter bemoeilijkt omdat er nog veel onbekend is over de werkzame elementen van interventies voor de (O)GGZ doelgroep<sup>14</sup>. Om hierover meer kennis te verkrijgen is wetenschappelijk effect- en implementatieonderzoek nodig waarin aandacht wordt besteed aan de toepasbaarheid door professionals en de toegankelijkheid en bruikbaarheid voor de (O)GGZ-doelgroep. De kosten van dergelijk onderzoek zijn relatief gering als we in ogenschouw nemen wat de totale kosten zijn van de ondersteuning aan de doelgroep en de mogelijke schadelijke gevolgen van een verkeerde inzet van interventies.

Het uitvoeren van onderzoek onder de (O)GGZ doelgroep stelt onderzoekers wel voor uitdagingen, zoals ook in dit project is gebleken. Bij het gebruik van vragenlijsten bestaat het risico dat deelnemers bepaalde vragen niet goed begrijpen of afwijkend interpreteren. Bij een onderzoek als dit met een betrekkelijk lage respons kunnen dergelijke afwijkingen in de beantwoording van vragen de resultaten beïnvloeden. TNO heeft dit risico zoveel mogelijk proberen te voorkomen door de vragenlijsten vooraf uitgebreid te testen onder de doelgroep en de onderzoeksdata op validiteit te controleren.

De vraag rijst of vragenlijstonderzoek zoals in dit project is uitgevoerd, überhaupt een geschikte onderzoeksmethode is om gevalideerde gegevens te verzamelen over de (O)GGZ-doelgroep. Op basis van de ervaringen in dit en ander onderzoek is het goed

<sup>14</sup> Zie onder andere de literatuursurvey van TNO: Quicksan Wetenschappelijke Literatuur Gemeentelijke Uitvoeringspraktijk. TNO rapportage voor ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rapport R15061, 22 juli 2015.

mogelijk om vragenlijstonderzoek uit te voeren bij de (O)GGZ- doelgroep, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan:

1. Een hoge respons zodat foutieve antwoorden of afwijkingen al snel verdwijnen in het grote geheel. Wij stellen voor hierbij rekening te houden met een uitval van 75 % na een half jaar en 85% na een jaar. Om een hoge respons te verwezenlijken zal het soms nodig zijn om de schaal van het onderzoek te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door andere uitvoerders of andere gemeenten bij het onderzoek te betrekken.
2. De mogelijkheid om data van cliënten te vergelijken met een controlegroep, zodat de toegevoegde waarde van interventies vastgesteld kan worden.
3. Vooraf testen van de vragenlijsten bij ten minste 10 personen uit de interventiegroep.
4. Getrainde interviewers inzetten die deelnemers aan het onderzoek ondersteunen bij het invullen van vragenlijsten.
5. Extra controle vragen opnemen in de vragenlijsten.
6. Extra vervolgmetingen organiseren bijvoorbeeld in de vorm van een doorlopende monitoring, zodat data van verschillende meetmomenten tegen elkaar kunnen worden afgezet.

Tot slot bevelen wij aan om juist voor de (O)GGZ-doelgroep kwantitatieve onderzoeksmethoden te combineren met kwalitatief onderzoek in de vorm van diepte interviews en gesprekken. Deze combinatie van onderzoeksmethoden maakt het mogelijk om uitkomsten van kwantitatief onderzoek te verklaren, te corrigeren en in een bredere context te plaatsen. De (O)GGZ doelgroep vormt immers een zeer gevarieerde groep mensen die zich niet gemakkelijk laten onderzoeken met alleen gestandaardiseerde vragenlijsten.

## 5 Literatuur

Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 (2013). GGD Amsterdam, November 2013.

Blankertz L, Robinson S (1996). Who is the psychosocial rehabilitation worker? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 3.

Blonk RWB, Twuijver MW van, Ven HA van de, Hazelzet AM (2015). Quickscan Wetenschappelijke Literatuur Gemeentelijke Uitvoeringspraktijk. TNO rapportage voor ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rapport R15061, 22 juli 2015.

Dariuz (2006). 'Assessment Vragenlijst Medewerker'.

Fassaert T, Lauriks S, Weerd S van de, Theunissen J, Kikkert M, Dekker J, Buster M, Wit M de 'Psychometric Properties of the Dutch Version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D)'. 2014; *Community Ment Health J* (50): 583-590.

Hak T (2004). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47, 205-212.

Hoof F van, Knispel A, Erp N van, Overweg K, Place C, Vugt M van (2013). Trendrapportage GGZ 2012. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering Ambulantisering. Trimbos Instituut, pp 63-86.

Hoof EAJ van (2004) Job seeking as planned behavior: In search of group differences. Dissertatie Vrije Universiteit, Amsterdam.

Hvalsoe B, Josephsson S (2003). Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71.

Ianelli, S, Wilding C (2007). Health-enhancing effects of engaging in productive occupations: Experiences of young people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 285-293.

Jager-Vreugdenhil M (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), 76-99.

Lauriks S, Buster MCA, Wit MAS de, Weerd S van de, Tigchelaar G (2010) 'Zelfredzaamheid-Matrix'. 2010; GGD Amsterdam.

Liberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Psychiatric Services*, 36(4), 396-403

Niewenhuizen C van, Schene AH, Koeter MWJ, Huxley PJ (2001) 'The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation'; *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (36): 36-44.

OECD (2015). Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work.

Post MWM (2010) 'Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie)'. Utrecht.

Ruijsbroek JMH, Droomers M Sociale omgeving en gezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2008.

Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET (2007). Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 206-213.

Stansfeld S, Candy B (2006). 'Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review.' *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 32, No. 6 (December 2006), pp. 443-462.

Tanzman B (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Psychiatric Services*, 44(5), 450-455.

Tiemeijer W (2016). *Eigen Schuld. Een gedragswetenschappelijk perspectief op problematische schulden*. WRR/ Amsterdam University Press: Den Haag.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD 'A 12-Item Short-Form Health Survey'. 1996; *Medical Care* (34(3)): 220-233.

Zee CH van der, Priesterbach AR, Dussen L van der, Kap A, Schepers VPM, Visser-Meily JMA, Post MWM (2010). 'Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation'. 2010; *J Rehabil Med* (42): 752-757.

## A Bijlage: Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er een tweedelig onderzoeksdesign gehanteerd, bestaande uit een effectevaluatie en een casestudy. Dit design is toegepast voor de acht interventies die voor het onderzoek zijn geselecteerd. Het betreft een mixed-method design, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens zijn verzameld en geïntegreerd om de onderzoeksvraag optimaal te beantwoorden. De looptijd van het onderzoek was van oktober 2014 tot en met augustus 2016. De follow-up tijd (de tijd tussen het afnemen van de 0-meting en de vervolgmeting T1) bedroeg zes maanden, ervan uitgaande dat deze voldoende was om een verbetering in zelfredzaamheid door de interventie waar te nemen.

### A1 Design effectevaluatie

De effectevaluatie heeft als doel om te achterhalen of de zelfredzaamheid en participatie verbeteren van de deelnemers aan de acht voor het onderzoek geselecteerde interventies. Dit is gedaan door op baseline (T0) en na 6 maanden follow-up (T1) zelfredzaamheid en mate van participatie te meten. De betrokken begeleiders hebben met de deelnemers de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)<sup>15</sup> ingevuld. Vervolgens hebben de deelnemers op T0 en T1 zelfstandig vragen beantwoord over de volgende onderwerpen: demografische kenmerken, mate van participatie, algemene gezondheid, psychische gezondheid en kwaliteit van leven.

#### Meetinstrumenten

**Zelfredzaamheid** is gemeten op basis van elf levensdomeinen van de zelfredzaamheidsmatrix: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. De scores op de ZRM domeinen variëren van 1 'acute problematiek', 2 'niet zelfredzaam', 3 'beperkt zelfredzaam', 4 'voldoende zelfredzaam' tot aan 5 'volledig zelfredzaam'. Het is mogelijk om een somscore te berekenen (potentieel variërend van 11-55).<sup>16</sup> Dit instrument wordt al gebruikt binnen de gemeente Amsterdam en is eerder gebruikt in onderzoek om [subtiele] positieve effecten van interventies weer te geven. De begeleiders hebben van TNO een instructie gekregen voor het afnemen van de ZRM bij deelnemers.

**Demografische kenmerken** zijn gemeten: leeftijd, geslacht, geboortjaar en etniciteit.

<sup>15</sup> Lauriks S., Buster MCA, De Wit M.A.S., van de Weerd S., Tigchelaar G. 'Zelfredzaamheids-Matrix'. 2010; GGD Amsterdam.

<sup>16</sup> Fassaert T., Lauriks S., van de Weerd S., Theunissen J., Kikkert M., Dekker J., Buster M., de Wit M. 'Psychometric Properties of the Dutch Version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D)'. 2014; Community Ment Health J (50): 583-590.

**Mate van participatie** is gemeten aan de hand van twee sub-schalen van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER).<sup>17,18</sup> Er is gevraagd 1) hoeveel tijd cliënten besteden aan werk, studie en huishouden en 2) hoe vaak zij bepaalde activiteiten doen, zoals familie of vrienden bezoeken en dagtochtjes maken. Voor beide sub-schalen zijn mediaan scores berekend.

**Algemene gezondheid** is gemeten met een aangepaste versie van de eerste item van de 'Short-Form Health Survey 12 (SF-12)'<sup>19</sup>, namelijk 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. De antwoordschaal van de oorspronkelijke SF-12 item varieert van 1 'uitstekend', 2 'zeer goed', 3 'goed', 4 'matig' tot aan 5 'slecht'. In deze effectevaluatie is een aangepaste antwoordschaal gebruikt om meer variabiliteit te kunnen meten in deze doelgroep: 1 'zeer goed', 2 'goed', 3 'matig', 4 'slecht' en 5 'zeer slecht'.<sup>20</sup>

**Psychische gezondheid:** cliënten hebben aangegeven of zij een psychisch gezondheidsprobleem hebben. Wanneer zij aangeven problemen te hebben met hun psychische gezondheid is hen gevraagd of ze hiervoor onder behandeling zijn; in de vorm van contact met dokter/psycholoog en medicatiegebruik. Ook is gevraagd hoelang deze behandeling al gaande is. Omdat dit gevoelige vragen betreffen, kunnen deelnemers aangeven 'deze vraag overslaan'.

**Kwaliteit van leven** is gemeten aan de hand van een aangepast verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile<sup>21</sup>. Cliënten geven aan hoe tevreden zij zijn over hun lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, dagbesteding, sociale relaties, woonsituatie, hulpverlening die zij krijgen, financiële situatie, kwaliteit van leven, leven als geheel en mate waarin zij gelukkig zijn. Zij geven dit aan op een schaal van 1 'Erg ontevreden' tot 5 'Erg tevreden'. Hiervan is een mediaan score berekend.

### **Dataverzameling en analyse**

De begeleiders zijn verantwoordelijk voor het tweemaal verzamelen van de ZRM data, bij instroom op T0 en na 6 maanden op T1. Vervolgens hebben de deelnemers zelf een aanvullende vragenlijst online ingevuld. Er is getest met deelnemers aan een van de interventies om te kijken of de vragenlijst duidelijk is en of zij de vragen goed begrijpen. Op basis van deze test is de vragenlijst aangepast.

Door het ontbreken van een referentie of controlegroep, zijn veranderingen van zelfredzaamheid en participatie geanalyseerd binnen de groep van deelnemers aan de acht interventies. Hierbij is verondersteld dat de zelfredzaamheid en participatie grosso modo ongewijzigd blijven als de deelnemers niet zouden deelnemen aan de interventies.

<sup>17</sup> Post, M.W.M. 'Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-Participatie)'. 2010, Utrecht.

<sup>18</sup> Van der Zee C.H., Priesterbach A.R., van der Dussen L., Kap A., Schepers V.P.M., Visser-Meily J.M.A., Post M.W.M. 'Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation'. 2010; J Rehabil Med (42): 752-757.

<sup>19</sup> Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. 'A 12-Item Short-Form Health Survey'. 1996; Medical Care (34(3)): 220-233.

<sup>20</sup> Dit is ook in eerder TNO onderzoek in een vergelijkbare doelgroep, Beter Samen in Noord, gedaan en wordt in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor van de GGD gedaan. Dit biedt dus ook de mogelijkheid om bevindingen met elkaar te vergelijken.

<sup>21</sup> Van Nieuwenhuizen C., Schene A.H., Koeter M.W.J., Huxley P.J. 'The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation'. 2001; Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (36): 36-44.



De baseline scores fungeren in essentie voor iedereen als hun eigen referentie. Gemiddelde scores op alle schalen op T0 en T1 zijn berekend en het gemiddelde verschil daartussen. Om te zien of dit verschil statistisch significant is en niet op toeval berust, hebben wij een gepaarde t-toets gebruikt.

Door het ontbreken van een controle groep, kunnen causale conclusies op basis van het evaluatieonderzoek alleen met een voorbehoud getrokken worden. Met dit onderzoek kan niet worden vastgesteld of een geconstateerde verandering volledig is toe te schrijven aan de interventies. Wel kan met behulp van de casestudy worden onderzocht of deelname aan de interventie geassocieerd kan worden met een vooruitgang.

## A2. Casestudy

Het doel van de casestudy is om aanvullende informatie te verkrijgen over de effectiviteit van de interventies in het verhogen van zelfredzaamheid en participatie. Tijdens de casestudy zijn self-efficacy en basale arbeidscompetenties gemeten met behulp van een semigestructureerde vragenlijst. Een TNO onderzoeker heeft zes deelnemers aan de casestudy vragen gesteld en deze toegelicht. Daarnaast heeft de TNO onderzoeker de deelnemers en hun begeleiders vragen gesteld over hun ervaringen met de interventie. Er is gekozen voor individuele interviews omdat de gevraagde informatie, de mening en ervaringen alleen door individuele deelnemers en begeleiders gegeven kunnen worden<sup>22</sup>. Een face-to-face interview is de meeste geschikte methode om informatie te verzamelen bij deze (O)GGZ-doelgroep. De interviews voor de casestudy hebben plaatsgevonden op baseline (T0) en na zes maanden follow-up (T1). Er zijn vragen gesteld over self-efficacy, arbeidscompetenties en ervaringen met de interventie. Tevens zijn er aanvullend vragen gesteld over het proces en voortgang tijdens de interventie. Met deze procesvragen zijn belemmerende en/of bevorderende factoren in de effectiviteit van de interventies in kaart gebracht.

### **Meetinstrumenten**

**Self-efficacy** met betrekking tot participeren is gemeten aan de hand van acht uitspraken over de mate waarin iemand zelf inzicht en vertrouwen heeft in zijn of haar sterke en zwakke kanten, hoe een deelnemer sociale contacten kan gebruiken, informatie kan vinden, een goede indruk kan maken, werk kan zoeken, een sollicitatiebrief kan schrijven en zichzelf kan oriënteren op het vinden van een baan. Deelnemers aan de casestudy hebben aangeven in hoeverre zij het eens zijn met de uitspraken: 1 'helemaal mee eens', 2 'mee eens', 3 'neutraal', 4 'mee oneens' en 5 'helemaal mee oneens'. Een gemiddelde score is berekend.<sup>23</sup> Omdat deze informatie is verzameld aan de hand van persoonlijke semigestructureerd interviews met cliënten en niet door middel van een vaststaande vragenlijst, heeft de interviewer de vragen aan kunnen passen op de individuele situatie van de deelnemer.

**Arbeidscompetenties** zijn gemeten: gevoel voor arbeidsverhoudingen, afspraken nakomen, zelfstandigheid, communiceren en leervermogen.<sup>24</sup> Deze zijn op dezelfde 5-punt schaal gemeten als self-efficacy.

<sup>22</sup> Hak, T. (2004). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47, 205-212.

<sup>23</sup> Van Hooft, E.A.J. 'Job seeking as planned behavior: In search of group differences'. 2004; Dissertatie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

<sup>24</sup> Dariuz 'Assessment Vragenlijst Medewerker'; 2006.



**Ervaringen** van de deelnemers zijn bevestigd met de interventies en de mate waarin deze hebben bijgedragen aan hun zelfredzaamheid en participatie. De vragen richten zich op de waardering van deelnemers voor de interventie: wat vinden ze er van? hebben ze het idee dat het hen helpt? waar zijn ze tegen aan gelopen? Er zijn open vragen gesteld om de deelnemers en begeleiders uit te nodigen hun ervaringen te vertellen. Daarnaast hebben de onderzoekers gevraagd of deelnemers participeren in andere vormen van participatie, zoals het doen van vrijwilligerswerk of onbetaald werk.

**Proces en voortgang:** Tijdens de interviews hebben de TNO onderzoekers vragen gesteld aan de deelnemers en hun begeleiders over de werkzame elementen van de interventies en belemmerende en/of bevorderende factoren voor de effectiviteit van de interventies.

### **Dataverzameling en analyse**

De selectie van de deelnemers is een convenience sample van de groep deelnemers aan de effectevaluatie. De begeleiders zijn per e-mail uitgenodigd. In deze email zijn de begeleiders verzocht de deelnemers mondeling uit te nodigen voor het interview. In de email is het toestemmingsformulier en een link bijgesloten om voorafgaand aan het interview toestemming te geven. Nadat deelnemers toestemming hebben gegeven, zijn de interviews gepland.

De deelnemers en hun begeleiders die deelnemen aan de casestudy, zijn kort na de T0 meting geïnterviewd. Hierbij is de voortgang van de deelnemers besproken en vragen gesteld om inzicht te krijgen in de werking van de interventie. De deelnemers en begeleiders zijn hierover nogmaals geïnterviewd na de T1 meting.

Bij de start van het interview, hebben de TNO onderzoekers de privacyregels nogmaals toegelicht en hebben ze de procedure uitgelegd. Vervolgens zijn de vragenlijsten over self-efficacy, arbeidscompetenties en de ervaringen afgenomen.

Van ieder interview is een verslag gemaakt. De onderzoekers van TNO hebben de interviewverslagen gecontroleerd, gecorrigeerd en aangevuld. Vervolgens zijn de interviewverslagen geanalyseerd aan de hand van de besproken onderwerpen. Omdat het aantal deelnemers aan de casestudy klein is, zijn alleen beschrijvende statistieken gebruikt voor de self-efficacy en arbeidscompetenties: gemiddelde scores over de deelnemers heen en baseline en follow-up [verschil] scores per deelnemer. Deze beschrijvende statistieken hebben de TNO onderzoekers aangevuld met gegevens uit de effectevaluatie. Binnen de casestudy is de deelnemers gevraagd naar de effecten van de interventie (effectevaluatie) en de begeleider naar de randvoorwaarden voor succes.

De informatie van de interviews zijn gebruikt om de bevindingen van de effectevaluatie te verrijken en te verklaren, bijvoorbeeld waarom interventies wel of niet effectief zijn, wat werkzame elementen zijn en aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn voor een succesvolle uitvoering. Door de achterliggende processen inzichtelijk te maken is het mogelijk om te verklaren waarom interventies wel of niet effectief zijn voor welke deelnemers.

**TNO.NL**

**Healthy Living**  
Schipholweg 77-89  
2316 ZL Leiden  
Postbus 3005  
2301 DA Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 90 00  
[infodesk@tno.nl](mailto:infodesk@tno.nl)

Handelsregisternummer 27376655

© 2017 TNO