

Kwaliteit van leven bij patiënten binnen Huis aan de Dijk

Hoe kan Dimence de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk vergroten?



Student:	S. Witteveen (435066)
Opleiding:	Toegepaste Psychologie
Onderwijsinstelling:	Saxion University of Applied Sciences
1e begeleider:	M.F. Galindo
2e begeleider:	L. Segerink
Opdrachtgever:	M. Warmink (Dimence)
Datum:	30 maart 2022

Bachelorscriptie

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
§ 1.1 Organisatie & Context	6
§ 1.1.2 Probleemstelling.....	7
§ 1.2 Relevantie	8
§ 1.3 Onderzoeksvragen.....	8
§ 1.3.1 Doelstelling	8
§ 1.4 Stakeholders	9
§ 1.5 HCD Model.....	9
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	10
§2.1 Kwaliteit van leven	10
§2.2 Kwaliteit van leven & ouderen	10
§2.3 Hoe komen de patiënten bij Huis aan de Dijk?	11
§2.4 Kwaliteit van leven & (patiënt)tevredenheid	12
§2.5 Kwaliteit van leven & psychiatrie	13
§2.6 Belemmerende en bevorderende factoren kwaliteit van leven	14
§2.6.1 Belemmerende factoren	14
§2.6.2 Bevorderende factoren	14
§2.7 Vragenlijsten.....	16
§2.7.1 WHOQOL-BREF	16
§ 2.7.2 WHODAS 2.0.....	17
§ 2.7.3 WHOQOL in relatie met WHODAS 2.0.....	18
Hoofdstuk 3 Human Centered Design Model (HCD)	19
§ 3.1 Inspiration fase	19
§ 3.1.1 Vragenlijst.....	19
§ 3.1.2 expert interview	30
§ 3.1.3 Secondary research	31
§ 3.2 ideation fase	32
§ 3.2.1 find themes.....	32
§ 3.2.2 top five.....	33
§ 3.2.3 rapid prototyping.....	36
Hoofdstuk 4 conclusie, discussie en aanbevelingen	40

§ 4.1 conclusie	40
§ 4.2 discussie.....	40
§ 4.3 aanbeveling vervolgonderzoek.....	42
§ 4.4 validiteit en betrouwbaarheid.....	42
Bijlage 1 Literatuurlijst.....	43
Bijlage 2 Checklist Ethisch Advies.....	46
Bijlage 3 Informatiebrief.....	49
Bijlage 4 Informed Consent	51
Bijlage 5 WHODAS2.0 Vragenlijst	52
Bijlage 6 WHOQOL Vragenlijst.....	55
Bijlage 7 Antwoordmogelijkheden vragenlijsten	58
Bijlage 8 Semigestructureerd interview	59
Bijlage 9 Eigenwerkverklaring	60

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Kwaliteit van leven binnen Huis aan de Dijk'. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding toegepaste psychologie aan het Saxion in Deventer. Het onderzoek is uitgevoerd bij Dimence, afdeling Huis aan de Dijk op terrein Brinkgreven in Deventer. Dit onderzoek liep van september 2021 tot en met maart 2022, de afgelopen periode heb ik hard gewerkt om tot een goed beroepsproduct en verantwoording te komen. Tijdens deze periode hebben mensen binnen de organisatie Dimence en Hogeschool Saxion mij geholpen, gemotiveerd en ondersteund, hen wil ik bedanken.

Ten eerste gaat een woord van dank uit naar mijn begeleider vanuit Saxion, Marco Farfan Galindo. Marco stond altijd voor mij klaar wanneer er vragen beantwoord moesten worden, onduidelijkheden waren of om met mij mee te denken waar ik tegenaan liep. Marco heeft mij de ruimte gegeven om zelf te ontdekken wat het beste bij mij past om dit onderzoek tot een succes te laten verlopen. Ten tweede wil ik mijn opdrachtgever vanuit Dimence bedanken, Marijn Warmink. Marijn heeft mij het vertrouwen gegeven om dit onderzoek uit te mogen voeren en was altijd goed benaderbaar. Mede doordat ik mijn ideeën en oplossingen met Marijn kon bespreken is dit onderzoek tot een succes gekomen, ook wanneer ik het soms lastig had verbreedde Marijn mijn visie waardoor ik bepaalde zaken met een andere blik bekeek en het proces daardoor weer door kon gaan. Ten derde een woord van dank aan alle patiënten van Huis aan de Dijk voor de medewerkingen. Ten vierde wil ik ook een woord van dank uitspreken aan de eerstverantwoordelijk verpleegkundige van Huis aan de Dijk. Als laatste gaat een woord van dank uit aan tweede begeleidster Lieke Segerink. Ik heb de feedback als prettig en zeer nuttig ervaren.

Ik wens u veel leesplezier.

Simon Witteveen

Deventer, 30 maart 2022

Samenvatting

Op locatie Huis aan de Dijk van Dimence wordt jaarlijks een meting gehouden hoe het is gesteld met de kwaliteit van leven van de patiënten. Dit is begonnen nadat de organisatie een zorgdifferentiatie heeft doorgevoerd. Dit betekent dat er voor de patiënten (en medewerkers) verschillende behandelmilieus zijn gecreëerd: gesloten/besloten en individueel (de Burcht), groepsgericht (de Hoeve) en instroom en zelfredzaamheid (de State). Voor het onderzoek kwam het voor dat patiënten met zeer diverse complexe problematiek bij elkaar zaten. Zo zat er een patiënt die zelfstandig kon én wil zijn samen met iemand op een afdeling met zware psychiatrische klachten waarbij veel ondersteuning nodig is. Dit hebben meerdere patiënten als problematisch ervaren. Om te achterhalen hoe het met de kwaliteit van leven is gesteld en wat Dimence kan doen om deze te vergroten is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: “Wat kan Dimence doen om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten?”. Daarnaast is het voor Dimence een meting om te bekijken of de behandelmilieus de gewenste werking hebben op de patiënten.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd middels literatuuronderzoek, vragenlijsten en semigestructureerde interviews. Het human centered design (HCD) model is gebruikt als leidraad voor dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek zijn de inspiration en ideation fase doorlopen. Tijdens de inspiration fase zijn de stakeholders geïdentificeerd, zijn vragenlijsten onder de patiënten en eerstverantwoordelijk verpleegkundige afgenomen en zijn er semigestructureerde interviews afgenomen onder de experts van Huis aan de Dijk. Daarnaast is als onderdeel van de inspiration fase literatuuronderzoek gedaan. Tijdens de ideation fase is er betekenis gegeven aan alle data dat is voortgevloeid uit de inspiration fase. Uit de resultaten is gebleken dat patiënten problemen ervaren op het gebied van zelfverzorging, begrijpen en communiceren en deelname aan de samenleving.

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van leven goed noch slecht is. Op het niveau van functioneren wordt nogal moeite ervaren door de patiënten. Om dit op te lossen is een adviesrapport ontwikkeld. Voor milieu zelfredzaamheid wordt aanbevolen om deelname aan de samenleving te stimuleren door middel van maatschappelijke participatie bij een organisatie onder de Dimence Groep genaamde de Kern. Voor milieu groepsgericht is gebleken dat op domein begrijpen en communiceren problemen worden ervaren. Hiervoor is de terugvraagmethode van Pharos aanbevolen in het uiteindelijke beroepsproduct. Voor milieus individueel en gesloten worden problemen ervaren op zelfverzorging. Om de zelfverzorging beter in kaart te brengen is de Katz ADL Index geïntroduceerd als aanbeveling om zo in kaart te brengen in hoeverre de patiënt in staat is hem of haarzelf te verzorgen. Door met de bovenstaande aanbevelingen aan de slag te gaan zullen punten worden verbeterd die op dit moment de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Hierdoor zal de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk worden vergroot.

Hoofdstuk 1 Inleiding

§ 1.1 Organisatie & Context

Dimence is een organisatie die gespecialiseerde zorg biedt. Hier kunnen volwassenen en ouderen terecht voor specialistische geestelijke gezondheidszorg. Dit kan zowel ambulant als klinisch. Op de locatie Brinkgreven, waar het onderzoek uitgevoerd gaat worden, staan meerdere gebouwen met klinische settings voor uiteenlopende doelgroepen. Het landgoed (terrein Brinkgreven) biedt al sinds 1894 plek aan de zorg voor patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (Dimence, 2021). Huis aan de Dijk is een klinische setting binnen Dimence. Klinisch betekend dat je kunt worden opgenomen en is bedoeld voor mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn vanwege psychische problemen vaak in combinatie met somatische (lichamelijke) beperkingen, handicaps en gedragsproblematiek.

Missie & visie Dimence

Dimence biedt toonaangevende (hoog)specialistische ggz aan de mensen in haar werkgebied. Samen met patiënt en zijn of haar naasten wordt er gestreefd naar zoveel mogelijk gezondheidswinst. Er wordt samen met overheden, politie, wijkteams, huisartsen en andere partners gewerkt. Dimence gelooft in een gemêleerde, kleurrijke en menselijke samenleving. Volgens Dimence (2021) werken medewerkers van Dimence met hart en ziel in de ggz en staan midden in de maatschappij.

Er bestaan binnen Huis aan de Dijk drie afdelingen (milieus) waar het onderzoek gaat plaatsvinden:

- De Hoeve;
- De Burcht;
- De State.

Binnen de afdelingen is plaats voor 60 patiënten, deze zullen allen worden benaderd voor het onderzoek, en zijn in principe ouder dan 65 jaar wanneer zij opgenomen worden.

De Hoeve (Groepsgericht)

De patiënten die op afdeling De Hoeve verblijven doen dit op groepsniveau. Dat betekent dat de patiënten op de afdeling samen eten, koffie of theedrinken en deelnemen aan groepsactiviteiten. Er hangt een warme sfeer op de afdeling en er is veel ruimte voor sociale contacten in de gezamenlijke ruimtes.

De Burcht (Gesloten/Besloten & Individueel)

Op deze afdeling verblijven patiënten waarmee duidelijke afspraken zijn gemaakt over hun verblijf. Ook zijn er afspraken gemaakt rondom vrijheden, het is de bedoeling dat er zo prikkelarm mogelijk wordt verpleegd.

Daarnaast verblijven patiënten op De Burcht wanneer deze meer op zichzelf zijn of liever in een kleinere groep. De patiënten verblijven het liefst op hun kamers.

De State (Zelfredzaamheid)

Elke nieuwe aanmelding binnen Huis aan de Dijk wordt in dit milieu opgenomen. Bij aanvang van opname is niet altijd direct duidelijk in welk milieu de patiënt het beste kan worden opgenomen. Tot die tijd verblijft de patiënt op De State. De patiënt kan de instroomafdeling overslaan wanneer direct duidelijk is in welk milieu de patiënt het beste kan verblijven.

Binnen Huis aan de Dijk zal Marijn Warmink, psychiatrisch verpleegkundige, contactpersoon zijn voor het onderzoek.

§ 1.1.2 Probleemstelling

Er zijn twee onderzoeken geweest binnen Dimence om de kwaliteit van leven te meten. Om dit te meten zijn patiënten onderworpen aan twee verschillende vragenlijsten, namelijk: WHODAS 2.0 en WHOQOL om de kwaliteit van leven en niveau van functioneren te meten. Er is in 2017 een 0-meting gehouden onder de 60 patiënten binnen Huis aan de Dijk. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft er een zorgdifferentiatie plaatsgevonden om de kwaliteit van leven van patiënten te vergroten. Tijdens de zorgdifferentiatie zijn verschillende milieus zijn gecreëerd zoals beschreven in paragraaf 1.1 'Organisatie & context'. Dit zijn de volgende milieus: Gesloten/besloten, groepsgericht, zelfredzaamheid en individueel. In 2019 is er een vervolgonderzoek uitgevoerd waarin de kwaliteit van leven opnieuw werd gemeten (van Bree, 2019). Hieruit is gebleken dat voor een aantal patiënten de kwaliteit van leven is verbeterd en voor enkele niet, dit is uit de resultaten gekomen van de WHODAS 2.0 en WHOQOL.

Uit gesprek met Warmink (persoonlijke communicatie, 9 september 2021) is naar voren gekomen dat Dimence na de uitkomsten van de 0-meting een zorgdifferentiatie heeft uitgevoerd. Hierin zijn de patiënten herverdeeld over de afdelingen, op basis van de uitkomsten van het onderzoek. Om de kwaliteit van leven te vergroten onder de patiënten zijn de volgende milieus gecreëerd: gesloten/besloten, groepsgericht, zelfredzaamheid en individueel. Voor het onderzoek kwam het voor dat patiënten met zeer diverse complexe problematiek bij elkaar zaten. Zo zat er een patiënt die zelfstandig kon én wil zijn samen met iemand op een afdeling met zware psychiatrische klachten waarbij veel ondersteuning nodig is. Dit hebben meerdere patiënten als problematisch ervaren (persoonlijke communicatie, 22 december 2021). Er is goed gekeken naar de behoeftes, behandelplan en mogelijkheden van de patiënten.

De domeinen waarop de patiënten zijn onderzocht gaan over fysieke gezondheid, mentale gezondheid, relaties en omgeving. Deze vier domeinen samen bepalen de kwaliteit van het leven volgens WHO (1996). Deze domeinen zijn ook in de vorige onderzoeken onderzocht. Met de domeinen relaties en omgeving kun je aannemen dat deze ook meten hoe tevreden de patiënt is met zijn of haar omgeving en de mensen binnen deze omgeving (persoonlijke communicatie, 9 september 2021).

Uit onderzoek dat in 2019 (van Bree) is uitgevoerd is gebleken dat patiënten tussen de 52.36% en 62.83% op kwaliteit van leven scoren (hierbij is een hogere score een betere kwaliteit van leven). Daarbij dient er rekening worden gehouden met dat tevredenheid met verleende zorg van groot belang is voor het op peil houden van de kwaliteit van leven (Cramm, Strating, Sonneveld & Nieboer, 2013). Hierdoor is er een samenhang te vinden tussen (patiënt)tevredenheid en kwaliteit van leven.

Bovendien is uit hetzelfde onderzoek van van Bree (2019) samenhangend het niveau van functioneren gemeten van de patiënten. Met deze vragenlijst (WHODAS 2.0) is het mogelijk om een interventie te ontwikkelen en de impact van gezondheid gerelateerde interventies te monitoren (WHO, 2010). Het is belangrijk om deze vragenlijst opnieuw toe te passen in het onderzoek om te kijken of de zorgdifferentiatie het gewenste effect heeft gehad op de patiënten en om te kijken of de patiënten voorruit gaan, achteruit gaan of stabiel blijven.

§ 1.2 Relevantie

Om er achter te komen of de zorgdifferentiatie de veranderingen binnen de organisatie het gewenste effect heeft gehad op de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk is het nodig om een nieuwe meting uit te voeren. Om de kwaliteit van leven te achterhalen worden de WHODAS 2.0 en WHOQOL vragenlijsten afgenomen (zie paragraaf 2.7). Op basis van deze resultaten kunnen aanbevelingen worden gegeven om de kwaliteit van leven te vergroten.

Daarbij is belangrijk om dit, vooral in de langdurige zorg, periodiek te blijven meten. Gezondheid wordt namelijk omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Wanneer de kwaliteit van leven hoog is valt er gezondheidswinst te behalen. Dit blijkt uit gesprekken met Warmink (persoonlijke communicatie, 23 september, 4 oktober, 2021).

§ 1.3 Onderzoeksvragen

Om erachter te komen hoe de kwaliteit van leven vergroot kan worden is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Wat kan Dimence doen om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten?”

Om antwoord te geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- 1: “Hoe is het gesteld met de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk?”
- 2: “Hoe is het gesteld met het niveau van functioneren van patiënten binnen Huis aan de Dijk?”
- 3: “Wat zijn de wensen van de stakeholders binnen Huis aan de Dijk wat betreft kwaliteit van leven van de patiënten?”
- 4: “Welke mogelijke oplossingen kunnen worden ingezet om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten en aan welke eisen moet een oplossing voldoen?”

§ 1.3.1 Doelstelling

Dimence is een aantal jaar geleden gestart met het creëren van verschillende behandelmilieus. De jaarlijkse periodieke metingen geven een goed beeld hoe het gesteld is met de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk. De wens van de opdrachtgever is dat de kwaliteit van leven is gestegen ten opzichte van het vorige onderzoek. De verwachting is ook dat de behandelmilieus het gewenste effect zullen laten zien op kwaliteit van leven (persoonlijke communicatie, 4 oktober 2021). Het doel van dit onderzoek is om een beroepsproduct te ontwikkelen in de vorm van een adviesrapport. In dit adviesrapport zullen adviezen worden gegeven om de kwaliteit van leven binnen de organisatie te vergroten op basis van literatuuronderzoek, kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Door de WHODAS 2.0 en WHOQOL te herhalen krijgt Dimence inzicht of de behandelmilieus de juiste werking hebben op de patiënten. Met het adviesrapport zullen eventuele knelpunten worden blootgelegd en middels de aanbevelingen verbeterd kunnen worden.

§ 1.4 Stakeholders

Verschillende stakeholders zullen effect merken van het uiteindelijke beroepsproduct. Deze zullen hieronder kort worden toegelicht in volgorde van belang. Niet iedere partij is meegenomen in dit onderzoek aangezien zij niet direct invloed hebben op het onderzoek of effect hiervan zullen merken, denk hierbij bijvoorbeeld aan verschillende regionale gemeentes.

Patiënten Huis aan de Dijk

De patiënten van Huis aan de Dijk zullen het meeste inbreng hebben op het onderzoek. Het beroepsproduct zal grotendeels worden gebaseerd op de gegevens die de patiënten aanleveren uit de verschillende vragenlijsten en is dus toonaangevend voor het uiteindelijke beroepsproduct. Daarnaast zullen de patiënten de mogelijk uitgevoerde adviezen in de toekomst kunnen ervaren.

Verpleegkundige Huis aan de Dijk

Zij zullen veel inbreng hebben op dit onderzoek, een deel van de resultaten zal van deze groep afkomen. De resultaten die de verpleegkundige aanleveren zullen een groot aandeel hebben aan het uiteindelijke beroepsproduct. Daarnaast zullen de uitkomsten die in het beroepsproduct vermeld zullen worden invloed hebben op de werkzaamheden van de verpleegkundige.

Behandelaren Huis aan de Dijk

De groep behandelaren binnen Huis aan de Dijk zullen belang hebben bij de uitkomsten van dit onderzoek. De behandelaren zullen moeten kijken of het uiteindelijke beroepsproduct op de verschillende milieus toegepast zouden kunnen worden en of zij het verantwoord achten de adviezen toe te passen en het effect op de patiënten hierin meewegen.

Leidinggevende Huis aan de Dijk

De leidinggevende van Huis aan de dijk zullen nauw betrokken zijn bij het onderzoek. Zij hebben hier belang bij om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen voor de patiënten. Het onderzoek kan mogelijke knelpunten voor de kwaliteit van leven inzichtelijk maken, maar ook punten die ook dit moment goed gaan benadrukken. Met de adviezen in het beroepsproduct kunnen de leidinggevende keuzes maken en doorvoeren binnen Huis aan de Dijk.

§ 1.5 HCD Model

Tijdens dit onderzoek zal het human-centered design model (HCD) worden toegepast. Volgens het HCD-model bestaat er voor ieder probleem een oplossing, zelfs al lijkt deze niet mogelijk (IDEO, 2015). Het model bestaat uit drie fases: inspiration, ideation en implementation. Elke fase draagt bij aan het ontwikkelen van een oplossing, wat het doel is van dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek zijn de inspiration en ideation fase doorlopen. Deze zijn beschreven in H2 en in H3. De implementation fase is niet doorlopen in dit onderzoek vanwege tijdsgebrek en zal niet worden behandeld. Het HCD-model zal in detail worden uitgewerkt in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In het theoretisch wordt allereerst in paragraaf 2.1 beschreven wat kwaliteit van leven is en welke definitie wordt gehanteerd tijdens dit onderzoek. Ten tweede zal in paragraaf 2.2 de doelgroep van Dimence aan de orde komen en hoe kwaliteit van leven hen beïnvloedt. Ten derde zal in paragraaf 2.3 verder verduidelijkt worden hoe de patiënten aangemeld worden bij Huis aan de Dijk. Ten vierde zal in paragraaf 2.4 de kwaliteit van leven gekoppeld worden aan tevredenheid. Ten vijfde zal de kwaliteit van leven worden besproken in de psychiatrie en welke aspecten invloed hebben op kwaliteit van leven. In paragraaf 2.6 zullen belemmerende en bevorderende factoren voor patiënten worden weergegeven die de kwaliteit van leven negatief of positief zullen beïnvloeden. Als laatste zal in paragraaf 2.7 de onderzoeksinstrumenten (vragenlijsten) worden uitgelegd.

§2.1 Kwaliteit van leven

In dit onderzoek wordt de kwaliteit van leven onderzocht. Vanuit de literatuur blijkt dat kwaliteit van leven een lastig te definiëren begrip is en een heldere definitie daarvan is moeilijk te geven. In grote lijnen betekent het concept kwaliteit van het leven hoe een individu de 'goedheid' van meerdere aspecten meet van hun leven. Denk hierbij aan emotionele reacties op gebeurtenissen, gezindheid, gevoel van levensvervulling en tevredenheid met werk en persoonlijke relaties (Theofilou, 2013).

Eack en Newhill (2007) beweren het volgende over kwaliteit van leven: "Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan." Uit onderzoek blijkt dat de World Health Organization (1995) kwaliteit van leven als volgt definieert: 'Kwaliteit van leven wordt gedefinieerd als de perceptie van individuen van hun positie in het leven in de context van de cultuur en waardesystemen waarin ze leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, normen en zorgen'. Tijdens het vorige onderzoek die is uitgevoerd binnen Dimence (van Bree, 2019) is de definitie van de WHO toegepast. Voor huidig onderzoek zal dezelfde definitie worden gebruikt.

§2.2 Kwaliteit van leven & ouderen

Nu bekend is hoe kwaliteit van leven gedefinieerd wordt binnen het onderzoek is het belangrijk om te kijken naar de doelgroep. Ten eerste wordt gekeken naar de term 'ouderen'. Hiermee wordt al gauw de pensioenleeftijd van 65 jaar bedoeld, die de komende jaren verschuift naar 67 jaar. Binnen Huis aan de Dijk wordt dit ook gehanteerd en zijn er in principe geen patiënten onder de 65 jaar in behandeling binnen Huis aan de Dijk. Ten tweede is een opvallend kenmerk van de groep ouderen dat hun levensoriëntatie anders is. Deze blijkt minder gericht op de toekomst en meer op het heden (Vuyk, 2014). Ten derde kunnen ouderen binnen Dimence te maken krijgen met frailty (kwetsbaarheid). Ouderen die in een korte tijd met een groot scala aan factoren te maken krijgen, zoals verlies, isolatie en/of fysieke achteruitgang kunnen in deze toestand geraken die frailty wordt genoemd (Gobbens et al., 2010). Het gaat hierbij niet om een medisch syndroom, maar om een beschrijving van het gehele waarneembare en diagnostisch meetbare verschijnen en functioneren van ouderen. Frailty is niet geheel eenduidig, Sarskisian, Gruenewald, Boscardin en Seeman (2008) beschrijven frailty als een verminderd vermogen om belangrijke praktische en sociale activiteiten in het dagelijks leven uit te voeren. Als laatste zijn de gebruikelijke kenmerken die bij het ouderdom plaatsvinden kenmerkend voor de doelgroep zoals moeite met lezen en lopen, maar ook het krijgen van rimpels is een collectief proces waaraan niemand ontkomt. Veroudering valt op te splitsen in twee termen. Met primary ageing is er sprake van een normaal verouderingsproces. Hierbij verloopt het proces geleidelijk, de secondary ageing kan een heel snel en grillig karakter hebben ten gevolge van ziektes, stress of een trauma (Tieleman, 2011)

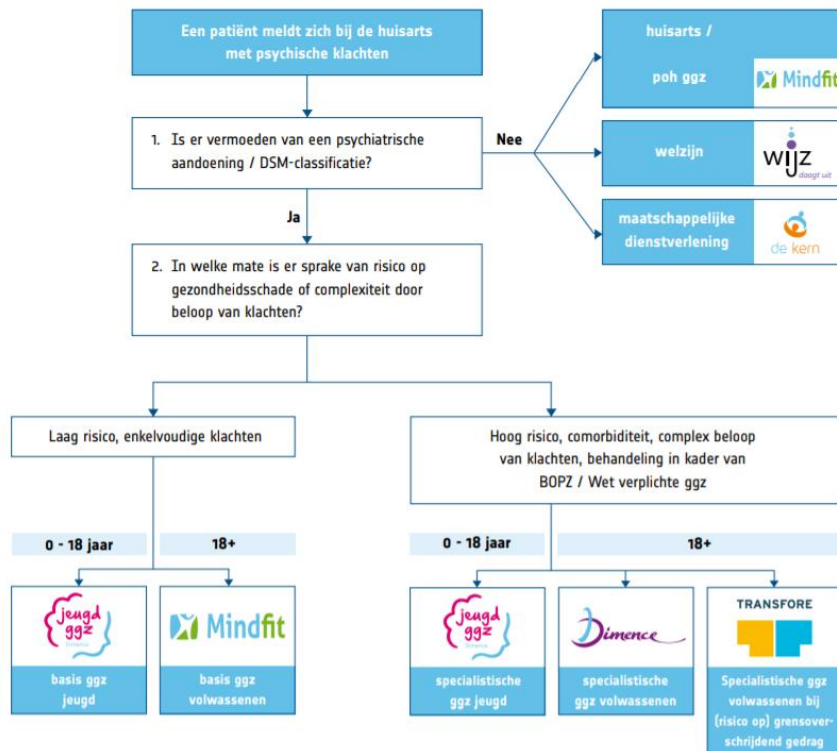
Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op kwaliteit van leven van ouderen. Zo blijkt dat socio-demografische factoren zoals leeftijd, opleiding, burgerlijke staat en familie invloed hebben op de kwaliteit van leven op de doelgroep (Vitorino, Paskulin & Viana, 2012). Daarnaast blijkt uit onderzoek (Barua, Mangesh, Kumar Harsha & Mathew, 2007) dat oudere patiënten die aangeven zich eenzaam te voelen een significant lagere score op kwaliteit van leven hebben dan patiënten die dit niet deden. Bovendien blijkt uit ander onderzoek ook dat socio-demografische gegevens als burgerlijke staat, inkomen en vrijetijd besteding een impact hebben op kwaliteit van leven (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009). Wanneer ouderen een lage kwaliteit van leven ervaren hangt dit samen met het verlies van gezondheid. Daartegenover staat dat een positief kwaliteit van leven gekoppeld kan worden aan onderwerpen als: activiteiten, inkomen, sociaal leven en relaties met familie. Gezondheid is een goede indicator voor negatieve kwaliteit van leven (Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003).

§2.3 Hoe komen de patiënten bij Huis aan de Dijk?

In figuur 1 (Dimence, 2021) is te zien hoe patiënten worden aangemeld bij Dimence groep. Dimence groep is de overkoepelende organisatie waar alle instellingen onder vallen. Hieronder valt dus ook Dimence, Huis aan de Dijk is een specialistische ggz instelling voor volwassenen waar dit onderzoek plaatsvindt.

Allereerst wordt een patiënt aangemeld bij de huisarts met psychische klachten (zie figuur 1). Wanneer er géén vermoeden is van een psychiatrische aandoening of DSM-classificatie zal de patiënt worden doorverwezen naar bijvoorbeeld de praktijkondersteuner huisarts (POH) ggz, maatschappelijke dienstverlening of welzijn. Als er wél sprake is van een psychiatrische aandoening of DSM-classificatie zal worden gekeken in welke mate sprake is van risico op gezondheidsschade of complexiteit door beloop van klachten. Bij een laag risico met enkelvoudige klachten zal een patiënt van 0-18 jaar bij basis ggz jeugd of basis ggz volwassenen worden aangemeld. Vervolgens is er de laatst mogelijke route waarbij patiënten met een hoog risico, co morbiditeit, complex beloop van klachten, behandeling in kader van BOPZ (Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen)/ wet verplichte ggz worden opgenomen. Huis aan de Dijk valt in deze route en valt onder specialistische ggz volwassenen. Wanneer de klachten dermate grensoverschrijdend zijn zullen de patiënten worden aangemeld bij Transfore.

De aanmelding binnen Huis aan de Dijk verloopt via de teamleider zorg. De teamleider zorg kijkt naar de zorgvraag van de patiënt, de klachten en profiel. Als de teamleider zorg denkt dat Huis aan de Dijk een passende plek is voor de patiënt wordt de casus in een multidisciplinair overleg gebracht om te kijken op welk milieu de patiënt het beste kan verblijven. Over het algemeen stroomt de patiënt binnen op het milieu 'instroom', maar het kan ook voorkomen dat de patiënt direct geplaatst wordt in een ander milieu als direct duidelijk is dat de patiënt daar beter kan verblijven. Dit wordt altijd in samenspraak gedaan met de senior verpleegkundige van de verschillende milieus.



Figuur 1. Aanmeldproces voor Dimence groep.

§2.4 Kwaliteit van leven & (patiënt)tevredenheid

Tevredenheid is een grote factor die samenhangt met kwaliteit van leven. Uit de literatuur blijkt bijvoorbeeld dat (patiënt)tevredenheid met de verleende zorg van groot belang is om de kwaliteit van leven op peil te houden (Cramm, Strating, Sonneveld & Nieboer, 2013). Daarnaast blijkt dat een positieve patiënttevredenheid een positieve invloed heeft op de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven (Greenfield et al., 1988). Een ander onderzoek (Doyle et al., 2013) beweert dat een positieve patiëntervaring zorgt voor een betere therapietrouw bij patiënten met chronische aandoeningen. Als laatst blijkt uit onderzoek dat een positieve patiëntervaring leidt tot minder personeelsverloop en vergroot het werkplezier onder zorgmedewerkers (Agency of healthcare Research & Quality, 2016).

Wanneer patiënten niet tevreden zijn kan dit dus voor meer kosten zorgen voor de zorginstelling, kan het voorkomen dat de patiënt niet meer trouw gaat zijn aan de therapie/behandeling en heeft het een negatieve invloed op het personeel en werkplezier. Daarnaast is het voor een zorginstelling zoals Dimence belangrijk een beeld te hebben van de patiënttevredenheid, omdat de mate van tevredenheid een belangrijke indicator blijkt te zijn voor de kwaliteit van de verleende medische zorg (Wyshak & Barsky, 1995; Hall & Dornan, 1988). Voor Dimence als zorginstelling belangrijk om de tevredenheid van de patiënten hoog te houden.

§2.5 Kwaliteit van leven & psychiatrie

Een ander aspect dat de kwaliteit van leven van patiënten van Huis aan de Dijk kan beïnvloeden is dat deze in de psychiatrie verblijven. Het blijkt ook dat een lage kwaliteit van leven samenhangt met psychische aandoeningen en sociale steun. Vaak kunnen mensen met een psychische aandoening geen relaties onderhouden waaruit zij steun kunnen halen (Mordoch, 2005). Sociale steun wordt breed herkend als cruciale factor voor mentale gezondheid en welzijn. Daarnaast heeft sociale steun een positief effect op psychotherapie en psychiatrische behandeling (Brüggemann, Gralipp., et al., 2007).

Het begrip sociale steun wordt in het onderzoek van Mahmoud, Berma en Gabal (2017) omschreven als: "Patiënten ontvangen het meeste sociale steun van significante anderen. Significante anderen bevat iedereen die in de ogen van de patiënt speciaal is zoals een partner, verpleegkundige of een arts en steunen psychiatrische patiënten meer dan familieleden. Een ander onderzoek (Bronowski, Zaluska, 2008) sluit zich aan bij deze conclusie. In dit onderzoek is sociale steun bij chronisch mentaal zieke patiënten onderzocht. Zo blijkt dat behandelaren op de eerste plek staan op het gebied van sociale steun en naaste familieleden op de tweede plek.

Ten tweede blijkt uit studie van Mahmoud, Berma en Gabal (2017) dat binnen de psychiatrie de meeste problemen worden ervaren op het fysieke domein. Volgens de studie kan dit komen doordat een psychiatrische aandoening invloed heeft op het cognitieve-, emotionele- en gedragsmatig aspect van patiënten eerder dan op het fysieke aspect. Dit onderzoek wordt ondersteund door een studie uit Engeland (Blenkirson, Hammille, 2003) waarin patiënten op mentale gezondheid en kwaliteit van leven zijn onderzocht. De onderzoekers concluderen dat de meeste problemen worden ervaren op het fysieke domein bij psychiatrische patiënten. Dit betekent dat patiënten problemen ervaren met het bewegen, alledaagse activiteiten te doen en niet genoeg energie hebben.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat sociale steun een belangrijke indicator is voor kwaliteit van leven samen met de fysieke gesteldheid van de patiënt. Dit zijn belangrijke kenmerken die de kwaliteit van leven van oudere patiënten binnen Huis aan de Dijk kunnen beïnvloeden.

§2.6 Belemmerende en bevorderende factoren kwaliteit van leven

Voor het begrip kwaliteit van leven zoals eerder dit hoofdstuk beschreven zijn er belemmerende en bevorderende factoren te vinden in de literatuur. Deze zullen hieronder worden beschreven.

§2.6.1 Belemmerende factoren

Er zijn een aantal belemmerende factoren te benomen voor de kwaliteit van leven. Ten eerste toont onderzoek van Saracli et al. (2015) aan dat cognitieve disfuncties, depressie en andere psychiatrische problematiek samen met medische ziektes een negatief effect hebben op kwaliteit van leven. Ten tweede blijkt uit onderzoek (Akyol, Durmus, Doğan, Bek & Cantürk, 2010) dat de aanwezigheid van een chronische ziekte en lage onderwijsniveau de kwaliteit van leven verlaagt en het depressieve niveau verhoogt bij ouderen. Kwaliteit van leven wordt negatief beïnvloedt door depressie en pijn intensiteit, wanneer een oudere patiënt veel pijn ervaart verlaagt dit de kwaliteit van leven. Ten derde blijkt uit onderzoek van Wilhelmson et al. (2005) is gebleken dat de kwaliteit van leven sterk achteruitgaat bij afname van sociale contacten en zelfredzaamheid. Als laatste beweren Mahmoud, Berma & Gabal (2017) dat binnen de psychiatrie de meeste problemen worden ervaren op het fysieke domein. Volgens de studie kan dit komen doordat een psychische aandoening invloed heeft op het cognitieve-, emotionele- en gedragsmatig aspect van patiënten eerder dan op het fysieke aspect. Dit is dan zeker een belemmerende factor voor patiënten van Huis aan de Dijk.

§2.6.2 Bevorderende factoren

Er zijn een aantal bevorderende factoren te benoemen voor de kwaliteit van leven. Ten eerste blijkt uit onderzoek van Saracli et al (2015) dat kwaliteit van leven sterk bevorderd kan worden wanneer patiënten zeer regelmatig familieleden zien. Wanneer er een medische beoordeling wordt gemaakt van een ouderen is het opmerken en behandelen van cognitieve disfuncties en depressie zeer waardevol om de kwaliteit van leven te verbeteren bij ouderen patiënten. Ten tweede is zoals eerder in dit onderzoek benoemd sociale steun van belang om de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarnaast heeft sociale steun een positief effect op psychotherapie en psychiatrische behandeling (Brüggemann, Garlipp., et al., 2007). Ten derde blijkt dat wanneer ouderen bezig zijn met vrijetijdsactiviteiten heeft dit in potentie de mogelijkheid om kwaliteit van leven te verbeteren (Barcelos-Ferreira, Nakano, Steffens, Bottino, 2013). De vrijetijdsactiviteiten die het meest voorkomen uit onderzoek (Chang, Yeh, Hou, Tsai, Tsai, 2010) voor ouderen zijn: televisie kijken, wandelen, praten, de krant lezen, reizen en deelname aan religieuze activiteiten. Als laatste blijkt dat tevredenheid een groot factor is die samenhangt met kwaliteit van leven. De literatuur beweert dat (patiënt)tevredenheid met de verleende zorg van groot belang is om de kwaliteit van leven op peil te houden (Cramm, Strating, Sonneveld & Nieboer, 2013).

Met bovenstaande informatie uit de literatuur zijn er enkele mogelijke oplossingen om de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk te bevorderen. Zo is gebleken dat volgens Mahmoud, Berma & Gabal (2017) sociale steun een essentieel onderdeel van de psychiatrische behandeling vanwege de belangrijke rol bij het verbeteren van de kwaliteit van leven bij psychiatrische patiënten. Wanneer er naar de literatuur gekeken wordt kunnen er een aantal oplossingen worden gevonden om kwaliteit van leven te verbeteren.

Enkele voorbeelden die mogelijk als oplossing gebruikt kunnen worden:

- Vergroot het bewustzijn van het team binnen de geestelijke gezondheidszorg over het belang van een holistische aanpak bij psychiatrische patiënten. Dit houdt in dat er ook gekeken wordt naar fysieke, psychologische, sociaal en omgevingsaspecten (Mahmoud, Berma & Gabal, 2017);
- Wilhelmson et al. (2005) hebben onderzocht dat de kwaliteit van leven sterk achteruitgaat bij afname van sociale contacten en zelfredzaamheid. Wanneer de zelfredzaamheid vergroot wordt zal dit een positief effect hebben op de kwaliteit van leven. Voorkom hospitalisatie van de patiënten;
- Uit onderzoek van Barua, Mangesh, Kumar Harsha & Mathew (2007) is gebleken dat patiënten die aangeven zich eenzaam te voelen een significant lagere score op kwaliteit van leven hebben dan patiënten die dit niet deden. Met dit gegeven is het van belang eenzaamheid te signaleren en er actief iets mee te doen, bijvoorbeeld een eenzaamheidsinterventie;

Uit bovenstaande paragrafen is gebleken dat de kwaliteit van leven voor patiënten binnen Huis aan de Dijk belangrijk is om te onderzoeken. Om dit te onderzoeken wordt er gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten. Deze zullen in de volgende paragraaf verder worden uitgewerkt.

§2.7 Vragenlijsten

Naast andere (onderzoek)methodes zal er ook gebruik worden gemaakt van verschillende vragenlijsten (zie bijlage 3 & 4) voor het onderzoek. Namelijk:

- WHOQOL-BREF
- WHODAS 2.0 Vragenlijst

§2.7.1 WHOQOL-BREF

De WHOWOL-BREF meet de kwaliteit van leven. De ontwikkeling van de WHOQOL-BREF was een multinationalaal project, gebaseerd op een intercultureel gevoelig concept, en is dus geschikt voor gebruik door verschillende nationaliteiten (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004). De vier gemeten domeinen zijn: fysieke gezondheid, mentale gezondheid, relaties en omgeving. De aspecten die worden gemeten in de domeinen staan weergegeven in tabel 1. De antwoorden op de vragen gebruiken een 5-punts Likertschaal, waarbij wordt gevraagd 'hoeveel', 'hoe tevreden' of 'hoe volledig' de respondent zich voelde met betrekking tot het domein dat wordt onderzocht. De WHOQOL-BREF heeft goede tot uitstekende psychometrische eigenschappen van betrouwbaarheid en validiteit (Skevington et al., 2004).

Tabel 1

Aspecten opgenomen in domeinen van de WHOQOL

Domein/construct	Aspecten	Items
Fysieke gezondheid	- Activiteiten in het dagelijks leven - Afhankelijkheid van medicijnen en medische hulpmiddelen - Energie en vermoeidheid - Mobiliteit - Pijn en ongemak - Slaap en rust - Werkcapaciteit	7
Mentale gezondheid	- Lichaamsbeeld en uiterlijk - Negatieve gevoelens - Positieve gevoelens - Zelfvertrouwen - Spiritualiteit/religie/persoonlijke overtuigingen - Denken, leren, geheugen en concentratie	6
Relaties	- Persoonlijke relaties - Sociale steun - Seksuele activiteit	3
Omgeving	- Financiële middelen - Vrijheid, fysieke veiligheid en beveiliging - Zorg en welzijn: toegankelijkheid en kwaliteit - Thuisomgeving - Mogelijkheden om nieuwe informatie en vaardigheden te verkrijgen - Deelname aan en mogelijkheden voor recreatie en vrijetijdsbesteding - Fysieke omgeving (vervuiling/geluid/verkeer/klimaat) - Vervoer	8

§ 2.7.2 WHODAS 2.0

De WHODAS 2.0 is een instrument voor het niveau van functioneren en ongemak bij patiënten met verschillende aandoeningen te meten. De studie ondersteund de betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en responsiviteit van de WHODAS 2.0 (Pösl, Cieza & Stucki, 2007). De WHODAS 2.0 is ook getest op de patiënten met langdurige psychotische klachten (Chopra, Couper & Herrman, 2004). Met de WHODAS 2.0 worden zes verschillende domeinen uitgevraagd. Deze zijn weergegeven in tabel 2. Het gaat hier om begrijpen & communiceren, bewegen & verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, werk of studie, deelname aan de samenleving. Aangezien het om een doelgroep gaat die in de psychiatrie verblijft en ouder is dan 65 zal domein 5: werk of studie tijdens dit onderzoek achterwege worden gelaten. De vragen worden gesteld op een 5 punts Likertschaal waarbij wordt gevraagd in hoeverre de ondervraagde problemen ervaart op een bepaalde stelling. Hoe lager de score hoe minder problemen er worden ervaren. Hoe hoger de score hoe meer problemen er worden ervaren.

Tabel 2

Aspecten opgenomen in de domeinen van de WHODAS 2.0

Domein/construct	Aspecten	Items
Begrijpen en communiceren	- Concentreren - Onthouden - Vinden van oplossingen - Leren en communiceren	6
Bewegen en verplaatsen	- Staan - Verplaatsen binnen de woning - Het huis uitkomen - Lange afstand lopen	5
Zelfverzorging	- Hygiëne - Aankleden/uitkleden - Eten - Alleen zijn	4
Omgaan met mensen	- Meet interacties met anderen en moeilijkheden die kunnen ontstaan ten gevolge van een gezondheidsaandoening	5
Deelname aan de samenleving	- Gemeenschapsactiviteiten - Hindernissen en belemmeringen in de wereld - Problemen met andere zaken - Sociale dimensies	8

§ 2.7.3 WHOQOL in relatie met WHODAS 2.0

De WHO heeft dus ook het instrument WHOQOL ontwikkeld, dat zoals hierboven beschreven subjectief welzijn meet op verschillende levensgebieden. De begrippen van kwaliteit van leven en functioneren worden vaak als identiek gezien. De begrippen hebben verband met elkaar, echter meet de WHODAS 2.0 het functioneren. Dat wil zeggen een objectieve prestatie van een bepaald levensdomein. Terwijl WHOQOL subjectief het welzijn meet, een gevoel van tevredenheid over iemands prestaties in een bepaald levensdomein. WHODAS 2.0 vraagt wat een respondent “doet” in een bepaald domein, daartegenover staat dat de WHOQOL vraagt wat de respondent “voelt” in dat domein. Idealiter worden in zowel de WHODAS 2.0 als de WHOQOL dezelfde domeinen uitgevraagd (Üstun, Kostanjsek, Chatterji & Rehm, 2010).

Om het niveau van functioneren en de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk van Dimence te kunnen meten is het nodig om de WHOQOL en WHODAS 2.0 vragenlijsten af te nemen onder de patiënten. Door beide vragenlijsten af te nemen krijgt Dimence een goed beeld hoe het is gesteld met de kwaliteit van leven.

Hoofdstuk 3 Human Centered Design Model (HCD)

Het human-centered design model is een waarbij elk probleem opgelost kan worden, zelfs al lijkt dit onmogelijk (IDEO, 2015). Dit onderzoek zal gebaseerd zijn op het human-centered design model. Het model bestaat uit drie fases: inspiration, ideation en implementation. De eerste twee fases: inspiration en ideation zijn doorlopen tijdens dit onderzoek. Iedere fase draagt bij aan het vinden van een oplossing voor het ervaren probleem. In paragraaf 3.1 wordt de inspiration fase doorlopen en in paragraaf 3.2 is de ideation fase beschreven. De implementation fase is tijdens dit onderzoek niet doorlopen.

§ 3.1 Inspiration fase

Tijdens de inspiration fase wordt getracht de doelgroep van dit onderzoek beter te begrijpen op basis van wensen, behoeftes en verwachtingen. Hierbij is opengestaan voor alle mogelijke creatieve oplossingen en is vertrouwd dat op basis van de verkregen informatie de juiste oplossingen gevonden zullen worden voor het probleem (IDEO, 2015). Tijdens de inspiration fase zullen de wensen en verwachtingen van de stakeholders worden beschreven. Daarnaast zal er data worden verzameld om de kwaliteit van leven in kaart te brengen. Om dit mogelijk te maken zijn de volgende methodes toegepast: vragenlijst, expert interview & secondary research (IDEO, 2015). Hoe deze methodes zijn toegepast in dit onderzoek zal in onderstaande paragrafen worden beschreven.

§ 3.1.1 Vragenlijst

Om meer te weten te komen over de kwaliteit van leven is voor dit onderzoek de vragenlijsten zoals beschreven in hoofdstuk 2.7 afgenomen onder de eerstverantwoordelijk verpleegkundige en de patiënten. Alle patiënten van Huis aan de Dijk zullen benaderd worden om deel te nemen aan het onderzoek. Zij zijn tevens naast de onderzoeksdoelgroep ook een deel van de stakeholders. Naast de patiënten zullen de eerstverantwoordelijk verpleegkundige (EVV) worden benaderd om een inschatting te geven over de ervaren problemen van de patiënten binnen Huis aan de Dijk met de WHODAS 2.0, deze is te in zijn geheel te vinden in bijlage 5. Om dit te doen zijn de volgende stappen ondernomen. Ten eerste hebben alle respondenten van tevoren een informatiebrief (bijlage 3) overhandigd gekregen en zijn op deze wijze geïnformeerd over het onderzoek. Het is enkele keren voorgekomen dat dit voorgelezen moest worden als de patiënt niet goed kon lezen of zich hier prettiger bij voelde. Ten tweede hebben de respondenten een toestemmingsformulier (bijlage 4) gekregen en hebben op deze wijze toestemming verleend aan het gebruik van data voor dit onderzoek, een aantal patiënten zijn in fysiek slechte staat dat het niet mogelijk was om een handtekening te zetten door slecht zicht of mobiliteit (gebruik van handen). Om deze reden is besloten om 'mondeling akkoord' te noteren (persoonlijke communicatie, 3 november 2021). De vragenlijsten zullen per milieu worden behandeld, de milieus zijn toegelicht in hoofdstuk 1.

Instrument

Zoals in hoofdstuk 2.2 te lezen valt zal tijdens dit onderzoek de WHODAS 2.0 en WHOQOL-BREF afgenomen worden om kwantitatieve data te verzamelen.

De WHODAS 2.0 (bijlage 5) is een vragenlijst waarbij zes domeinen worden onderzocht: begrijpen en communiceren, bewegen en verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, dagelijkse activiteiten (school/werk) en deelname aan de samenleving. Domein vijf zal achterwege worden gelaten tijdens dit onderzoek aangezien de doelgroep van Huis aan de Dijk ouder is dan 65 en niet meer studeert of werkt. De WHODAS 2.0 bestaat uit 38 items met een 5-punt Likertschaal waarbij 0 refereert aan totaal geen ervaren problemen en 4 heel veel problemen worden ervaren. Een hogere score op een domein geeft meer ervaren problemen aan.

De WHOQOL (bijlage 6) is een generieke vragenlijst met 26 items die verdeeld zijn over vier domeinen: fysieke gezondheid, mentale gezondheid, (sociale) relaties en omgevingsfactoren. Elk domein bevat drie tot acht items. Het eerste item vraagt de algehele kwaliteit van leven en de tweede item geeft een stelling over de algemene tevredenheid over de gezondheid. Elk item zal worden ingevuld door een zelfrapportage van de patiënt met een vijf punts Likertschaal, die wordt bij alle vragen toegepast. De antwoordmogelijkheden zijn als volgt: 1 helemaal niet, 2 een beetje, 3 matig, 4 meestal en 5 helemaal, zie bijlage 7 voor alle antwoordmogelijkheden op de stellingen. Hogere scores duiden op een hoger kwaliteit van leven met uitzondering van drie items, deze zullen worden gehercodeerd zodat ze kloppend zijn met de stelling. Dit zijn item 3, 4 en 26. (Kim, Hahn, Im & Yang, 2013)

Procedure

Voor afname van de vragenlijsten, de WHODAS 2.0 en WHOQOL, is geprobeerd om dit zoveel mogelijk om het programma van de patiënt heen te plannen. Dit is gedaan in samenspraak met de behandelaar om zo min mogelijk hinder voor de patiënten te veroorzaken. Tijdens afname van de vragenlijsten zijn er geen andere personen aanwezig geweest. Zoals eerder beschreven is verpleging benaderd om te communiceren welke patiënten tijdens aanwezigheid van de onderzoeker geschikt waren voor deelname aan dit onderzoek. Afname van de vragenlijsten heeft een flinke tijd in beslag genomen aangezien het om een grote groep patiënten gaat. De vragenlijsten zijn afgenomen op verschillende dagdelen. Ook in het weekend zijn deelnemers opgezocht om te stimuleren voor deelname buiten het programma om. De vragenlijsten die afgenomen zijn hebben gemiddeld +/- 45 minuten in beslag genomen. Per patiënt kon dit verschillen, wanneer een patiënt meer uitleg of tijd nodig had is hier dan ook ruimte voor gemaakt. Enkele patiënten konden sneller antwoorden geven op de vragen. Om dit op een verantwoorde manier te doen is telkens verpleging benaderd om te vragen welke patiënten geschikt zijn op dat moment voor afname. Door op deze manier te werken is er een goed overzicht ontstaan van welke patiënten benaderbaar zijn op welke momenten. Wanneer een patiënt wilt deelnemen aan het onderzoek is er een rustige ruimte gezocht waar de vragenlijsten afgenomen kon worden. Doordat de gehele populatie van Huis aan de Dijk is benaderd kan er worden gesproken van een aselechte steekproef. De eerstverantwoordelijk verpleegkundige hebben de vragenlijsten ingevuld op hun kantoor. Hier is een stapel met vragenlijsten neergelegd welke de eerstverantwoordelijk verpleegkundige konden invullen.

Aan de hand van het ethisch advies is er ook rekening gehouden met de volgende punten (M. Hartendorp, e-mail, 25 oktober 2021):

- Patiënten zijn op moment van afname niet in een ACUTE behandeling, denk hierbij aan een psychose.
- De patiënten die deelnemen aan het onderzoek zijn wilsbekwaam.
- De eerstverantwoordelijk verpleegkundige of behandelaar acht de patiënt in staat om deel te nemen aan het onderzoek. Om hier antwoord op te kunnen geven is met de behandelaar en eerstverantwoordelijk verpleegkundige besproken welke patiënten deel kunnen nemen aan het onderzoek.
- Na afloop krijgt de patiënt een debriefing, het invullen van een vragenlijst zou een impact kunnen hebben op de patiënten.

Resultaten

Alle patiënten (58) van Huis aan de Dijk zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben 34 patiënten aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Dat is een responspercentage van 58,62%, zie tabel 3. De resultaten zijn verwerkt in IBM SPSS Statistics 26. Als eerst zullen de resultaten van de WHODAS 2.0 (tabel 4 t/m 9) worden weergegeven en vervolgens de WHOQOL (tabel 10 en 11). Het is niet bekend hoeveel eerstverantwoordelijk verpleegkundige de vragenlijst hebben ingevuld. Dit zal verder worden besproken in paragraaf 4.2 discussie.

Tabel 3

Responstabel WHODAS 2.0 & WHOQOL Huis aan de Dijk.

Milieu	Gesloten	Individueel	Groepsgericht	Instroom	Zelfredzaamheid
Patiënt	6	6	11	2	9
Eerstverantwoordelijk verpleegkundige	9	9	21	8	11
Totaal	15	15	32	10	20

Resultaten Whodas 2.0

Hieronder volgen de uitkomsten van de WHODAS 2.0 in tabellen.

Tabel 4

Gemiddelde en standaarddeviatie WHODAS 2.0 van patiënten en eerstverantwoordelijk verpleegkundige samen Huis aan de Dijk.

Welk milieu?	GEM Individueel n=15	GEM Gesloten n=15	GEM Groepsgericht n=32	GEM Zelfredzaamheid n=20	GEM Instroom n=10	GEM Totaal n=92
Begrijpen & communiceren	1,46 SD=1,06	1,69 SD=0,96	2,00 SD=1,44	1,56 SD=0,83	1,73 SD=0,70	1,74 SD=1,12
Bewegen & verplaatsen	1,77 SD=1,24	1,24 SD=1,09	0,94 SD=0,88	1,27 SD=1,03	2,00 SD=0,94	1,31 SD=1,06
Zelfverzorging	2,78 SD=1,15	2,28 SD=1,26	0,94 SD=0,72	0,65 SD=0,61	0,90 SD=0,43	1,39 SD=1,18
Omgaan met mensen	1,71 SD=0,62	1,12 SD=0,70	1,19 SD=1,23	1,16 SD=0,56	1,41 SD=0,25	1,54 SD=0,91
Deelname aan de samenleving	1,67 SD=0,88	1,61 SD=0,65	1,34 SD=0,65	1,63 SD=0,64	1,89 SD=0,40	1,56 SD=0,68

Noot. De vragen zijn gesteld op Likertschaal waarbij 0 helemaal geen ervaren problemen is en 4 veel problemen worden ervaren.

Op een schaal van 0 = helemaal geen problemen en 4 = veel problemen ligt het gemiddelde op Huis aan de dijk op alle constructen tussen de 1,39 en 1,74. Dit betekent dat gemiddeld genomen "nogal" problemen wordt ervaren. Uit de resultaten blijkt dat een significant verschil bestaat tussen de verschillende milieus wat betreft zelfverzorging ($H= 1,60$, $p= 0,001$). Waarbij het gesloten milieu (gem= 2,28) en individuele milieu (gem= 2,78) de meeste problemen ervaren op het gebied van zelfverzorging. Bij milieu zelfredzaamheid (gem= 0,65) en instroom (gem= 0,90) wordt op dit gebied de minste problemen ervaren.

Op het gebied bewegen en verplaatsen is ook een significant verschil gevonden tussen de verschillende milieus ($H= 10,54$, $p= 0,033$). Bij het instroom (gem= 2,00) en individuele (gem=1,77) milieu wordt de meeste problemen ervaren op het gebied van bewegen en verplaatsen. Bij milieu groepsgericht (gem= 0,94) en gesloten (gem= 1,24) wordt op het gebied van bewegen en verplaatsen de minste problemen ervaren.

Tabel 5

Gemiddelde en standaarddeviatie WHODAS 2.0 van patiënten Huis aan de Dijk.

Welk milieu?	GEM Individueel n=6	GEM Gesloten n=6	GEM Groepsgericht n=11	GEM Zelfredzaamheid n=9	GEM Instroom n=2	GEM Totaal n=34
Begrijpen & communiceren	1,14 SD=1,15	1,50 SD=1,21	1,45 SD=1,57	1,78 SD=1,06	1,92 SD=0,35	1,52 SD=1,23
Bewegen & verplaatsen	1,67 SD=1,30	1,13 SD=0,85	0,45 SD=0,52	1,44 SD=1,08	2,60 SD=0,28	1,18 SD=1,05
Zelfverzorging	2,58 SD=1,42	2,00 SD=1,19	0,64 SD=0,81	0,47 SD=0,46	0,88 SD=0,53	1,19 SD=1,22
Omgaan met mensen	1,37 SD=0,66	0,90 SD=0,81	1,36 SD=1,12	1,07 SD=0,71	1,40 SD=0,28	1,21 SD=0,84
Deelname aan de samenleving	1,40 SD=1,03	1,21 SD=0,66	1,18 SD=0,75	1,65 SD=0,87	2,38 SD=0,18	1,42 SD=0,82

Noot. De vragen zijn gesteld op Likertschaal waarbij 0 helemaal geen ervaren problemen is en 4 veel problemen worden ervaren.

Als alleen wordt gekeken naar de scores van de patiënten blijkt dat op een schaal van 0 = geen problemen en 4 = veel problemen het gemiddelde van Huis aan de Dijk tussen de 1,18 en 1,52 ligt. Dit betekent dat gemiddeld genomen "enigszins" problemen worden ervaren door de patiënten van Huis aan de Dijk. Uit de resultaten blijkt dat een significant verschil bestaat tussen de verschillende milieus wat betreft zelfverzorging ($H=15,55$, $p=0,004$). Waarbij het individuele milieu (gem= 2,58) en gesloten milieu (gem= 2,00) de meeste problemen ervaren op het gebied van zelfverzorging. Bij milieu zelfredzaamheid (gem= 0,47) en milieu groepsgericht (gem= 0,64) worden op het gebied van zelfverzorging de minste problemen ervaren.

Tabel 6

Gemiddelde en standaarddeviatie WHODAS 2.0 van eerstverantwoordelijk verpleegkundige Huis aan de Dijk.

Welk milieu?	GEM Individueel n=9	GEM Gesloten n=9	GEM Groepsgericht n=21	GEM Zelfredzaamheid n=11	GEM Instroom n=8	GEM Totaal n=58
Begrijpen & communiceren	1,67 SD=1,01	1,81 SD=0,81	2,29 SD=1,31	1,38 SD=0,58	1,69 SD=0,78	1,86 SD=1,05
Bewegen & verplaatsen	1,84 SD=1,28	1,31 SD=1,27	1,19 SD=0,93	1,13 SD=1,01	1,85 SD=1,00	1,39 SD=1,07
Zelfverzorging	2,92 SD=1,00	2,47 SD=1,34	1,10 SD=0,62	0,80 SD=0,71	0,91 SD=0,44	1,51 SD=1,15
Omgaan met mensen	1,93 SD=0,51	1,42 SD=0,58	2,19 SD=1,21	1,24 SD=0,43	1,41 SD=0,26	1,74 SD=0,89
Deelname aan de samenleving	1,85 SD=0,77	1,88 SD=0,53	1,43 SD=0,60	1,60 SD=0,43	1,77 SD=0,34	1,64 SD=0,57

Noot. De vragen zijn gesteld op likertschaal waarbij 0 helemaal geen ervaren problemen is en 4 heel veel problemen worden ervaren.

Als er wordt gekeken naar de scores van de eerstverantwoordelijk verpleegkundige van Huis aan de dijk blijkt dat op een schaal van 0 = geen problemen en 4 = veel problemen het gemiddelde van Huis aan de Dijk tussen de 1,39 en 1,86 ligt. Dit betekent dat gemiddeld genomen "nogal" problemen wordt ervaren door de eerstverantwoordelijk verpleegkundige van Huis aan de Dijk. Uit de resultaten blijkt dat een significant verschil bestaat tussen de verschillende milieus wat betreft zelfverzorging ($H=28,11$, $p=0,001$). Waarbij het individuele milieu (gem= 2,92) en gesloten milieu (gem= 2,47) de meeste problemen ervaren op het gebied van zelfverzorging. Bij milieu zelfredzaamheid (gem= 0,80) en milieu instroom (gem= 0,91) worden de minste problemen ervaren op het gebied van zelfverzorging.

Resultaten WHOQOL

Hieronder volgende resultaten uit de vragenlijsten van de WHOQOL. Dit is weergegeven in tabel 10. In tabel 11 is een significantie toetsing weergegeven. De vragen zijn gesteld op 5 punt likertschaal. Hoe hoger de score, hoe meer tevreden iemand is met een bepaald construct. Het construct tevredenheid is gemeten met items 1 en 2 uit de vragenlijst.

Tabel 7

Gemiddelde en standaarddeviatie WHOQOL van patiënten Huis aan de Dijk.

Welk milieu?	GEM Individueel n=6	GEM Gesloten n=6	GEM Groepsgericht n=12	GEM Zelfredzaamheid n=9	GEM Totaal n=33
Tevredenheid	3,50 SD=1,73	3,50 SD=0,77	3,50 SD=1,13	2,83 SD=1,09	3,33 SD=1,18
Fysieke gezondheid	2,90 SD=0,85	3,87 SD=0,86	3,02 SD=0,98	3,02 SD=1,17	3,20 SD=0,97
Mentale gezondheid	3,20 SD=1,26	3,87 SD=0,86	3,30 SD=0,91	2,98 SD=1,42	3,34 SD=1,11
Relaties	2,61 SD=1,34	3,16 SD=0,81	3,06 SD=0,84	3,22 SD=1,04	3,01 SD=1,01
Omgeving	2,73 SD=1,02	3,54 SD=0,58	3,44 SD=0,73	3,24 SD=0,86	3,24 SD=0,80

Noot. De vragen zijn gesteld op likertschaal van 1 helemaal niet tevreden tot 5 helemaal tevreden. Hoe hoger de score, hoe hoger de tevredenheid van de patiënt op een bepaald construct.

Als er wordt gekeken naar de scores van de patiënten van Huis aan de Dijk blijkt dat op een schaal van 1 = helemaal niet tevreden en 5 = helemaal tevreden het gemiddelde van de patiënten tussen de 3,01 en 3,34 ligt. Dit betekent dat de patiënten gemiddeld genomen "tevreden noch ontevreden" zijn. Bij de WHOQOL zijn geen significante verschillen gevonden. Voor milieu instroom geldt dat er van de patiënten maar 2 hebben deelgenomen, hierdoor kan er geen betrouwbare uitspraak worden gedaan over de constructen en gemiddelden, in samenspraak met de opdrachtgever zijn deze resultaten dan ook weggelaten (persoonlijke communicatie, 1 februari 2022).

Om alle bovenstaande resultaten overzichtelijk te maken is besloten om de uitschieters per milieu in tabel 8 (WHODAS 2.0) en tabel 9 (WHOQOL) te noteren. Dit betekent dat hierin de hoogst en laagst genoteerde score in de tabel te vinden is. De eerstverantwoordelijke verzorgende is in tabel 8 afgekort voor 'EVV'.

Tabel 8

Hoogste en laagste gemeten score van de eerstverantwoordelijke verzorgende en patiënt met de WHODAS 2.0 vragenlijst. Alle milieus.

EVV/Patiënt	Milieu	Construct	Gemiddelde	Standaarddeviatie	Sig. (2-tailed)
EVV (n = 9)	Gesloten	Zelfverzorging	2,47	1,34	0,388
Patiënt (n = 6)			2,00	1,19	
EVV	Gesloten	Omgaan met mensen	1,42	0,58	0,224
Patiënt			0,90	0,81	
EVV (n = 9)	Individueel	Zelfverzorging	2,92	1,00	0,529
Patiënt (n = 6)			2,58	1,42	
EVV	Individueel	Begrijpen & Communiceren	1,67	1,01	0,328
Patiënt			1,14	1,15	
EVV (n = 21)	Groepsgericht	Bewegen & Verplaatsen	1,88	1,08	0,815
Patiënt (n = 11)			1,80	1,04	
EVV	Groepsgericht	Omgaan met mensen	1,40	0,68	0,046
Patiënt			0,89	0,71	
EVV (n = 11)	Zelfredzaamheid	Deelname aan samenleving	1,60	0,43	0,261
Patiënt (n = 9)			1,65	0,87	
EVV	Zelfredzaamheid	Zelfverzorging	0,80	0,71	0,370
Patiënt			0,47	0,46	
EVV (n = 8)	Instroom	Bewegen & Verplaatsen	1,85	1,00	
Patiënt					
EVV	Instroom	Zelfverzorging	0,91	0,44	

Noot. 'EVV' staat voor eerstverantwoordelijk verzorgende. De vragen zijn gesteld op likertschaal 0 tot 4, waarbij een hogere score meer problemen worden ervaren op een bepaald construct door de patiënten.

Tabel 9

Hoogste en laagst gemeten score van de patiënt met de WHOQOL-vragenlijst.

Milieu	Construct	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Gesloten	Relaties	3,17	0,81
Gesloten	Mentaal	3,87	0,86
	Fysiek	3,87	0,97
Individueel	Relaties	2,61	1,34
Individueel	Tevredenheid	3,50	1,73
Groepsgericht	Omgeving	3,44	0,73
Groepsgericht	Tevredenheid	3,50	1,13
Zelfredzaamheid	Tevredenheid	2,83	1,09
Zelfredzaamheid	Omgeving	3,24	0,86

Noot. De vragen zijn gesteld op likertschaal van 1 helemaal niet tevreden tot 5 helemaal tevreden. Hoe hoger de score, hoe hoger de tevredenheid van de patiënt op een bepaald construct.

Conclusie

Op basis van alle verzamelde data kunnen voorzichtige conclusies worden getrokken voor deelvraag 1 en deelvraag 2.

Deelvraag 1, zoals beschreven in hoofdstuk 1.3, luidt als volgt: "Hoe is het gesteld met de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk?"

Wanneer er wordt gekeken naar de uitkomsten (zie tabel 10) kan er een voorzichtige conclusie worden getrokken. De score loopt van 1= erg slecht tot 5= erg goed. Hierbij is een hogere score een groter kwaliteit van leven. Er kan geconcludeerd worden dat de patiënten van Huis aan de dijk hun kwaliteit van leven niet als goed, maar ook niet als slecht ervaren (3,23). Als er naar de verschillende milieus gekeken wordt is op te merken dat het individuele milieu het laagst scoort (2,99) en het gesloten milieu het hoogst (3,59). Dit betekent dat het gesloten milieu tevreden is op het gebied kwaliteit van leven en het individuele milieu hun kwaliteit van leven niet als goed, maar ook niet als slecht ervaren. Een standaarddeviatie van 1,02 laat zien dat er geen grote verschillen zijn tussen de milieus van Huis aan de Dijk.

Tabel 10

Totaalscore kwaliteit van leven (WHOQOL) van de patiënten binnen Huis aan de Dijk.

Milieu	Totaalscore WHOQOL	Standaarddeviatie
Gesloten	3,59	0,78
Individueel	2,99	1,24
Groepsgericht	3,26	0,92
Zelfredzaamheid	3,06	1,12
Totaal Huis aan de Dijk	3,23	1,02

Noot. De resultaten zijn op Likertschaal gesteld. Waarbij 1 helemaal niet tevreden is en 5 helemaal tevreden.

Deelvraag 2 luidt als volgt: “Hoe is het gesteld met het huidige niveau van functioneren van patiënten binnen Huis aan de Dijk?”

Wanneer er wordt gekeken naar de uitkomsten van de WHODAS 2.0 (zie tabel 11) kan er een voorzichtige conclusie worden getrokken. De score loopt van 0 = helemaal geen problemen tot 4= veel problemen. Uit de resultaten blijkt dat de patiënten van Huis aan de Dijk “enigszins” problemen ervaren op het functioneren (1,39). De eerstverantwoordelijk verpleegkundige zien dat de patiënten “nogal” moeite hebben op het functioneren (1,67). Als de resultaten van de eerstverantwoordelijk verpleegkundige en patiënten samengevoegd worden blijkt dat er “nogal” moeite wordt ervaren (1,54).

Tabel 11

Totaalscore niveau van functioneren (WHODAS 2.0) van de patiënten binnen Huis aan de Dijk.

Milieu	Totaalscore Eerstverantwoordelijk verpleegkundige	Totaalscore Patiënt	Totaalscore WHODAS 2.0	Standaarddeviatie
Gesloten	1,78	1,39	1,56	0,93
Individueel	2,04	1,63	1,84	0,99
Groepsgericht	1,76	1,25	1,51	0,98
Zelfredzaamheid	1,23	1,28	1,26	0,73
Instroom	1,53			0,54
Totaal Huis aan de Dijk	1,67	1,39	1,54	0,83

Noot. De vragen zijn gesteld op likertschaal waarbij 0 helemaal geen ervaren problemen is en 4 heel veel problemen worden ervaren.

§ 3.1.2 expert interview

Om antwoord te kunnen geven op deelvraag 3 zoals beschreven in hoofdstuk 1 wordt gebruik gemaakt van de expert interview. Om inzichtelijk te krijgen wat de gewenste situatie is wat betreft kwaliteit van leven binnen Huis aan de Dijk wordt gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Deze is te vinden in bijlage 8. Tijdens dit expert interview is ook informatie uitgevraagd over belemmerende en bevorderende factoren voor kwaliteit van leven specifiek binnen Huis aan de Dijk. Dit is deels te vinden in hoofdstuk 2, theoretisch kader. De experts weten alles binnen Huis aan de Dijk en werken multidisciplinair met elkaar samen om de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden. Verderop in dit hoofdstuk zal worden ingegaan op deelvraag 3 en wordt een antwoord gegeven op de vraag.

Instrument

Tijdens de expert interview is zoals hierboven beschreven gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Om het theoretisch kader te verstevigen zijn vragen toegevoegd over belemmerende en bevorderende factoren. Ook hoe het proces van aanmelding verloopt is aan de experts van Huis aan de Dijk gevraagd. De semigestructureerde vragenlijst is terug te vinden in bijlage 8.

Procedure

Voor afname van het expert interview is met de teamleiders een afspraak gemaakt om deze af te nemen. Hier is ongeveer 45 minuten per interview voor uitgetrokken. Van tevoren hebben de teamleiders een informatiebrief en toestemmingsformulier gekregen. Bij het ondertekenen is toestemming gegeven voor gebruik van de data.

Resultaten

Om de resultaten van de expert interview overzichtelijk mogelijk te krijgen zullen de resultaten worden weergegeven volgens verschillende methodes te vinden in hoofdstuk 4 resultaten ideation fase. Voor de ideation fase zullen de volgende methodes worden toegepast: Find themes en top five.

§ 3.1.3 Secondary research

Om de inspiration fase af te sluiten is gebruik gemaakt van de methode secondary research. Door middel van literatuuronderzoek is het theoretisch kader vormgegeven. In hoofdstuk 2 is ingegaan op wat kwaliteit van leven betekend en daaropvolgend is ingezoomd op alle verschillende domeinen die tijdens dit onderzoek van toepassing zijn. De doelgroep, de omgeving (psychiatrie), belemmerende en bevorderende factoren en mogelijke oplossingen vanuit de literatuur. Mede door deze methode zal er geprobeerd een antwoorde te geven op de laatste deelvraag: "Welke mogelijke oplossingen kunnen worden ingezet om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten en aan welke eisen moet een oplossing voldoen?"

Procedure

Er is voornamelijk onderzoek gedaan via de zoekmachine 'Google Scholar'. Er is gefocussed op termen als: "Kwaliteit van leven", "Kwaliteit van leven en ouderen", "Kwaliteit van leven & psychiatrie", "Bevorderende factoren kwaliteit van leven", "Belemmerende factoren kwaliteit van leven", "Quality of Life", "Quality of Life among elderly", "Quality of Life and psychiatrie", "WHODAS2.0" en "WHOQOL". Hierop is telkens verder literatuuronderzoek toegepast.

Resultaten

Hieronder zal een beknopte samenvatting volgen van de literatuurstudie die is uitgevoerd, dit is uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2. Om de kwaliteit van leven te onderzoeken is gezocht naar een definitie. De definitie die gehanteerd wordt tijdens dit onderzoek is als volgt: 'Kwaliteit van leven wordt gedefinieerd als de perceptie van individuen van hun positie in het leven in de context van de cultuur en waardesystemen waarin ze leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, normen en zorgen' (WHO, 1995). Er is onderzocht wat de samenhang van kwaliteit van leven en ouderen inhoudt. Voor de doelgroep ouderen zijn verschillende factoren van invloed. Voornamelijk socio-demografische factoren als: leeftijd, opleiding, burgerlijke staat en familie. Daarnaast blijkt eenzaamheid onder oudere patiënten een grote indicator van een verlaagd kwaliteit van leven (Barua, Mangesh, Kumar Harsha & Matthew, 2007). Vervolgens blijkt dat patiënttevredenheid een stimulerende werking heeft op de kwaliteit van leven en zelfmanagementvaardigheden (Greenfield et al., 1988). De literatuur beweert dat (patiënt)tevredenheid met de verleende zorg van groot belang is om de kwaliteit van leven op peil te houden (Cramm, Strating, Sonneveld & Nieboer, 2013). Het belang van sociale steun is tijdens literatuuronderzoek meermaals naar voren gekomen. Zo blijkt dat sociale steun breed wordt herkend als cruciale factor voor mentale gezondheid en welzijn. Daarnaast heeft sociale steun een positief effect op psychotherapie en psychiatrische behandeling (Brüggemann, Gralipp., et al., 2007). Er zijn een aantal belemmerende factoren gevonden tijdens de literatuuronderzoek. Ten eerste toont onderzoek van Saracli et al. (2015) aan dat cognitieve disfuncties, depressie en andere psychiatrische problematiek samen met medische ziektes een negatief effect hebben op kwaliteit van leven. Ten tweede blijkt uit onderzoek (Akyol, Durmus, Doğan, Bek & Cantürk, 2010) dat de aanwezigheid van een chronische ziekte en lage onderwijsniveau de kwaliteit van leven verlaagt en het depressieve niveau verhoogt bij ouderen. Daartegenover zijn een aantal bevorderende factoren gevonden voor kwaliteit van leven. Ten eerste blijkt uit onderzoek van Saracli et al (2015) dat kwaliteit van leven sterk bevorderd kan worden wanneer patiënten zeer regelmatig familieleden zien. Ten tweede blijkt dat wanneer ouderen bezig zijn met vrijetijdsactiviteiten heeft dit in potentie de mogelijkheid om kwaliteit van leven te verbeteren (Barcelos-Ferreira, Nakano, Steffens, Bottino, 2013).

§ 3.2 ideation fase

In de ideation fase wordt informatie die verzameld is in de inspiration fase omgezet om te komen tot mogelijke oplossingen. Om betekenis aan de data te kunnen geven is voor de ideation fase gebruik gemaakt van de volgende methodes: find themes en top five, dit zal voor de expert interview van toepassing zijn. Hieronder zal beschreven worden hoe de methodes van toepassing zijn geweest tijdens dit onderzoek. Vervolgens zullen in hoofdstuk 4 de resultaten worden beschreven.

§ 3.2.1 find themes

Nadat alle interviews zijn getranscribeerd is er een samenvatting gemaakt van het interview. Doormiddel van de methode 'find themes' uit het HCD-model wordt er verder geanalyseerd. Dit betekent dat er in het interview is gezocht naar uitspringende thema's of verhalen (IDEO, 2015). Middels de methode 'find themes' wordt de voorkeur gegeven aan een samenvatting (IDEO, 2015).

Procedure

De samengevatte stukken zijn geanalyseerd doormiddel van de methode 'find themes'. Er zijn in totaal drie kwalitatieve interviews geanalyseerd. Om de privacy van de experts te waarborgen is hiervoor de keuze gemaakt om een samenvatting te maken. Wanneer er letterlijk getranscribeerd wordt kan de identiteit van de geïnterviewde mogelijk achterhaald worden.

Resultaten

Tabel 12

Gevonden thema's uit de vragenlijsten

Thema	Uitspraak	Frequentie
Relaties	"Denk dan ook aan de aanwezigheid van een steunsysteem, dat is ontzettend belangrijk. Heb je betekenisvolle naasten rondom je? Dat bevordert bij vrijwel iedereen de kwaliteit van leven."	2
Wensen aanbeveling	"Ik zou de voorkeur geven aan een iets breder, algemener advies." "Hoe specifieker hoe mooier, maar ik kan me ook voorstellen dat het heel lastig om het specifiek te maken. Ik heb geen specifieke eisen qua oplossingen. Wel zou het wenselijk zijn om een advies te ontvangen per afdeling."	3
Reden onderzoek	"Er zat eerder een heel groot niveauverschil tussen de patiënten met mensen die als doel hebben om naar huis te gaan en een patiënt die hier langdurig zal verblijven en de kans klein is op uitstroom."	1

§ 3.2.2 top five

Er is een top five gemaakt van de meest voorkomende uitspraken die benoemd zijn tijdens de semigestructureerde interviews met de experts. In tabel 16 zijn de bevorderende factoren volgens de experts weergegeven. Als laatste zullen in tabel 17 de belemmerende factoren volgens de experts schematisch worden weergegeven.

Procedure

Zoals eerder beschreven is in de vorige methode de kwalitatieve interviews geanalyseerd middels de methode 'find themes'. Om een top five te maken is gekeken naar uitspraken die het meest voor zijn gekomen uit de samengevatte stukken. Daarnaast is gekeken welke uitspraken belangrijk kunnen zijn voor de kwaliteit van leven van patiënten van Huis aan de Dijk.

Resultaten

De resultaten van de top five zijn in tabellen 16 en 17 weergegeven. Hierin staan uitspraken vermeld van de experts over bevorderende en belemmerende factoren voor kwaliteit van leven.

De gegevens die te vinden zijn in tabellen 16 & 17 laten zien dat er ontzettend veel belemmerende en bevorderende factoren zijn. Er zijn een aantal interessante uitspraken uit te halen die specifiek op Huis aan de Dijk te koppelen zijn. Zo blijkt uit tabel 16 dat er voor bevorderende factoren vooral een steunsysteem van belang is. Zo wordt de volgende uitspraak gegeven: "Denk dan ook aan de aanwezigheid van een steunsysteem, dat is ontzettend belangrijk". Ook wanneer patiënten authentiek contact ervaren met verpleging kan dit als een bevorderende factor worden beschouwd aldus de experts. Als er gekeken wordt naar de belemmerende factoren laat dit zien dat er vooral voor specifiek Huis aan de Dijk een aantal dingen een belemmerende functie hebben. Over de uitspraak: "Medicatie, wij hebben zo'n ontzettend grote apotheek hier op de afdelingen. Er gebeuren ook veel medicatiefouten, dat is natuurlijk niet bevorderend voor de patiënt." Wordt verder nog aan toegevoegd: "Het zou een ontzettend handig hulpmiddel zijn om een systeem te ontwikkelen waarbij de patiënten zelf de medicatie kunnen ophalen om ook de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid te vergroten." Dit is zeker iets om mee te nemen richting het uiteindelijke beroepsproduct. Ook wordt bij belemmerende factoren gezegd door experts dat betekenisvolle relaties van belang zijn voor kwaliteit van leven. Concluderend uit bovenstaande gegevens lijkt het dat het hebben van een betekenisvolle relatie van belang is voor kwaliteit van leven en bevorderend hiervoor is. Tabel 13 uit hoofdstuk 3 lijkt dit ook te bevestigen voor twee milieus binnen Huis aan de Dijk. Hier scoren het individuele milieu en gesloten milieu (afdeling de Burcht) het laagst op het onderwerp relaties.

Tabel 16

Top five uitkomsten semigestructureerde interview met experts Huis aan de Dijk, bevorderende factoren voor kwaliteit van leven.

Onderwerp	Uitspraak	Frequentie
Bevorderende factoren	"Heb je betekenisvolle naasten rondom je? Dat bevordert bij vrijwel iedereen de kwaliteit van leven. Verpleging valt hier zeker weten onder, verpleging is een hele belangrijke naaste, zo noemen we het niet, maar heeft een hele belangrijke rol"	1
Bevorderende factoren	"Denk dan ook aan de aanwezigheid van een steunsysteem, dat is ontzettend belangrijk"	2
Bevorderende factoren	"De klinische ervaring is dat het valt en staat of je een klik hebt met iemand. Tref je een verpleegkundige van wie je het gevoel hebt dat er een authentiek contact is, dat zijn sterk bevorderende factoren."	1
Bevorderende factoren	"In welke mate iemand in staat is om met uitdagingen om te gaan die iemand tegenkomt, dat zijn bevorderende factoren"	2
Bevorderende factoren	"Er zijn ook patiënten die op zien tegen opname, maar als de patiënt hier binnenkomt blijkt er ook soms een rust over hen heen te komen. Vooral mensen die angstig zijn geven dit aan, die kunnen dan in een groep gaan zitten of aan tafel in de huiskamer."	1

Tabel 17

Top five uitkomsten semigestructureerde interview met experts Huis aan de Dijk, belemmerende factoren voor kwaliteit van leven.

Onderwerp	Uitspraak	Frequentie
Belemmerende factoren	"Belemmerende factoren, natuurlijk ook ziek zijn."	2
Belemmerende factoren	"Het gebouw alleen al is een belemmerende factor voor kwaliteit van leven."	1
Belemmerende factoren	"Ik vind dat dit een erg gesloten geheel is. Dit is geen afspiegeling van de maatschappij. Dus daarbij vind ik ook een belemmerende factor dat wij ontzettend gesloten zijn als Huis aan de Dijk."	1
Belemmerende factoren	"Medicatie, wij hebben zo'n ontzettend grote apotheek hier op de afdelingen. Er gebeuren ook veel medicatiefouten, dat is natuurlijk niet bevorderend voor de patiënt."	1
Belemmerende factoren	"Het mist dan waarschijnlijk aan betekenisvolle relaties."	2

Deelvraag 3

Om antwoord te geven op deelvraag drie: "Wat zijn de wensen van de stakeholders binnen Huis aan de Dijk wat betreft kwaliteit van leven van de patiënten?" Blijkt uit experts interview dat het vooral gewenst is dat de kwaliteit van leven verbeterd is ten opzichte van het vorige onderzoek. Helaas beschikt de onderzoeker niet over alle gegevens vanuit het vorige onderzoek om een betrouwbare uitspraak te kunnen geven of de kwaliteit van leven verbeterd is ten opzichte van het vorige onderzoek. Een expert kwam met de volgende uitspraak: "Dat dus blijkt dat wij op de juiste koers zitten met onze zorgdifferentiatie. En de afdelingen een positieve lijn laten zien op kwaliteit van leven." Een ander expert zei het volgende over de gewenste situatie: "Vanuit mij persoonlijk zou het mooi zijn als er een verbetering zichtbaar is ten opzichte van het vorige onderzoek.". Het is wel helder wat de gewenste situatie is van de stakeholders, namelijk dat de kwaliteit van leven een stijgende lijn laat zien. De experts lijken aan te geven uit de kwalitatieve interviews dat sociale steun van groot belang is voor de patiënten van Huis aan de Dijk. Dit is een groot bevorderend factor. Uit de kwantitatieve resultaten blijkt dat afdeling de Burcht (gesloten en individueel) moeite hebben met relaties. Dit kan een punt zijn voor Dimence om te stimuleren om de kwaliteit van leven te vergroten.

§ 3.2.3 rapid prototyping

Op basis van de gegevens uit de eerdere methodes & de inspiration fase is besloten om de methode rapid prototyping toe te passen. Prototyping is een ongelooflijk effectieve manier om ideeën tastbaar te maken en snel feedback te krijgen van de mensen voor wie je ontwerpt. Het prototype zijn gebaseerd op literatuur en uitkomsten uit de inspiration en ideation fase.

Tovertafel

Om de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk te kunnen vergroten is er gekeken naar een interactieve tovertafel. Een interactieve tovertafel is een zorginnovatie voor mensen met cognitieve-uitdagingen. Via een beamer worden interactieve spelletjes weergegeven op de tafel. Patiënten hebben de keuze uit verschillende onderwerpen. Uit onderzoek van Steen (2016) is gebleken dat wanneer bewoners van een verpleeghuis ná een week gebruik te hebben gemaakt van de tovertafel een verbetering lieten zien in rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld en negatieve beïnvloeding. Dit idee is besproken met de opdrachtgever. Uit dit gesprek is naar voren gekomen dat een adviesrapport gericht mag zijn op een breder advies, wat betekent dat er ruimte moet zijn voor (senior) verpleegkundige om invulling te geven aan de aanbevelingen. De tovertafel is een goed idee, maar op dit moment te specifiek. Voor het volgend advies is dus rekening gehouden met afgelopen gesprek met de opdrachtgever waarin de wensen nog verder zijn verduidelijkt. De wensen zijn als volgt verder gedefinieerd: wenselijk als er adviezen komen per milieu, het advies mag breed gericht zijn zodat verpleging hier zelf ook nog invulling aan kan geven en het liefst niet meer dan 1 advies per milieu. Na de tovertafel is gericht gekeken naar de constructen waarbij de patiënten problemen ervaren. Hiervoor is per milieu een aanbeveling ontworpen, de aanbeveling is besproken met een aantal patiënten. Zij hebben hier hun mening over kunnen geven, welke mee zal worden genomen in de uiteindelijke aanbeveling.

De State (zelfredzaamheid)

Huidige situatie

Uit de resultaten is gebleken dat de patiënten van zelfredzaamheid op deelname aan de samenleving enigszins tot nogal problemen ervaren (gem= 1,65). Ook de eerstverantwoordelijke verpleegkundige geven aan dat de patiënten enigszins tot nogal problemen ervaren (gem= 1,60).

Hoe te verbeteren?

Om dit construct te stimuleren is er gekeken naar een manier om deelname aan de samenleving te stimuleren. Allereerst is gekeken naar wat de mogelijkheden zijn binnen de Dimence Groep. Onder de Dimence Groep is een organisatie te vinden genaamd 'de Kern'. De Kern heeft als missie: "We bevorderen positieve gezondheid en welzijn in brede zin. Hierbij richten we ons op de veerkracht en mogelijkheden van mensen. Zodat ze beter kunnen omgaan met de uitdagingen en problemen van het dagelijks leven." (Kern, 2022). De Kern biedt voor iedereen laagdrempelige en maatschappelijke dienstverlening, ongeacht in welk levensfase de aanmelder binnenkomt. De Kern is voor iedere (kwetsbare) Patiënt/burger. De patiënt staat centraal met respect voor zijn of haar levensvisie en zingeving. Er wordt uitgegaan van: de patiënt zijn of haar eigen kracht, het versterken van de zelfredzaamheid, het nemen van eigen verantwoordelijkheid, regie en het versterken van het sociaal netwerk. Om te kijken welke patiënten hiervoor in aanmerking komen zal er ten alle tijden nauw contact moeten worden behouden met de regiebehandelaar. Wanneer er gekeken wordt naar de literatuur dan is het hebben van sociale steun bevorderend voor de kwaliteit van leven (Mahmoud, Berma & Gabal, 2017). De opdrachtgever steunt dit prototype en geeft daarbij aan dat juist op het zelfredzame milieu dit een mooi voorstel is voor de patiënten.

Wat zeggen de patiënten?

De patiënten die hier een mening over hebben gegeven staan niet onwelwillend tegenover deelname aan de samenleving, het lijkt hen simpelweg een lastige stap of zien niet waar zij moeten beginnen. Deelname via de Kern zou een stimulerende werking hebben om deel te nemen aan de samenleving. Een patiënt geeft aan het als een eerste goede manier te zien om terug te keren in de maatschappij, "juist om de Kern nog achter de hand te hebben krijg ik het gevoel dat ik het niet alleen hoef te doen". Dit advies zal worden opgenomen in het uiteindelijke beroepsproduct.

De Burcht (gesloten/besloten & individueel)

Huidige situatie

Als tweede wordt er gekeken naar afdeling de Burcht (gesloten/besloten & individueel). Uit de resultaten blijkt dat het gesloten/besloten milieu enigszins tot nogal moeite (gem= 2,00) ervaart op zelfverzorging. De eerstverantwoordelijk verzorgende geven ook aan dat de patiënten enigszins tot nogal moeite (gem= 2,47) ervaren op zelfverzorging. Uit de resultaten van het individuele milieu blijkt dat de patiënten nogal moeite ervaren op zelfverzorging (gem= 2,58). De eerstverantwoordelijk verpleegkundige geven aan dat de patiënten nogal moeite ervaren op zelfverzorging (gem= 2,92).

Hoe te verbeteren?

In gesprek met de opdrachtgever is gekeken naar een manier om de zelfverzorging te verbeteren. Een manier om de zelfverzorging van de patiënten beter in kaart te brengen is met het meetinstrument van Katz. De Katz ADL Index wordt gebruikt om iemands vermogen om Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) uit te voeren (Katz, 1963). Daarnaast wordt de Katz Index gebruikt om aanpassingen ten gevolge van behandelingen te evalueren. Dit meetinstrument kan zeer nuttig worden gebruikt bij de doelgroep van Huis aan de Dijk. Met dit meetinstrument kan er goed worden gemonitord hoe het er met de ADL voor staat en dus een goed zicht te krijgen op de zelfverzorging. De Katz ADL Index zal worden opgenomen in het beroepsproduct. Daarnaast is er overlegd met de opdrachtgever om als advies helder in kaart te brengen wat er bij de patiënten mist aan zelfverzorging. Vragen die opspeelden waren als volgt: hebben de patiënten onvoldoende kennis over zelfverzorging? Heeft het personeel onvoldoende kennis over zelfverzorging? Is er te weinig tijd? Voor Dimence aanknopingspunten om dit verder te onderzoeken.

Wat zeggen de patiënten?

De patiënten geven aan de Katz ADL Index "prima" te vinden. Doordat de vragenlijst maar uit zes vragen bestaat ervaren de patiënten dit niet als tijdrovend. De patiënten geven aan dat zij wel hulp willen bij de vragenlijst, het liefst door een verpleegkundige.

De Hoeve (groepsgericht)

Huidige situatie

Als laatst heeft er rapid prototyping plaatsgevonden op de Hoeve. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de Hoeve de meeste problemen ervaren op het gebied van bewegen & verplaatsen (gem= 1,80) de eerstverantwoordelijk verzorgende geven aan dat de patiënten enigszins tot nogal problemen ervaren (gem= 1,88). Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek heeft Dimence getracht het bewegen en verplaatsen van de patiënte te stimuleren. Er is een ergotherapeut in dienst genomen en zal eenmaal in de week op Huis aan de Dijk aanwezig zijn. Thema's die de ergotherapeut gaat behandelen zijn onder anderen: zelfstandig fietsen, activeren, balans verbeteren, ontspanning, zelfstandig met rollator lopen. Ook groepsdoelen zoals conditieverbetering met aandacht voor sociale omgang zal behandeld worden. Met dit in het achterhoofd is in overleg met de opdrachtgever besloten een advies voor dit onderwerp achterwege te laten en te focussen op het onderdeel waar als volgt de meeste problemen op worden ervaren. Dat is begrijpen & communiceren, de patiënten ervaren hier enigszins tot nogal problemen mee (gem= 1,32). De eerstverantwoordelijk verpleegkundige zien dit een stuk hoger in een geven aan dat de patiënten nogal problemen ervaren met begrijpen en communiceren (gem= 2,17).

Hoe te verbeteren?

Om dit onderwerp te stimuleren en de algehele kwaliteit van leven te vergroten is gekeken naar een methode om toe te passen voor de verpleegkundige. Het gaat hier om de terugvraagmethode van Pharos. In het kort betekent dit dat je als zorgprofessional kunt nagaan of de boodschap die je vertelt goed is overgekomen. In samenspraak met de opdrachtgever is besloten dit mee te nemen in het uiteindelijke beroepsproduct. Het zal daarin ook verder worden toegelicht.

Wat zeggen de patiënten?

De patiënten geven aan als eerste indruk dit als een goede methode te ervaren. Een aantal patiënten geven aan zich vaak niet begrepen of gehoord te voelen. Doordat de zorgprofessional nogmaals nagaat of de boodschap goed is overgekomen kan de patiënt ook aangeven wanneer iets onduidelijk is of niet goed begrepen is. De patiënten zijn voorstander van posters (zie beroepsproduct) in de gangen en teamkamers om zo herinnerd te blijven worden aan de terugvraagmethode.

Conclusie deelvraag 4

Met de expert interview is geprobeerd antwoord te geven op de laatste deelvraag: “Welke mogelijke oplossingen kunnen worden ingezet om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten en aan welke eisen moet een oplossing voldoen?” Experts geven tijdens de semigestructureerde interviews aan dat er weinig tot geen eisen zijn voor mogelijke oplossingen. De wens is uitgesproken dat de adviezen in het uiteindelijke beroepsproduct zo breed mogelijk mogen worden gehouden blijkt uit het volgende citaat: “Ik zou de voorkeur geven aan een iets breder, algemener advies. Waarbij je de ruimte laat aan verpleegkundige zelfs om daar de invulling voor de dag aan te geven. Een advies als ga elke dag samen wandelen vind ik al vrij specifiek. Stel dat er uitkomt advies plan drie keer per week een groepsactiviteit in. Dan kan verpleging zelf invullen wat dit inhoudt.” Als er wordt gekeken naar mogelijke oplossingen dan zijn er via de rapid prototyping zoals hierboven beschreven een aantal mogelijke oplossingen uitgekomen die de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk kunnen vergroten. Dit betekent deelname aan de samenleving vergroten door in de maatschappij deel te nemen en een methode voor de verpleegkundige waarmee begrijpen en communiceren gestimuleerd kan worden en daarbij bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënten.

Hoofdstuk 4 conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal geprobeerd worden om een antwoord te geven op de hoofdvraag van dit onderzoek. In paragraaf 4.2 zal de discussie van het onderzoek worden toegelicht waarbij sterke punten en verbeterpunten zullen worden weergegeven. In de derde paragraaf zullen enkele aanbevelingen worden gegeven voor vervolgonderzoek. Een uitgebreider advies zal worden opgenomen in het uiteindelijke beroepsproduct. Als laatste zal de betrouwbaarheid en validiteit worden besproken in paragraaf 4.4

§ 4.1 conclusie

Zoals beschreven in hoofdstuk 1.3 zijn onderzoeksvragen geformuleerd. Deze zullen hieronder worden beantwoordt. Als eerste zal antwoord worden gegeven op de eerste deelvraag: “Hoe is het gesteld met de kwaliteit van leven van patiënten binnen Huis aan de Dijk?” kan worden geconcludeerd dat dit goed noch slecht is. Ten tweede valt te concluderen dat de patiënten van Huis aan de Dijk enigszins problemen ervaren op het niveau van functioneren. Ten derde zijn de wensen van de stakeholders binnen Huis aan de dijk wat betreft kwaliteit van leven van de patiënten onderzocht. De stakeholders zien graag een stijgende lijn wat betreft kwaliteit van leven. Ten vierde zal de laatste deelvraag beantwoordt worden: “Welke mogelijke oplossingen kunnen worden ingezet om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten en aan welke eisen moet een oplossing voldoen?”. Op de laatste vraag kan geconcludeerd worden dat er weinig eisen zijn voor de stakeholders binnen Huis aan de Dijk. De adviezen moeten zo breed mogelijk worden gehouden om zelf invulling te kunnen geven.

Tijdens dit onderzoek is getracht antwoord te geven op de hoofdvraag: “Wat kan Dimence doen om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten?” Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is een beroepsproduct ontwikkeld waarin adviezen zijn weergegeven om de kwaliteit van leven van de patiënten binnen Huis aan de Dijk te vergroten.

Om de kwaliteit van leven te vergroten van patiënten binnen Huis aan de Dijk zal Dimence zich moeten focussen op waar nu de problemen liggen volgens de patiënten en eerstverantwoordelijk verpleegkundige. Vergroot deelname aan de samenleving voor patiënten op het zelfredzame milieu middels maatschappelijke participatie met organisaties die verbonden zijn aan de Dimence Groep, zoals de Kern. Voor de milieus individueel en gesloten/besloten blijkt dat zelfverzorging de meeste problemen worden ervaren. Met de opdrachtgever is besloten dat er beter in kaart moet worden gebracht waar het ‘probleem’ hierin zit. Een meetinstrument dat de zelfverzorging monitort is de Katz ADL Index. Als laatste voor afdeling de Hoeve (groepsgericht) kun je via de terugvraagmethode begrijpen en communiceren verbeteren.

§ 4.2 discussie

Gedurende het onderzoek heeft de COVID-19 pandemie een grote impact gehad op Huis aan de Dijk. Op moment van schrijven hebben de patiënten al twee jaar lang te maken gehad met de pandemie. Zo konden er minder bezoekers terecht bij de patiënten, denk aan familieleden, vrienden of andere naasten. Huis aan de Dijk heeft de deur lange tijd op slot gehad om het virus buiten te houden. Ook het programma van de dagbesteding is dusdanig aangepast dat patiënten geen individueel programma meer hebben gekregen. Dit heeft impact op de kwaliteit van leven. Zo verklaart het RIVM dat de vertraging van zorg voor patiënten en cliënten vooral geraakt worden in de kwaliteit van leven en welzijn. Daarnaast geeft het RIVM aan dat het stoppen van dagbesteding, wat ook tijdens de pandemie is gebeurd op Huis aan de Dijk, niet direct effecten op de lichamelijke gezondheid van kwetsbare mensen heeft. Het heeft echter wel een vergrote impact op de kwaliteit van leven van de

patiënten, maar ook op die van de naasten omdat die de weggevallen zorg moeten opvangen (RIVM, 2020). Tenslotte concludeert het RIVM dat COVID-19 niet alleen heeft gezorgd voor een verminderde kwaliteit van leven voor patiënten die de ziekte hebben gehad, maar dat ook veel patiënten zijn geraakt doordat zorg is uitgesteld, vervallen of op een andere manier is geleverd. De patiënten hebben ook zelf zorg vermeden of werd gedurende de pandemie een behandeling vanwege het besmettingsgevaar op COVID-19 een te groot risico geschat (RIVM, 2020).

Wat betreft COVID-19 heeft het dus volgens het RIVM zeker invloed op de kwaliteit van leven. Het daadwerkelijke effect zal echter in toekomstige onderzoeken verder moeten worden uitgezocht. Het is wel belangrijk om te benoemen voor dit onderzoek dat het van invloed is.

Als er wordt gekeken naar de sterke punten en beperkingen van dit onderzoek dan is een sterk punt dat zeker 34 patiënten van de 58 patiënten welwillend stonden tegenover deelname van dit onderzoek. Hierdoor kan er een betrouwbaar beeld worden geschetst van de kwaliteit van leven binnen Huis aan de Dijk. Ook de verdeling over de verschillende milieus is vrijwel gelijk waardoor je betrouwbare uitspraken kunt doen over de uitkomsten. De burcht: 12 patiënten, de Hoeve: 11 patiënten, de State, 11 patiënten. Uit eerdere gesprekken met de opdrachtgever was al bekend dat er niet verwacht kon worden dat alle patiënten zouden deelname aan het onderzoek, dit is ook gebleken uit eerdere onderzoeken die zijn uitgevoerd binnen Huis aan de Dijk. Wat hier noemenswaardig bij is dat de van afdeling de State: milieu instroom, maar twee patiënten hebben deelgenomen. De resultaten zijn wel meegenomen in hoofdstuk 3.1, echter is in overleg met de opdrachtgever besloten om geen gericht advies te geven op milieu instroom (persoonlijke communicatie, 1 februari 2022).

Ten tweede is een sterk punt van dit onderzoek dat de resultaten tussendoor zijn meegenomen richting de opdrachtgever. Hierdoor is het mogelijk om gericht advies te geven en is het mogelijk geweest om vele data te kunnen filteren. Zo is besloten met de opdrachtgever om een advies te geven gericht op een construct (bv. Deelname aan de samenleving) en niet gekeken naar item-niveau. Dit zou betekenen dat er een hele hoop data achterwege wordt gelaten als je naar item-niveau gaat kijken, door een heel construct aan te pakken is de hoop dat de kwaliteit van leven verder vergroot wordt.

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat niet alle experts van Huis aan de Dijk zijn geïnterviewd met de semigestructureerde interviews. Het zou sterker zijn geweest voor het onderzoek als alle experts hun inbreng hebben kunnen geven aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben nu drie van de vier experts deelgenomen aan de semigestructureerde interviews.

Ten tweede is een mogelijke beperking van het onderzoek dat er geen duidelijk zicht is op wie van de eerstverantwoordelijk verpleegkundige de interviews heeft ingevuld. Omdat het om een groot aantal vragenlijsten gaat, 58 over 3 afdelingen, is besloten om de vragenlijsten uitgeprint neer te leggen op de verschillende afdelingen. Het kan dus zijn dat verschillende eerst verantwoordelijk verpleegkundige de vragenlijsten anders interpreteren. Hier zal ook een aanbeveling worden aangedragen voor vervolgonderzoek in aankomend paragraaf.

Als laatste is een beperking van het onderzoek dat de patiënten niet tijdig geïnformeerd waren. Vooral de patiënten die de onderzoeker niet kende waren terughoudend over de intenties en doel van het onderzoek. Vooral in de psychiatrie hebben patiënten al hun hele leven te maken gehad met onderzoeken en vragenlijsten, een patiënt gaf dit ook als reden om niet deel te nemen aan het onderzoek. Dit is logischerwijs gerespecteerd. Wanneer patiënten tijdig geïnformeerd zijn over de komst van de onderzoeker en het doel hiervan zal mogelijke deelname gestimuleerd worden. Hoewel de verpleegkundige wel wisten van het onderzoek en zij hier ook over geïnformeerd waren is er niets doorspeeld richting de patiënten. Hierdoor ging er ook veel tijd in uitleg, doel en intentie van het onderzoek zitten tijdens afname van de vragenlijsten.

§ 4.3 aanbeveling vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek wordt aangeraden om, zoals in de vorige paragraaf al aangestipt, zicht te brengen op wie van de eerstverantwoordelijke verpleegkundige de vragenlijsten invult. Dit zou eventuele verschillen in interpretatie moeten voorkomen. Een tweede aanbeveling is om een planning te maken en deze af te stemmen met de verpleging. Tijdens het afnemen van de vragenlijsten gedurende dit onderzoek heeft de onderzoeker een afhankelijke houding aangenomen en grotendeels om het programma van de patiënten heen gewerkt. Het is aan te bevelen dat er een planning wordt gemaakt met tijdstippen waarop een vragenlijst af wordt genomen met een bepaalde patiënt, wanneer dit ruim van tevoren gemaakt wordt kunnen de verpleegkundige de patiënt hierover informeren of de onderzoeker inlichten dat een ander tijdstip of dag beter uitkomt. Dit zal het proces van afname versnellen en weten patiënten ook waar ze aan toe zijn.

Een derde aanbeveling is om de adviezen zoals weergegeven in het beroepsproduct te implementeren volgens het HCD-model. Dit om de adviezen aan de opdrachtgever te doorlopen en verder van feedback kan worden voorzien, een methode die tijdens de implementatie fase zou kunnen worden gebruikt is live prototyping. Met deze methode is er de kans om een aantal weken of maanden de oplossingen toe te passen. Met de methode keep iterating kan er aansluitend feedback worden verworven en verder worden getest met de aanbevelingen. Om zo tot de meest gedetailleerde oplossing te komen.

Een laatste aanbeveling is om de resultaten die tijdens dit onderzoek naar voren zijn gekomen te analyseren hoe het tot stand is gekomen dat de patiënten hier problemen mee ervaren en wat dit in stand houdt. Hoe komt het dat patiënten problemen ervaren op begrijpen en communiceren, zelfverzorging en deelname aan de samenleving?

§ 4.4 validiteit en betrouwbaarheid

De vragenlijsten die afgenomen zijn eerder besproken in hoofdstuk 2. De betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijsten zijn hoog. Dit betekent dat het meet wat het moet meten, namelijk het niveau van functioneren (WHODAS 2.0) en de kwaliteit van leven (WHOQOL) deze vragenlijsten geven een goede indicatie van kwaliteit van leven. Betrouwbaarheid houdt in dat dat de onderzoeksresultaten hetzelfde zouden zijn mocht het onderzoek nogmaals uitgevoerd worden. Mede door alle verschillende methodes die zijn toegepast volgens het HCD-model gedurende de inspiration en ideation fase maakt dit onderzoek valide.

Bijlage 1 Literatuurlijst

- Agency of healthcare Research & Quality. (2016) *The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide Practical Strategies for Improving Patient Experience*.
- Alexandre T.S., Cordeiro R.C., Ramos L.R. (2009) *Factors associated to quality of life in active elderly*. Rev SoudePublica. 43:613–21
- Barua, A., Mangesh, R., Harsha Kumar H.N., Mathew, S. (2007) *A cross-sectional study on quality of life in geriatric population*. Indian J Community Med 32:146-7
- Bree van, E. (2019) *Verbetering indeling Huis aan de Dijk*. Deventer
- Bronowski P., & Załuska M. (2008) Social support of chronically mentally ill patients. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 13-19
- Brüggemann, B., Garlipp, P., et al. (2007) *Quality of life and social support as outcome characteristics of a psychiatric day hospital*. German Journal of Psychiatry 58-68
- Chopra, P.K., Couper, J.W., & Herrman, H. (2004). The assessment of patients with long-term psychotic disorders: Application of the WHO disability assessment schedule II. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38(9), 753– 759
- Cramm, J.M, Strating, M.M.H, Sonneveld, H.M, & Nieboer, A.P. (2013). De relatie tussen kwaliteit van leven, tevredenheid met zorg en self-efficacy bij adolescenten met diabetes. *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie*, 11(2), 544–559. doi:10.1007/S12187-013-9185-7
- De Kern (2022). *Missie & Visie*. Geraadpleegd van: <https://www.stdekern.nl/missie-en-visie>
- Dimence. (2021) *Brinkgreven*. Geraadpleegd van: <https://www.dimence.nl/locaties/brinkgreven>
- Dimence. (2021) *Over ons*. Geraadpleegd van: <https://www.dimence.nl/overdimence>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013) A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570
- Eack, S.M., Newhill, C.E. (2007) Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull 33:1225–1237 doi: 10.1093/schbul/sbl071
- Gobbens, R.J., Luijkx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. & Schols, J.M. (2010) Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. Nurs Outlook, 58, 76-86
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J.E. (1988) *Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes*. J Gen Intern Med 1988;3:448-57
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H.v.d., Jadad, A.R., Kromhout, D. et al. (2011) *How should we define health?* doi:10.1136/bmj.d4163
- IDEO (2015). *The field guide to human-centered design*. Design Kit.
- Katz S, et al. (1963) *Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*.

- Kim, W.H., Hahn, S.J., Im, H.J., & Yang, K.S. (2013) "Reliability and validity of the Korean World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF in people with physical impairments," *Annals of Rehabilitation Medicine*.
- Mordoch E. (2005) *Finding the rhythm, maintaining the frame: how children manage living with a parent with a mental illness*. Unpublished Doctoral Dissertation, The Faculty of Graduate Studies, University of British Columbia. Canada 2005: 5-12
- Pösl, M., Cieza A. & Stucki G. (2007) *Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients*. *Qual Life Res.* 16(9):1521-31. doi: 10.1007/s11136-007-9259-4
- Sarskisian, C.A., Gruenewald, T.I., Boscardin, W.J. & Seeman, T.E. (2008) *Preliminary evidence for subdimensions of geriatric frailty: the MacArthur study of successful ageing*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 2292-2297
- Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004) *WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. *Qual Life Res.* 13(2):299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Steen, M. 'De positie van verpleegkundigen kan over vijf jaar heel anders zijn'. *Bijzijn XL* 9, 8–10 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12632-016-0039-0>
- Theoufilou, P. (2013) *Quality of Life: Definition and Measurement*. *Europe's Journal of Psychology*.
- Tieleman, M.A. (2011) *Levenfasen. De psychologische ontwikkeling van de mens*. Amsterdam(2^e herziene druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Üstun, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010) *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization.
- Van Giessen, A., de Wit, A., van den Brink, C., Degeling, K., Deuning, C., Eeuwijk, J., van den Ende, C., van Gestel, I., Gijsen, R., van Gils, P., et al. (2020) *Impact Van de Eerste COVID-19 Golf op de Reguliere Zorg en Gezondheid: Inventarisatie Van de Omvang Van Het Probleem en Eerste Schatting Van Gezondheidseffecten*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM: Bilthoven, Nederland.
- Vitorino, L.M., Paskulin, L.M., Viana, L.A., (2012) *Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities*. *Rev Lat Am Enfermagem.* 20:1186–95
doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600022>
- Vuyk, K. (2014) *De grijze golf: ouderen als doelgroep*. Jaarboek Actieve Cultuurparticipatie.
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society*, 25(4), 585–600
<https://doi.org/10.1017/S0144686X05003454>
- World Health Organization (1996) *Whoqol-bref Introduction, administration, scoring and generic version*. Programme on mental health.
- World Health Organization (1995) *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*.
doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k

- Wyshak, G., Barsky, A. (1995). *Satisfaction with the effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression*, General Hospital Psychiatry, 17, 108-114
doi: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00097-W](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)00097-W)
- Xavier, F.M.F., Ferraz, M.P.T., Marc, N., Escosteguy, N.U., Morgiguchi, E.H. (2003) *Elderly people's definition of quality of life*. Rev Bras Psiquiatr 25(1):31-9

Bijlage 2 Checklist Ethisch Advies

Checklist ethisch advies (scriptie)onderzoek

1. Valt het onderzoek onder de Wet medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)? Onderzoek valt onder de WMO als het aan de volgende twee voorwaarden voldoet: er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd (zie voor meer informatie: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>)
☐ Ja → Advies noodzakelijk
☒ Nee
2. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
☐ Ja
☒ Nee → Advies noodzakelijk
3. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?
☐ Ja → Advies noodzakelijk
☒ Nee
4. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd, die ONGEMAK kunnen inhouden?
☐ Ja → Advies noodzakelijk
☒ Nee
5. Zijn er VEILIGHEIDS- EN/OF GEZONDHEIDSRISICO's VOOR DE RESPONDENTEN verbonden aan het onderzoek?
☐ Ja → Advies noodzakelijk
☒ Nee
6. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?
☒ Ja
☐ Nee → Advies noodzakelijk
7. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?
☒ Ja
☐ Nee → Advies noodzakelijk

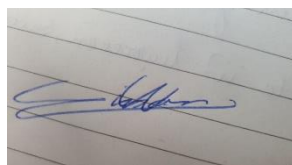
8. Worden deelnemers aan het onderzoek voorafgaand aan deelname schriftelijk en mondeling voorgelicht over doel, de aard en duur, risico's en bezwaren van het onderzoek?
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Advies noodzakelijk
9. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming met het onderzoek?
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Advies noodzakelijk
10. Is de verwerking van persoonsgegevens in overeenstemming met de AVG? DENK AAN HET ZORGVULDIG OMGAAN MET (PERSOONS)GEGEVENS (ZOWEL OP PAPIER ALS DIGITAAL) EN EEN VEILIGE MANIER VAN DATAOPSLAG.
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Advies noodzakelijk
11. Worden er bijzondere persoonsgegevens verzameld (e.g. etniciteit, religie, medische gegevens, seksuele geaardheid, ziekteverzuim, et cetera)?
- ☐ Ja → Advies noodzakelijk
- ☒ Nee
12. Is objectiviteit en onafhankelijkheid van de onderzoeker(s) gewaarborgd?
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Advies noodzakelijk

Advies noodzakelijk: Wanneer de uitkomst één of meerdere keren 'Advies noodzakelijk' is, dan zal de scriptiecoördinator beoordelen of het onderzoek in lijn is met de gedragscode. Bij twijfel zal de SEAC (Saxion Ethische Advies Commissie) worden geconsulteerd.

Ondertekenend door onderzoeker en eerste begeleider:

Naam onderzoeker: Simon Witteveen

Handtekening:



Datum: 27-01-2022

Naam 1^e begeleider: Marco Farfan Galindo



Handtekening:

Datum: 27/ 01 /2022

Aandachtspunten Ethische Commissie:

“Je geeft aan dat het 65-plussers betreft met psychische problematiek. In je mail beschrijf je niet wat deze psychische problematiek omvat. Maar wat belangrijk is om in acht te nemen is dat degenen die meedoen aan jouw onderzoek 1. NIET in een acute behandeling zijn (dus bijv. door een psychose), 2. wilsbekwaam zijn, 3. hun directe begeleider of psycholoog hen geschikt acht voor deelname aan jouw onderzoek, en 4. men na afloop van deelname aan jouw onderzoek een debriefing krijgt van jou en/of hun begeleider (we voorzien dat het invullen van een vragenlijst over QoL of het meedoen aan een interview hierover mogelijk impact kan hebben op hen).”

Bijlage 3 Informatiebrief

Kwaliteit van leven bij patiënten binnen Huis aan de Dijk

Datum:

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Bespreek het met partner, vrienden of familie.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoeker. Onderaan deze informatiebrief vindt u zijn/haar contactgegevens.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Met dit onderzoek wordt onderzocht hoe het met de kwaliteit van leven en niveau van functioneren is gesteld van de patiënten binnen Huis aan de Dijk.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd d.m.v. twee vragenlijsten, de WHODAS 2.0 en WHOQOL. De WHODAS 2.0 vult u eenmalig zelfstandig in. De WHOQOL is een vragenlijst waarbij u op verschillende stellingen antwoord geeft.

3. Wat wordt er van u verwacht?

Er wordt van u verwacht dat u op afgesproken tijden aanwezig bent om deel te nemen aan het onderzoek en de vragen zo eerlijk mogelijk probeert te beantwoorden.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Door deel te nemen aan dit onderzoek krijgt Dimence een helder beeld hoe het is gesteld met de kwaliteit van leven binnen Huis aan de Dijk. Ook over uw niveau van functioneren krijgt Dimence inzicht.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u tijdens het onderzoek niet meer mee wilt doen, kunt u ook zonder opgave van reden uw deelname aan het onderzoek beëindigen.

6. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Gegevens uit het onderzoek worden vertrouwelijk bewaard. Naast de onderzoeker, kunnen ook docenten, die de kwaliteit van het onderzoek bewaken, uw gegevens inzien.

De onderzoeksgegevens worden gebruikt voor wetenschappelijke publicatie in de vorm van een onderzoeksrapport voor onderwijsdoeleinden, waarin individuele gegevens van participanten niet herkenbaar zijn. Uw privacy blijft dus volledig gewaarborgd.

7. Zijn er extra kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er zijn voor u geen extra kosten verbonden aan dit onderzoek en er is geen vergoeding voor deelname aan dit onderzoek.

8. Wilt u verder nog iets weten?

Neemt u rustig de tijd, om deze informatie te lezen en te bespreken met uw partner of andere mensen uit uw omgeving. Op korte termijn zal de onderzoeker contact met u opnemen om te horen of u wilt deelnemen aan dit onderzoek.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u deze stellen aan de onderzoeker. Hieronder volgen zijn/haar contactgegevens.

Naam onderzoeker: Simon Witteveen

Telefoonnummer: 0611774464

E-mailadres: 435066@student.saxion.nl

Bijlage 4 Informed Consent

Kwaliteit van leven binnen Huis aan de Dijk

Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker(s): Simon Witteveen

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 5 WHODAS2.0 Vragenlijst

Scoreformulier WHODAS 2.0

Naam:

USER:

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

1. Domein 1: Begrijpen en communiceren			
	Score	Patiënt	EVV
D1.1	<u>Concentreren op iets gedurende 10 minuten?</u>		
D1.2	<u>Onthouden om belangrijke dingen te doen?</u>		
D1.3	Analyseren en vinden van oplossingen voor moeilijkheden in het dagelijks leven?		
D1.4	Leren van een nieuwe taak, bijvoorbeeld de weg naar een woonplaats?		
D1.5	<u>Over het algemeen begrijpen</u> wat mensen zeggen?		
D1.6	Beginnen met <u>of</u> onderhouden van een gesprek?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

2. Domein 2: Bewegen en zich verplaatsen			
	Score	Patiënt	EVV
D2.1	<u>Staan gedurende lange tijd zoals 30 minuten?</u>		
D2.2	<u>Opstaan</u> vanuit zithouding?		
D2.3	Het zich <u>verplaatsen</u> binnen uw woning?		
D2.4	<u>Uit uw huis komen?</u>		
D2.5	<u>Een lange afstand lopen</u> , bijvoorbeeld een kilometer?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

3. Domein 3: Zelfverzorging			
	Score	Patiënt	EVV
D3.1	Het <u>wassen</u> van uw hele <u>lichaam</u> ?		
D3.2	Het uzelf <u>aankleden</u> ?		
D3.3	Eten?		
D3.4	<u>Alleen zijn</u> gedurende <u>enkele dagen</u> ?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

4. Domein 4: Omgaan met mensen			
	Score	Patiënt	EVV
D4.1	Het <u>omgaan</u> met mensen <u>die u niet kent</u> ?		
D4.2	<u>Onderhouden</u> van een <u>vriendschap</u> ?		
D4.3	Het <u>kunnen opschieten</u> , met mensen die u nabij zijn?		
D4.4	Het <u>maken van nieuwe vrienden</u> ?		
D4.5	<u>Seksuele activiteiten</u> ?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

5. Domein 5: Werk of studie			
	Score	Patiënt	EVV
D5.1	Het vervullen van <u>huishoudelijke taken?</u>		
D5.2	Het op <u>goede wijze uitvoeren</u> van uw belangrijkste <u>huishoudelijke taken?</u>		
D5.3	Het <u>afkrijgen</u> van al het huishoudelijke werk wat u moet doen?		
D5.4	Het zo <u>snel</u> als nodig doen van uw huishoudelijke werk?		
D5.5	Uw dagelijks <u>werk?</u>		
D5.6	Het op <u>goede wijze</u> uitvoeren van uw belangrijke werktaken?		
D5.7	Het <u>afkrijgen</u> van al het werk dat u moest doen?		
D5.8	Uw werk zo <u>snel</u> afkrijgen als nodig is?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

6. Domein 6: Deelname aan de samenleving			
	Score	Patiënt	EVV
D6.1	Hoeveel moeite had u met het net als anderen <u>deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten</u> (zoals feestelijkheden, religieuze en andere activiteiten)		
D6.2	Hoeveel moeite had u als gevolg van <u>hindernissen of belemmeringen</u> in de wereld om u heen?		
D6.3	Hoeveel moeite had u om een <u>waardig leven te leven</u> vanwege de houding of handelingen van anderen?		
D6.4	Hoeveel <u>tijd</u> heeft u aan uw gezondheidstoestand of de gevolgen ervan besteed?		
D6.5	Hoe erg heeft uw <u>stemming</u> onder uw gezondheid geleden?		
D6.6	Hoeveel heeft uw gezondheidstoestand de <u>financiële mogelijkheden</u> van u en uw familie aangetast?		
D6.7	Hoeveel moeite had uw <u>familie</u> vanwege uw gezondheidstoestand?		
D6.8	Hoeveel moeite had u met het <u>in uw eentje</u> doen van dingen voor uw plezier of ontspanning?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

Bijlage 6 WHOQOL Vragenlijst

Scoreformulier WHOQOL 2021

Naam:

USER:

1. Domein 1: Globale item			
	Score	Patiënt	
1	Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?		
2	Hoe tevreden bent u met uw gezondheid?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

2. Domein 2: Fysieke gezondheid			
	Score	Patiënt	Ompolen
3	In welke mate vindt u dat u pijn uw afhoudt van wat u moet doen?		
4	Hoeveel behoefte hebt u aan medische behandeling om in uw dagelijkse leven te kunnen functioneren?		
10	Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag?		
25	Hoe goed kunt u zich verplaatsen?		
15	Hoe tevreden bent u met uw slaap?		
16	Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten?		
17	Bent u tevreden met uw werkvermogen?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

3. Domein 3: Mentale gezondheid			
	Score	Patiënt	Ompolen
5	Hoeveel geniet u van het leven?		
6	In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is?		
7	Hoe goed kunt u zich concentreren?		
11	Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren?		
18	Bent u tevreden met uzelf?		
26	Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

4. Domein 4: Relaties			
	Score	Patiënt	
19	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?		
20	In welke mate bent u tevreden met uw sexuele leven?		
21	Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden?		
	Domeinscore		
Opmerkingen:			

5. Domein 5: Omgevingsgerichte kwaliteit van leven			
		Score	Patiënt
8	Hoe veilig voelt u zich in uw dagelijks leven?		
9	Hoe gezond is uw omgeving?		
12	Hebt u genoeg geld om in uw behoeften te voorzien?		
13	Hoe beschikbaar voor u is de informatie, die u nodig hebt in uw dagelijks leven?		
14	Hebt u mogelijkheden tot recreatie?		
22	Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?		
23	Hoe tevreden bent u met uw toegang tot gezondheidsdiensten?		
24	Hoe tevreden bent u met vervoer?		
		Domeinscore	
Opmerkingen:			

Bijlage 7 Antwoordmogelijkheden vragenlijsten

Voor de **WHODAS 2.0** gelden de volgende antwoordmogelijkheden op de stellingen:

Hoeveel moeite had u gedurende de afgelopen 30 dagen met:

0	1	2	3	4
Geen/niet	Enigszins	Nogal	Veel	Heel veel/kan ik niet

Voor **WHOQOL** gelden de volgende verschillende antwoordmogelijkheden op de stellingen, antwoorden liggen aan de vraagstelling:

Stelling 1:

1	2	3	4	5
Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed

Stelling 2:

1	2	3	4	5
Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tevreden	Erg Tevreden

Stelling 3 – 6:

1	2	3	4	5
Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Zeer veel	Een extreme hoeveelheid

Stelling 7 – 14:

1	2	3	4	5
Helemaal niet	Bijna niet	Gemiddeld	Behoorlijk	Helemaal

Stelling 15 - 24:

1	2	3	4	5
Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tevreden	Erg Tevreden

Stelling 25:

1	2	3	4	5
Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed

Stelling 26:

Nooit	Zelden	Redelijk vaak	Zeer vaak	Altijd
-------	--------	---------------	-----------	--------

Bijlage 8 Semigestructureerd interview

Wat is jou rol binnen Huis aan de Dijk?

Aanmelding Huis aan de Dijk

Hoe komen patiënten bij Huis aan de Dijk binnen?

- Hoe ziet het proces er uit?
- Wie is er verantwoordelijk voor de aanmelding?
- Waar moet een patiënt aan 'voldoen'?

Kwaliteit van leven

Waarom is het belangrijk om kwaliteit van leven te onderzoeken?

- En niveau van functioneren?

Wat zijn belemmerende factoren voor kwaliteit van leven?

- En bevorderende?

Vorige onderzoek

Wat zijn de aanpassingen geweest t.o.v. het vorige onderzoek?

- Wat is daar uitgekomen? Wat is gerealiseerd? Wat niet?

Huidig onderzoek

Wat zijn wensen en verwachtingen uit huidig onderzoek?

- Aan welke eisen zou een oplossing moeten voldoen?
- Waar hebben jullie behoefte aan?

Wat is de gewenste situatie van Huis aan de Dijk wat betreft kwaliteit van leven?

Bijlage 9 Eigenwerkverklaring

Ondergetekende(n): (Naam student/en):

Simon Witteveen, 435066

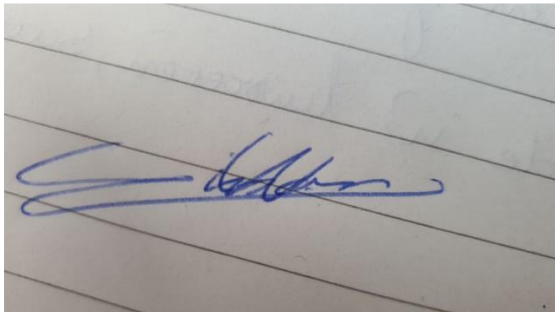
Verklaart/verklaren ondubbelzinnig dat:

- 1) Dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) Alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) Dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Deventer

Datum: 28 februari 2022

Handtekening(en):

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a piece of lined paper. The signature is stylized and appears to be 'S. Witteveen'.

S. Witteveen

N.B. Schending van bovengenoemde 'eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19. OER.