

Kwaliteit van leven en zorgbehoefteprofielen van ouderen met ernstige psychische aandoeningen: een latente klassenanalyse.

Quality of life and care needs profiles of
older adults with severe mental health
conditions: a latent class analysis.



Thesis ter afronding van de opleiding Master of Health Business Administration (MHBA-22)
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Thesis begeleider: Dr. Relinde de Koeijer
Tweede beoordelaar: Dr. Maaïke Moen

Lidwina Andeweg
Mei 2026

Voorwoord

Met de presentatie van mijn thesis rond ik een intensieve, leerzame periode van twee jaar af in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration (MhBA) aan het Erasmus Centrum van Zorgbestuur. Ik kijk met voldoening en trots terug op de afgelopen twee jaar. Een leerzame periode waarin door mij veel nieuwe kennis is opgedaan en de belofte bij start dat de leercurve stijl zou zijn is waargemaakt. Mede dankzij deze opleiding heb ik kansen gekregen in mijn carrière die er anders niet zouden zijn geweest. Zo zet de leercurve zich verder voort en draag ik mijn steentje bij aan het vormgeven van de geestelijke gezondheidszorg.

Met mijn thesis komt alles wat mij betreft samen. Mijn jarenlange werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg en hiermee van dichtbij meemaken wat de impact is van onder andere stigma, ongelijkheid van zorg en de effecten van isolement op de mens heeft mij gekleurd als persoon. De cliënten staan voor mij en veel van mijn collega's centraal. Zicht krijgen op welke behoeftes er daar leven en wat er nodig is om hun kwaliteit van leven te vergroten is waardevolle input voor strategische keuzes. Mijn wens is dan ook dat mijn onderzoek niet alleen bijdraagt aan kennis maar aan versteviging van de ingezette beweging.

Heel veel dank aan Eta Mulder en Leonieke Beverloo, voormalige directieleden bij Altrecht. Jullie stelden vertrouwen in mij en boden mij de kans om deze opleiding te kunnen gaan volgen. Hierdoor ontstond er ruimte en mogelijkheden.

Veel dank aan mijn inspirerende collega's die met al hun support gedurende dit proces mij in woorden en daden hebben bijgestaan. Alle lieve berichtjes die ik heb mogen ontvangen, mooie sparringsmomenten, feedback, inspiratie en geduld. Jullie stonden gevoelsmatig als een blok achter mij.

Ik wil mijn dank in het bijzonder uitspreken aan dr. Wilma Swildens, Lector Interprofessionele zorg in de GGZ bij Altrecht & Hogeschool Inholland en coördinator Wetenschappelijk Onderzoek Zorgmonitor & Onderzoek EPA bij Altrecht. De vele sparringsmomenten met jou waren ontzettend waardevol. Jouw kennis en brede blik

zorgden voor vele invalshoeken. Bedankt voor het meelesen van mijn thesis en het delen van jouw inzichten. Je wist rust en plezier te brengen in dit soms hobbelige traject. Mijn thesis begeleidster, dr. Relinde de Koeijer, wil ik bedanken voor de begeleiding en specifiek voor het vasthouden van de rode draad als ik door de bomen het bos niet meer zag. Je wist me keer op keer op een prettige manier hierbij te ondersteunen.

Mijn gezin wil ik ontzettend bedanken. Jullie ondersteunden waar jullie maar konden. Zonder jullie had ik dit niet gered. Jullie steun heeft ervoor gezorgd dat ik naast het drukke gezinsleven en een baan in staat was om een MhBA opleiding te volgen en af te ronden. Ik kijk er echt naar uit om er samen weer op uit te trekken.

Management samenvatting

Kwaliteit van leven is geen bijzaak, maar een belangrijke opgave in de zorg voor oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen, die vraagt om een integrale aanpak. Deze groep neemt al lange tijd een kwetsbare positie in ten opzichte van de algemene bevolking. Door de vergrijzing van de samenleving zal ook deze groep in omvang toenemen. Tegelijkertijd lijkt de zorg nog beperkt afgestemd op hun specifieke en vaak complexe behoeften. Het doel van deze thesis is om inzicht te bieden in patronen van zorgbehoeften bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen en de samenhang daarvan met kwaliteit van leven, om zo aanknopingspunten te formuleren voor een meer passende en gedifferentieerde inrichting van zorg en ondersteuning. Centraal staat daarbij de vraag welke zorgprofielen binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen te onderscheiden zijn op basis van hun zorgbehoeften, en hoe deze subgroepen zich verhouden tot de gepercipieerde kwaliteit van leven.

Voor dit onderzoek zijn kwantitatieve data geanalyseerd van cliënten met ernstige psychische aandoeningen die ambulante zorg ontvingen. Binnen de groep van 55 jaar en ouder is met een latente klassenanalyse onderzocht of er zorgprofielen konden worden onderscheiden op basis van zorgbehoeften op de domeinen somatische gezondheid, dagbesteding, sociale contacten en zingeving. Vervolgens is nagegaan hoe deze profielen zich verhouden tot de ervaren kwaliteit van leven.

Uit het onderzoek komen twee herkenbare zorgprofielen naar voren. De grootste groep laat op de onderzochte domeinen relatief weinig onvervulde zorgbehoeften zien. De kleinere groep kenmerkt zich door een stapeling van onvervulde zorgbehoeften, met name op het gebied van somatische gezondheid, sociale contacten en dagbesteding. Deze groep laat tevens een duidelijk lagere kwaliteit van leven zien. De bevindingen wijzen erop dat niet één afzonderlijk domein centraal staat, maar juist de samenhang en stapeling van zorgbehoeften gepaard gaan met een ongunstiger zorgprofiel en een lagere kwaliteit van leven.

De bevindingen tonen aan dat een zorgaanpak die rekening houdt met de individuele behoeften van de cliënt beter aansluit bij de variaties binnen deze groep. Dit biedt meer ruimte om kwaliteit van leven als belangrijk uitgangspunt te nemen. Voor organisaties biedt dit mogelijkheden om zorg systematischer, doelgerichter en meer gedifferentieerd af te stemmen op subgroepen. Zorgprofielen kunnen helpen om verschillen in ondersteuningsbehoeften eerder zichtbaar te maken. Hierdoor kan ondersteuning beter worden geprioriteerd en kan capaciteit en expertise gericht worden ingezet. Dit vraagt om een werkwijze waarin signalering, behandeling en samenwerking met netwerkpartners niet los van elkaar worden georganiseerd, maar in samenhang plaatsvinden. Daarmee onderstrepen de bevindingen het belang om kwaliteit van leven niet als bijzaak te benaderen, maar als centraal uitgangspunt bij de organisatie van zorg en bij de ondersteuning voor deze doelgroep.

Management summary

Quality of life is not a secondary concern, but a key challenge in the care of older people with severe mental health conditions, one that requires a holistic approach. This group has long been in a vulnerable position compared to the general population. As society ages, this group is also set to grow in size. At the same time, care services still appear to be only partially tailored to their specific and often complex needs. The aim of this thesis is to provide insight into patterns of care needs among older people with severe mental health conditions and their relationship with quality of life, in order to formulate starting points for a more appropriate and differentiated organisation of care and support. Central to this is the question of which care profiles can be distinguished within the group of older people with severe mental health conditions based on their care needs, and how these subgroups relate to perceived quality of life.

For this study, quantitative data were analysed from clients with severe mental health conditions who received outpatient care. Within the group aged 55 and over, a latent class analysis was used to investigate whether care profiles could be distinguished based on care needs in the domains of somatic health, daily activities, social contacts and sense of

meaning. Subsequently, the relationship between these profiles and the perceived quality of life was examined.

The study identified two distinct care profiles. The largest group showed relatively few unmet care needs across the domains examined. The smaller group was characterised by an accumulation of unmet care needs, particularly in the areas of somatic health, social contacts and daily activities. This group also demonstrated a significantly lower quality of life. The findings suggest that it is not a single, isolated domain that is central, but rather that the interconnection and accumulation of care needs are associated with a less favourable care profile and a lower quality of life.

The findings show that a care approach that takes the client's needs into account is better suited to the variations within this group. This provides greater scope for prioritising quality of life. For organisations, this offers opportunities to tailor care more systematically, purposefully and in a more differentiated manner to subgroups. Care profiles can help to identify differences in support needs at an earlier stage. This allows support to be prioritised more effectively and capacity and expertise to be deployed in a more targeted manner. This requires an approach in which identification, treatment and collaboration with network partners are not organised in isolation, but take place in conjunction with one another. In doing so, the findings underscore the importance of treating quality of life not as a secondary consideration, but as a central principle in the organisation of care and in the support provided to this target group.

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1 – INLEIDING	8
1.1 INLEIDING.....	8
1.2 PROBLEEMSTELLING.....	10
1.3 DOELSTELLING EN CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG	12
1.3.1 DOELSTELLING	12
1.3.2 CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG.....	13
1.4 RELEVANTIE	13
1.4.1 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	13
1.4.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	14
1.5 LEESWIJZER.....	15
HOOFDSTUK 2 – THEORETISCH KADER	16
2.1 ZORG VOOR OUDEREN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN	16
2.2 ZORGBEHOEFTE	18
2.3 KWALITEIT VAN LEVEN ALS UITKOMSTMAAT.....	20
2.4 CONCEPTUEEL MODEL.....	22
HOOFDSTUK 3 - METHODOLOGIE	24
3.1 METHODE VAN ONDERZOEK	24
3.2 DATAVERZAMELING.....	25
3.3 OPERATIONALISATIE	28
3.4 DATA-ANALYSE.....	29
3.5 METHODOLOGISCHE ISSUES	31
3.6 ETHIEK VAN HET ONDERZOEK	31
HOOFDSTUK 4 - RESULTATEN	32
4.1 VOORBEREIDING	32
4.2 UITKOMSTEN	32
4.2.1 VERSCHILLEN TUSSEN JONGER EN OUDER DAN 55 JAAR (SECUNDAIRE VRAAGSTELLING)	32
4.2.2 VERSCHILLEN IN KWALITEIT VAN LEVEN OP TOTAALSCORE	32
4.2.3 VERSCHILLEN PER DOMEIN OP KWALITEIT VAN LEVEN	33
4.2.4 LATENTE KLASSENANALYSE 55-PLUSGROEP	33
4.2.5 TWEE-KLASSENMODEL: EEN BROOS- EN ONTWRICHTPROFIEL	34
4.2.6 TWEE GROEPEN EN KWALITEIT VAN LEVEN	35
HOOFDSTUK 5 - CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	36
5.1 CONCLUSIE	36
5.2 DISCUSSIE.....	37
5.3 THEORETISCHE IMPLICATIES	40
5.4 PRAKTISCHE IMPLICATIES	40
5.5 BEPERKINGEN EN STERKE KANTEN.....	42
5.6 TOEKOMSTIG ONDERZOEK.....	43
REFERENTIES	44
BIJLAGE 1 - CANSAS	49
BIJLAGE 2 – MANSA	63
BIJLAGE 3 - VERANTWOORD GEBRUIK VAN GENAI TOOLS	65

Hoofdstuk 1 – Inleiding

1.1 Inleiding

Het aantal ouderen neemt wereldwijd in snel tempo toe. De World Health Organization (2025) schat in dat er in 2050 sprake is van een verdubbeling in het aantal ouderen. In Nederland is deze trend niet anders dan in de rest van de wereld. In 2025 is 20,8% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder, naar verwachting zal dit percentage groeien naar 25% van de bevolking in 2040 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2026). Binnen deze groep ouderen leeft 14% met een psychische aandoening (Hendriks et al., 2025), en met het ouder worden nemen lichamelijke gebreken en psychische gezondheidsproblemen toe, mede doordat ouderen vaker geconfronteerd worden met eenzaamheid en sociale isolatie (Ong et al., 2016).

Deze demografische verschuiving zet de arbeidsmarkt onder druk en vergroot de spanning op publieke voorzieningen, zoals de toegankelijkheid van zorg, in een reeds onder druk staand zorglandschap (OECD, 2019). In beleidsstukken zoals het Integraal Zorgakkoord (Ministerie van VWS, 2022) roept de overheid de zorgsector in Nederland op om breder te kijken dan het medische domein. Deze lijn wordt doorgetrokken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (Ministerie van VWS, 2025), waarin zorg niet alleen bijdraagt aan gezondheid, maar ook een bijdrage levert aan regie op eigen leven en welzijn.

Met een vergrijzende bevolking en een steeds grotere druk op de gezondheidszorg ziet de World Health Organization (2023) steeds meer noodzaak om aandacht voor de oudere medemens in de wereld te vragen. De World Health Organization vraagt aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen. Het ouder worden heeft in algemene zin al invloed op lichamelijke gezondheid, cognitieve achteruitgang en psychische kwetsbaarheid, die elkaar ook nog eens negatief beïnvloeden op de algehele gezondheid. Multimorbiditeit komt daardoor vaak voor bij ouderen (Van Alphen et al., 2022). Daarnaast veranderen met het ouder worden sociale rollen en netwerken, terwijl verlieservaringen, eenzaamheid en afnemende bronnen van betekenis en verbondenheid het ervaren gevoel van zingeving onder druk kunnen zetten (Bruggencate et al., 2018).

Ook speelt leeftijdsdiscriminatie een rol, met negatieve gevolgen voor het psychisch welbevinden (Chang et al., 2020). Het tijdig signaleren en behandelen van ouderen met een psychische aandoening vindt vaak onvoldoende plaats, omdat klachten worden ervaren als onderdeel van het ouder worden (World Health Organization, 2025).

De demografische veranderingen zullen grote gevolgen hebben voor de leeftijdsopbouw van cliënten die verwezen worden naar de specialistische GGZ (Hendriks et al., 2025). De specialistische GGZ krijgt, volgens Van Alphen et al. (2022), daardoor te maken met een ouder wordende cliëntenpopulatie met een divers en complex psychiatrisch beeld. Volgens Farkas en De Wet (2024) zijn meerdere zorgbehoeften, fragmentatie van zorg en een verhoogd risico op verminderde kwaliteit van leven belangrijke aandachtsgebieden, die de complexiteit van behandeling en begeleiding verder vergroten.

Binnen de groep ouderen met een psychiatrische aandoening bevindt zich een kwetsbare en onderbediende subgroep, namelijk ouderen met een ernstige psychische aandoening (Stanley et al., 2025). Uit eerdere studies blijkt dat mensen met ernstige psychische aandoeningen een aanzienlijk kortere levensverwachting hebben (De Hert et al., 2011; Hjorthøj et al., 2017) en een lagere gepercipieerde kwaliteit van leven dan de algemene bevolking (Swildens et al., 2024). Volgens Delespaul en de consensusgroep (2013), een Nederlandse expertgroep die op basis van consensuscriteria de afbakening van ernstige psychische aandoeningen heeft beschreven, bestaat deze groep uit ongeveer 281.000 mensen, wat neerkomt op circa 1,7% van de algemene bevolking. Binnen deze doelgroep is sprake van ernstige en langdurige psychiatrische problematiek, die gepaard gaat met beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren en waarbij gecoördineerde zorg in zorgnetwerken geïndiceerd is (GGZ Standaarden, 2025a). De problematiek is daarmee niet alleen psychiatrisch van aard, maar werkt ook door in het dagelijks functioneren. Doordat deze groep gemiddeld als gevolg van een slechtere gezondheid 15 tot 20 jaar eerder overlijdt, is er binnen deze populatie sprake van een versnelde veroudering (De Hert et al., 2011). Deze oudere groep mensen met ernstige psychische aandoeningen lijkt vooralsnog een blinde vlek te vormen binnen het beleid van zorgorganisaties, terwijl somatische en psychiatrische klachten en sociale

kwetsbaarheden zich juist bij hen kunnen opstapelen. Zonder aandacht voor deze problemen lijkt achteruitgang van kwaliteit van leven, verminderde toegankelijkheid van zorg en een slechtere gezondheid onvermijdelijk voor deze kwetsbare subgroep binnen een vergrijzende GGZ.

1.2 Probleemstelling

Oudere mensen met ernstige psychische aandoening vormen samen een kwetsbare groep, omdat zij vaker te maken krijgen met een opeenstapeling van psychiatrische, somatische en sociale problemen. Deze kwetsbaarheid komt bij deze groep tot uiting in een slechtere lichamelijke gezondheid, een verhoogde kans op multimorbiditeit en een grotere afhankelijkheid van zorg en grotere behoefte aan ondersteuning in het dagelijks leven (De Hert et al., 2011; Hjorthøj et al., 2017). Tegelijkertijd is nog beperkt bekend hoe verschillende zorgbehoeften zich binnen deze doelgroep in samenhang voordoen en hoe deze zich verhouden tot de ervaren kwaliteit van leven.

De term ouderen kent uiteenlopende definities. Veelal wordt uitgegaan van mensen van 65 jaar en ouder, en vanaf 80 jaar spreekt men ook wel van hoogbejaarden (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025c). Binnen de ouderenpsychiatrie geldt kalenderleeftijd echter niet als een eenduidig criterium voor de afbakening van ouderdom. Van Alphen et al. (2022) stellen dat de grenzen voor ‘oud’ doorgaans tussen 55 en 75 jaar liggen en dat vooral biopsychosociale kwetsbaarheid meer recht doet aan deze afbakening. Ook wordt in de GGZ Standaarden benadrukt dat kalenderleeftijd doorgaans niet leidend is, maar dat vooral de mate van kwetsbaarheid op lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal vlak van belang is (GGZ Standaarden, 2025b). Op basis hiervan wordt in dit onderzoek een leeftijdsgrens van 55 jaar gehanteerd.

De studie van Futeran en Draper (2012) naar oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen liet zien dat deze oudere groep een uitgesproken profiel van onvervulde zorgbehoeften heeft. Waar deze behoeften op het medisch en psychiatrisch domein grotendeels met zorg worden ingevuld, blijft de zorg op het sociaal domein vaak achter. Meerdere studies bevestigen dat deze doelgroep te maken heeft met sociale isolatie

(Farkas & De Wet, 2024), beperkte dagbesteding (Holst et al., 2024) en beperkte toegang tot passende en gekwalificeerde zorg (Reynolds et al., 2022).

De complexiteit van deze oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt vergroot doordat somatische zorg in de behandeling vaak onvoldoende structureel wordt gesignaleerd en geïntegreerd, waardoor lichamelijke aandoeningen later worden herkend en behandeld (Swildens et al., 2016). De complexiteit neemt bij mensen met psychische problemen verder toe door een verhoogd metabool risico als gevolg van genetische aanleg (Van Welie et al., 2013) en medicijngebruik (Malan-Mueller et al., 2016). Daarnaast wordt de complexiteit versterkt wanneer personen naast ouderdomsklachten ook last ervaren van symptomen behorend bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, met name bij stemmingsgerelateerde klachten (affectief) en afgevlakte emoties (negatief) die volgens Murphy et al. (2024) invloed hebben op de kwaliteit van leven.

Verschillende studies laten zien dat de ervaren kwaliteit van leven bij deze groep mensen met ernstige psychische aandoeningen lager is dan bij de algemene bevolking (Dong et al., 2019; Swildens et al., 2025). Tegelijkertijd blijkt dat binnen deze groep sprake is van een sterke individuele variatie, waarbij sociale verbondenheid en zingeving in het dagelijks leven een belangrijke rol lijken te spelen (Farkas & De Wet, 2024; Holst et al., 2024). Onvervulde zorgbehoeften lijken daarbij samen te hangen met een lagere ervaren kwaliteit van leven, terwijl aandacht gericht op deze gebieden voor een verbetering kan zorgen (Stefanatou et al., 2023; Wiersma, 2006). Hiermee lijken er verschillende zorgbehoefte domeinen te zijn die de kwaliteit van leven sterk beïnvloeden, zoals somatische gezondheid (De Hert et al., 2011), sociale verbondenheid (Futran & Draper, 2012), dagbesteding (Holst et al., 2024) en zingeving (Farkas & De Wet, 2024).

Hoewel inmiddels veel zorgbehoeften bekend zijn die bepalend zijn voor kwaliteit van leven, is deze kennis sterk gefragmenteerd en zijn studies die onderzoeken hoe verschillende zorgbehoeften in samenhang voorkomen en gezamenlijk bijdragen aan kwaliteit van leven schaars (Farkas & De Wet, 2024; Holst et al., 2024; Reynolds et al., 2022). Bestaand onderzoek naar kwaliteit van leven is meestal beperkt tot één afzonderlijke zorgbehoefte, terwijl inzicht in samenhangende combinaties van

ondersteunende en ondermijnende zorgbehoeften ontbreekt (Murphy et al., 2024). Dit benadrukt de noodzaak van een benadering die niet uitgaat van afzonderlijke zorgbehoeften, maar van samenhangende zorgbehoefteprofielen, waarin combinaties van onvervulde zorgbehoeften gezamenlijk worden onderzocht in relatie tot kwaliteit van leven.

Juist bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen is sprake van een opeenstapeling van onvervulde zorgbehoeften op meerdere domeinen (Futeran & Draper, 2012; Holst et al., 2024), die elkaar in samenhang beïnvloeden (Farkas & De Wet, 2024). Inzicht in zorgprofielen, waarbij combinaties van zorgbehoeften samenhangen met meer of minder ervaren kwaliteit van leven, is van belang om de zorg en ondersteuning gericht af te stemmen op deze groep oudere mensen.

1.3 Doelstelling en centrale onderzoeksvraag

1.3.1 Doelstelling

Het primaire doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe verschillende onvervulde zorgbehoeften zich clusteren binnen de groep ouderen met ernstige psychische aandoeningen. Focus ligt daarbij op vier zorgbehoefte-domeinen die volgens de literatuur van belang zijn voor kwaliteit van leven: somatische gezondheid, sociale contacten, dagbesteding en zingeving en hoe deze zich verhouden tot gepercipieerde kwaliteit van leven. Met dit onderzoek wordt verwacht meer inzicht te krijgen in zorgprofielen van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de leeftijd van 55 jaar en ouder en hoe dit zich verhoudt tot ervaren kwaliteit van leven.

Met het vergelijken van de twee groepen, 55-plussers en jonger dan 55 jaar, wordt verwacht dat er verschillen zichtbaar worden. Deze inzichten kunnen helpen bij het verbeteren van de zorg voor deze oudere medemens met ernstige psychische aandoeningen. Behandelaren en management kunnen deze inzichten gebruiken om de zorg passend te maken en blinde vlekken in het huidige zorgaanbod zichtbaar te maken.

1.3.2 Centrale onderzoeksvraag

“Welke zorgprofielen zijn er te onderscheiden binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen op basis van hun zorgbehoeften, en hoe verhouden deze subgroepen zich tot de gepercipieerde kwaliteit van leven?”

Met de volgende deelvragen:

1. Welke zorgprofielen zijn er te onderscheiden binnen de groep ouderen met ernstige psychische aandoeningen, gebaseerd op hun zorgsituatie op de domeinen somatische gezondheid, dagbesteding, sociale contacten en zingeving en wat zijn het aantal en de inhoud van de zorgbehoeften binnen elk zorgprofiel?
2. Hoe onderscheiden de verschillende zorgprofielen zich op kwaliteit van leven?

Een secundaire vraag is in hoeverre ouderen van 55 jaar en ouder met ernstige psychische aandoeningen verschillen van cliënten jonger dan 55 in ervaren kwaliteit van leven.

1.4 Relevantie

1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

Ondanks dat er de afgelopen jaren meer aandacht is gekomen voor zowel het meer geïntegreerd vervullen van diverse zorgbehoeften als de kwaliteit van leven bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, is zover bekend nog geen eerder onderzoek gedaan naar zorgbehoefteprofielen en hun relatie met kwaliteit van leven bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen. De huidige literatuur richt zich voornamelijk op specifieke zorgdomeinen of aspecten van kwaliteit van leven, maar integraal onderzoek dat deze domeinen gezamenlijk analyseert ontbreekt (Holst et al., 2024; Murphy et al., 2024; Reynolds et al., 2022). Dit onderzoek vult deze lacune door middel van een Latent Class Analysis (LCA), waarmee binnen een heterogene populatie onderliggende subgroepen zichtbaar kunnen worden gemaakt op basis van gedeelde respons patronen (McCutcheon, 2002; Vermunt & Magidson, 2002). Daarmee levert dit onderzoek een conceptuele en methodologische bijdrage aan de wetenschap. Dit gebeurt door te onderzoeken welke subgroepen binnen de te onderzoeken doelgroep op basis van zorgbehoefteprofielen te onderscheiden zijn en inzicht te bieden in hoe deze zich

onderscheiden op kwaliteit van leven. Daarnaast vult dit onderzoek een lacune door verschillen tussen leeftijdsgroepen van de betreffende doelgroep te onderzoeken (Holst et al., 2024), wat nieuwe aanknopingspunten biedt voor theorieontwikkeling en toekomstig onderzoek binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen.

1.4.2 Maatschappelijke relevantie

Mentale gezondheid is lang een ondergeschoven kindje gebleven ten opzichte van de reguliere gezondheidszorg. Daarbij lukt het niet om de ziektelast die ontstaat door mentale problemen op bevolkingsniveau terug te dringen (Popma, 2025).

Zorgorganisaties hebben moeite om de zorgvraag die ontstaat door de toenemende vergrijzing (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025b) het hoofd te bieden. Zowel in een toenemende populatie ouderen als in het aantal te vervullen vacatures (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025a). Doorgaan met huidige denkpatronen zal niet bijdragen aan het oplossen van de problematiek (Popma, 2025).

Dit onderzoek beoogt om op basis van inzichten in zorgbehoefteprofielen en de samenhang met kwaliteit van leven van cliënten een belangrijke bijdrage te leveren. Op basis van de resultaten is de wens om met aanpassingen in de relevante zorgdomeinen een positieve impact te maken op de ervaren kwaliteit van leven. Het uiteindelijke doel is dat de inzichten bruikbaar zullen zijn voor organisaties om meer passende zorg te bieden voor de doelgroep met ernstige psychische aandoeningen. Organisaties krijgen met dit onderzoek inzichten welke kunnen helpen om besluiten beter te onderbouwen over toekomstige richtingen en zorgoplossingen voor deze doelgroep. Zorgprofessionals kunnen met de resultaten van dit onderzoek beter passende en gerichtere interventies inzetten en zo de kwaliteit van leven te verhogen.

Door middel van een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk wordt duidelijk waarom dit onderzoek relevant is. Een oudere vrouw, in deze geanonimiseerde casus, heeft vermoedelijk ernstige psychische problematiek, die vanuit een woonvoorziening dagelijks langdurig, ook bij slecht weer, buiten verblijft. Medewerkers van de woonvoorziening signaleren daarbij ernstige kwetsbaarheid door zelfverwaarlozing in persoonlijke verzorging, lichamelijke ontregeling en gedrag dat door de woonvoorziening

moeilijk hanteerbaar en moeilijk te begrenzen is. Ondanks dat haar situatie zorgwekkend is en bij de professionals een vorm van machteloosheid wordt opgeroepen, sluit het beschikbare zorgpakket niet direct aan op de opeenstapeling van haar problemen. Deze situatie maakt duidelijk hoe psychische, somatische en sociale kwetsbaarheid in elkaar overlopen en hoe gebrek aan passende zorg ten koste kan gaan van kwaliteit van leven. Dit voorbeeld laat zien hoe belangrijk het is om inzicht te hebben in de opeenstapeling van zorgbehoeften, zodat deze ook aansluit bij mensen met complexe zorgbehoeften.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is de inleiding uiteengezet, daarin is de achtergrond, probleemstelling en onderzoeksvraag gedeeld. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven, waarin wordt ingegaan op zorg voor ouderen, zorgprofielen en kwaliteit van leven. Om vervolgens in hoofdstuk 3 de methodologie uiteen te zetten. De onderzoeksopzet, dataverzameling, operationalisatie en analysemethode worden daar uitgelegd. In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten gepresenteerd door middel van diverse analyses en in hoofdstuk 5 worden de belangrijkste conclusies uitgelegd en worden deze gekoppeld aan bestaande literatuur. Om ter afsluiting de theoretische en praktische implicaties en suggesties voor toekomstig onderzoek te delen.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

2.1 Zorg voor ouderen met ernstige psychische aandoeningen

Wanneer specifiek wordt gekeken naar de literatuur over zorg voor ouderen met ernstige psychische aandoeningen, is het van belang eerst stil te staan bij de ontwikkeling van de definities die aan deze doelgroep ten grondslag liggen. Het National Institute of Mental Health (1987) introduceerde de term Severe and Persistent Mental Illness (SPMI). Deze definitie omvatte drie kerncriteria; de aard van de diagnose, de duur van de aandoening en de beperkingen in het dagelijks functioneren. In de jaren negentig werd de bredere term Severe Mental Illness (Diener et al., 1999) toegepast, waarmee de aandacht verplaatste van het langdurige karakter naar functionele beperkingen en zorgbehoefte (Ruggeri et al., 2000). Volgens de Nederlandse definitie van Delespaul en de consensusgroep (2013) behoren mensen tot de doelgroep mensen met ernstige psychische aandoeningen wanneer sprake is van een psychiatrische stoornis, welke gepaard gaat met ernstige structurele beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Deze doelgroep vormt, volgens de GGZ Standaarden (2025a), qua kenmerken en zorgbehoeften een zeer diverse populatie. Binnen deze heterogene populatie neemt het aandeel ouderen toe als gevolg van de vergrijzing van de samenleving. Daarbij is leeftijd niet alleen van demografisch belang, maar ook van inhoudelijk belang, omdat de zorgbehoeften, kwetsbaarheden en presentatie van problematiek kunnen veranderen naarmate mensen ouder worden en in een andere levensfase terechtkomen (Bartels et al., 2020). In een recente review van Stanley et al. (2025) bleken er slechts veertien studies te zijn gedaan naar ouderen met ernstige psychische aandoeningen in de context van intensieve outreach-zorg. Deze inzichten sluiten aan bij de studie van Holst et al. (2024) die aantonen dat levenssituatie en zorgbehoeften van ouderen met ernstige psychische aandoeningen onvoldoende onderzocht zijn, ondanks de verhoogde kwetsbaarheid en de complexe en vaak onvervulde zorgbehoeften.

De hierboven beschreven ontwikkelingen in definities, doelgroepkenmerken en zorgbehoeften vonden plaats tegen de achtergrond van deinstitutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg binnen Nederland en de opbouw van transmurale zorg. Daarbij bleek dat het zorgaanbod onvoldoende aansloot op de behoeften van de groeiende

groep mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dit had onder andere een toename van dakloosheid en een verschuiving van zorg naar justitiecontacten binnen deze doelgroep tot gevolg (Van Veldhuizen, 2007). Er ontstond de behoefte aan een beter passend zorgmodel voor mensen met langdurige ernstige psychische problemen. In deze context leek het in de VS ontwikkelde evidence-based Assertive Community Treatment (ACT) uitkomst te bieden (Stein & Santos, 1998). Dit zorgmodel is gericht op intensieve, multidisciplinaire en outreachende zorg voor mensen met ernstige “onstabiele” psychische problematiek (Van Veldhuizen, 2007). Om ook de mensen met ernstige psychische aandoeningen te bereiken die niet continu intensieve zorg nodig hebben ontstond in Nederland het Flexible Assertive Community Treatment (FACT) -model (Westen, 2025). FACT combineert individuele casemanagement voor stabiele cliënten met de mogelijkheid tot opschaling naar intensieve ACT-zorg wanneer nodig (Van Veldhuizen, 2007; Westen, 2025).

In Nederland wordt FACT sinds 2010 beschouwd als het standaard ambulante zorgmodel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, waarbij de zorg veelal wordt geleverd door generalistische FACT-teams binnen een afgebakend zorggebied (Westen, 2025). Hoewel in sommige teams aanvullende expertise wordt ingezet zoals geriatrische expertise, maakt dit niet standaard deel uit van het FACT-zorgmodel (Van Vugt et al., 2018).

De studie van Van Alphen et al. (2022), over ouderenpsychiatrie laat zien dat zorg voor ouderen met psychische aandoeningen een relatief jong vakgebied is. Meerdere studies onderbouwen de stelling dat ouderen zowel worden gekenmerkt door interindividuele variabiliteit (Bartels et al., 2020), als door specifieke klinische presentaties (Dong et al., 2019) en een hoge mate van multimorbiditeit (Hjorthøj et al., 2017). Bestaande modellen, zoals het ACT/FACT, zijn oorspronkelijk ontworpen voor relatief jongere volwassenen en sluiten minder goed aan bij leeftijdsafhankelijke zorg (Stanley et al., 2025). Ondanks de complexiteit van zorg voor oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen lijken de huidige modellen niet optimaal passend te zijn.

2.2 Zorgbehoeften

De geestelijke gezondheidszorg is deels georganiseerd rondom categorieën van problematiek, maar bij mensen met ernstige psychische aandoeningen blijkt die indeling onvoldoende om recht te doen aan de grote verschillen in functioneren en ondersteuningsbehoeften. Wiersma (2006) toonde in zijn studie aan dat mensen met ernstige psychische aandoeningen geen homogene groep vormen, maar verschillen in definities, functioneren en zorgbehoeften. Dit impliceert dat zorg niet alleen op basis van diagnose kan worden georganiseerd. Aansluitend op deze studie laten Tremblay et al. (2014) zien dat het inventariseren van zorgbehoeften helpt bij het plannen, monitoren en afstemmen van geestelijke gezondheidszorg. Een recente scoping review van Holst et al. (2024) laat bovendien zien dat het leven van oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen vaak wordt gekenmerkt door problemen op psychiatrisch, somatisch en sociaal niveau. In de vorige eeuw toonden Slade et al. (1999) al aan dat systematische inventarisatie van zorgbehoeften belangrijk is voor het afstemmen van passende zorg bij individuen met ernstige psychische aandoeningen. Er moet niet alleen gekeken worden naar symptomen en diagnose, maar ook naar de zorgbehoeften die bio-psychosociaal van aard zijn (Makivić et al., 2024) en zich uitstrekken over meerdere levensdomeinen (Tremblay et al., 2014), waarbij het belangrijk is om de zorgbehoeften breed in kaart te brengen om vervolgens ook persoonlijk herstel en kwaliteit van leven te bevorderen. Een profielbenadering is daarbij een mogelijke manier om samenhang in zulke behoeften zichtbaar te maken, zoals Chantry et al. (2025) toepasten in een latente klassenanalyse onder mensen met een middenstoornis.

De variatie in zorgbehoeften binnen deze doelgroep maakt dat een benadering op basis van één gemiddeld profiel tekort doet aan de onderliggende verschillen. Hiermee zouden subgroepen met specifieke kenmerken verborgen kunnen blijven. Om deze groep beter te kunnen analyseren, biedt een profielbenadering een middel om de samenhang tussen multidimensionale behoeften te begrijpen. Daarmee sluit een profielbenadering goed aan bij onderzoek waarin niet één afzonderlijke behoefte, maar een patroon van samenhangende behoeften centraal staat.

Eén behoefte kan worden opgevat als een discrepantie tussen een feitelijke situatie en een normatief vastgestelde wenselijke standaard, waarbij deze discrepantie door experts, andere betrokkenen of via vergelijking met anderen wordt geïdentificeerd (Bradshaw, 1972), en een zorgprofiel verwijst naar een samenhangend patroon van meerdere behoeften binnen een individu of subgroep (Chantry et al., 2025).

De Camberwell Assessment of Need (CAN) is ontwikkeld als instrument om zorgbehoeften in kaart te brengen bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (Phelan et al., 1995). De later ontwikkelde verkorte variant hiervan is de Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (Slade et al., 1999). Dit is een veelgebruikt instrument om zorgbehoeften systematisch te meten bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (Kamperman et al., 2014; Mohebbi et al., 2024). De CANSAS brengt 22 levensdomeinen in kaart, zoals sociale contacten, fysieke gezondheid en dagbesteding. In de Nederlandse toepassingen wordt daarnaast gebruikgemaakt van een addendum met aanvullende domeinen (Drukker et al., 2010). In dit onderzoek is uit het addendum het domein zingeving opgenomen. In de CANSAS is onderscheid te maken tussen vervulde behoeften, waarbij de cliënt tegemoet wordt gekomen in de zorgbehoeften, en onvervulde behoeften, waarbij nog geen of onvoldoende passende ondersteuning aanwezig is (Phelan et al., 1995; Slade et al., 1999). Vooral de opeenstapeling van onvervulde zorgbehoeften lijkt een samenhang te hebben met een lagere gepercipieerde kwaliteit van leven (Stefanatou et al., 2023). Tegelijkertijd laat de literatuur zien dat zorgbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen vaak per afzonderlijk domein worden onderzocht, terwijl minder bekend is hoe behoeften in samenhang voorkomen. Om die reden is in dit onderzoek gekozen voor een afbakening naar vier domeinen binnen het conceptueel model, namelijk somatische gezondheid, dagbesteding, sociale contacten en zingeving. Deze keuze is gebaseerd op terugkerende thema's in de literatuur over oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen en op levensdomeinen die in het bijzonder relevant lijken voor het dagelijks functioneren en de gepercipieerde kwaliteit van leven. Daarmee vormen deze vier domeinen de inhoudelijke basis voor de zorgprofielen, zie figuur 1, het conceptueel model.

2.3 Kwaliteit van leven als uitkomstmaat

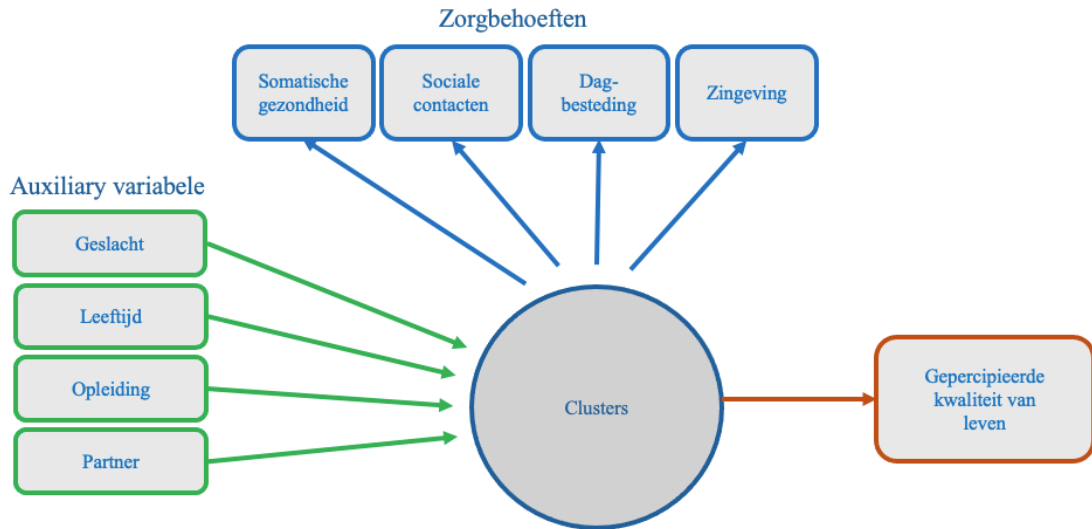
Fundamentele veranderingen, zoals de verschuiving van institutionele zorg naar zorg in de gemeenschap door deinstitutionalisering, hebben eraan bijgedragen dat er meer aandacht is gekomen voor herstel en kwaliteit van leven (Shen & Snowden, 2014; Thornicroft et al., 2016). De perspectieven van de cliënt en het leveren van cliëntgerichte zorg werden met de jaren belangrijker (Tambuyzer & Van Audenhove, 2015; Tlach et al., 2015). Waar eerder de focus in de zorg lag op het genezen van de ziekten, is deze inmiddels verschoven en is het verbeteren van het algemene welzijn net zo relevant geworden (Fakhoury & Priebe, 2002; Slade, 2010). Kwaliteit van leven wordt gezien als een belangrijke maat om een behandelresultaat mee te meten (Oliver et al., 1997; van Nieuwenhuizen et al., 2024).

Dat kwaliteit van leven een veelomvattend en complex begrip is, blijkt uit de studie van Cummins (2005). Hierin wordt beschreven hoe verschillende wetenschappelijke onderzoeksvelden, zoals sociale, medische en economische disciplines, eigen perspectieven hebben ontwikkeld op de conceptualisering en meting van kwaliteit van leven. Door deze diversiteit aan perspectieven ontbreekt een volledige overeenstemming over één eenduidige definitie. Volgens Van Hecke et al. (2018) is er wel sprake van een groeiende interdisciplinaire consensus over het begrip kwaliteit van leven en is algemeen aanvaard dat het begrip multidimensionaal van aard is, subjectieve en objectieve dimensies bevat en door verschillende factoren kan worden beïnvloed en verbeterd. De subjectieve dimensies hebben onder andere betrekking op ervaren tevredenheid en het subjectieve welzijn van een individu. De objectieve dimensies betreffen de feitelijke omstandigheden, sociale en fysieke condities (Felce & Perry, 1995). Deze conceptualisering sluit aan bij de veelgebruikte definitie van de WHOQOL Group (1995) die kwaliteit van leven definieert als: “de perceptie van individuen van hun positie in het leven, binnen de culturele context en waardesystemen waarin zij leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, normen en betreft een breed begrip dat op complexe wijze de lichamelijke gezondheid, de psychologische toestand, de mate van onafhankelijkheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen en de relatie tot kenmerkende aspecten van de omgeving omvat.”

Deze definitie wordt in dit onderzoek gehanteerd als uitgangspunt voor de conceptualisering van kwaliteit van leven. Zij sluit goed aan bij het theoretisch kader van dit onderzoek, doordat zij onderkent dat kwaliteit van leven een resultaat is van de interactie tussen verschillende levensdomeinen en de subjectieve evaluatie. Binnen dit onderzoek staat daarom de door de cliënt ervaren subjectieve beleving van kwaliteit van leven centraal als uitkomstmaat.

Voor de operationalisatie van het begrip kwaliteit van leven bestaan er meerdere valide en betrouwbare meetinstrumenten (van Nieuwenhuizen et al., 2024). In dit onderzoek wordt kwaliteit van leven geoperationaliseerd met de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe et al., 1999). De MANSA meet kwaliteit van leven via subjectieve tevredenheid met het leven als geheel en op belangrijke levensdomeinen. De MANSA is specifiek voor de doelgroep mensen met ernstige psychische aandoeningen ontwikkeld en internationaal veelvuldig toegepast, wat de keuze voor dit onderzoek passend maakt. Van Nieuwenhuizen et al. (2017) hebben in de Nederlandse versie normscores weergegeven voor de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen en voor de algemene bevolking. Daarmee biedt de MANSA een bruikbare maat om verschillen in gepercipieerde kwaliteit van leven zichtbaar te maken. Binnen het conceptueel model fungeert kwaliteit van leven daarmee als uitkomstmaat, waarmee zichtbaar wordt hoe de onderscheiden zorgprofielen zich verhouden tot de door cliënten gepercipieerde kwaliteit van leven, zie figuur 1.

2.4 Conceptueel model



Figuur 1 Conceptueel model

Het conceptueel model laat zien dat in dit onderzoek wordt verondersteld dat zorgprofielen kunnen worden gemaakt op basis van patronen binnen de zorgbehoeften. Deze veronderstelling is gedaan op basis van wetenschappelijk onderzoek. De zorgbehoeften somatische gezondheid, sociale contacten, dagbesteding en zingeving, staan centraal binnen dit onderzoek en worden gemeten door middel van de CANSAS. De onderliggende veronderstelling is dat niet afzonderlijke zorgbehoeften, maar juist de combinatie en/of opeenstapeling van de zorgbehoeften leiden tot herkenbare clusters (zorgprofielen). De vier zorgbehoeften functioneren in het model als indicatorvariabelen voor de latente klassenanalyse. Deze variabelen worden gebruikt om zorgprofielen van respondenten te onderscheiden op basis van overeenkomsten en verschillen in zorgbehoeften op deze vier domeinen. De gekozen zorgbehoeften hebben daarmee een directe functie in het model en vormen samen de basis waarop de zorgprofielen worden onderscheiden. Bijkomende (auxiliary) variabelen, zoals geslacht, leeftijd, partner en opleiding worden niet gebruikt bij de vorming van de clusters, maar in een vervolgstap meegenomen om na te gaan of de onderscheiden zorgprofielen verschillen op sociodemografische kenmerken. Deze auxiliary variabelen helpen om de gevonden profielen verder te beschrijven en te vergelijken, maar bepalen niet tot welk zorgprofiel

iemand behoort. Vervolgens wordt er op basis van de ontstane clusters onderzocht hoe deze zorgprofielen zich verhouden tot de gepercipieerde kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven fungeert in het model als uitkomstvariabele. Het model laat daarmee een analytische volgorde zien waarbij eerst zorgprofielen worden vastgesteld op basis van zorgbehoeften, daarna auxiliary variabelen worden gebruikt om deze profielen nader te duiden en ten slotte verschillen in kwaliteit van leven worden onderzocht.

Hoofdstuk 3 - Methodologie

3.1 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methodologische opzet van het onderzoek uiteengezet. Daarbij wordt ingegaan op de onderzoeksbenadering, de herkomst van de data, de operationalisatie van de centrale variabelen, de analysemethoden die zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden en de ethische afwegingen.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen wordt gebruikgemaakt van een kwantitatieve onderzoeksbenadering (Saunders et al., 2019), waarbij bestaande theoretische inzichten over zorgbehoeften en kwaliteit van leven als uitgangspunten worden genomen voor de analyse. Het onderzoek bouwt voort op de multidimensionale conceptualisering van kwaliteit van leven en inzichten uit de literatuur over de samenhang tussen zorgbehoeften en ervaren welzijn. Gezien de heterogeniteit binnen de te onderzoeken populatie is gekozen voor een benadering gericht op het identificeren van subgroepen van respondenten met vergelijkbare patronen in zorgbehoeften. Latent Class Analysis is hiervoor geschikt, omdat deze methode een heterogene populatie kan onderverdelen in homogene latente klassen op basis van responspatronen binnen geselecteerde zorgbehoefte domeinen (McCutcheon, 2002; Vermunt & Magidson, 2002). De analyse van de data wordt uitgevoerd met behulp van SPSS-29 met een LCA plug-in.

Met een selectie van de CANSAS-items wordt een latente klassenanalyse uitgevoerd om zorgprofielen te identificeren. Deze items meten zorgbehoeften op verschillende levensdomeinen. De gekozen CANSAS-domeinen zijn als de basis van het conceptueel model opgenomen, zoals besproken in hoofdstuk 1, namelijk behoeften op het gebied van somatische gezondheid, zingeving, dagbesteding en sociale contacten. Na uitvoering van de LCA worden de klassen die ontstaan nader beschreven. Daarbij wordt geanalyseerd in hoeverre de klassen zich onderscheiden op de door de cliënten zelf beoordeelde kwaliteit van leven en op de auxiliary variabelen uit het conceptueel model, namelijk geslacht, leeftijd en partner.

Het onderzoek is cross-sectioneel van aard, waarbij gebruik gemaakt wordt van secundaire data die op één moment in de tijd zijn verzameld. Kwaliteit van leven wordt

gemeten als subjectieve uitkomstmaat. Hoewel een cross-sectionele survey geen uitspraken kan doen over causale verbanden, kan deze opzet via statistische modellering wel waardevolle aanwijzingen geven over mogelijke relaties tussen variabelen (Saunders et al., 2019).

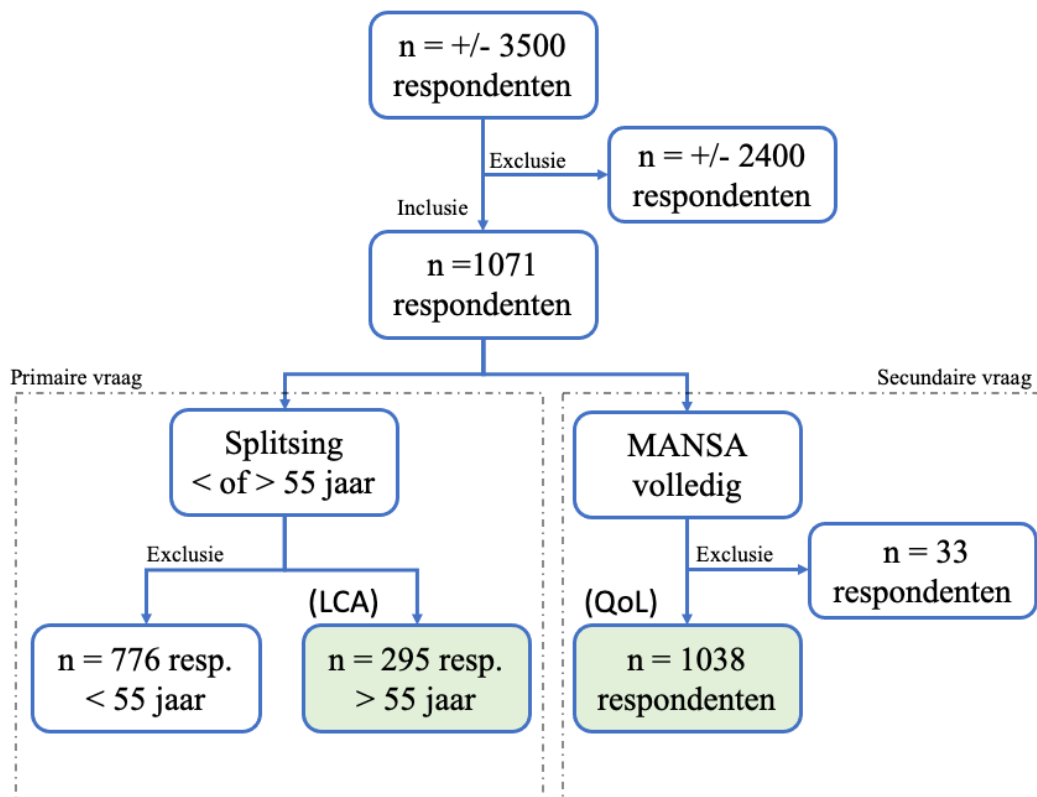
3.2 Dataverzameling

Aansluitend op de in paragraaf 3.1 beschreven onderzoeksopzet wordt in deze paragraaf toegelicht op welke wijze de data zijn verzameld en hoe de analysegroepen tot stand zijn gekomen. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van data uit de Utrechtse Zorgmonitor, die door getrainde professionals zijn verzameld met behulp van Routine Outcome Monitoring (Swildens et al., 2011). Routine Outcome Monitoring is een systematische methode waarbij behandeluitkomsten op vaste momenten in de klinische praktijk worden gemeten (De Beurs et al., 2011). Deze methodiek maakt gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten om zorgbehoeften en andere relevante uitkomsten van cliënten systematisch te monitoren. Ondanks dat deze data niet specifiek voor dit onderzoek is verzameld sluit de onderzoeksmethode inhoudelijk goed aan bij de variabelen uit het conceptueel model, namelijk zorgbehoeften en kwaliteit van leven.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een specialistische GGZ-organisatie in het midden van Nederland. De totale populatie bestond uit circa 3500 respondenten in de leeftijd tussen de 18 en 99 jaar die tussen 2017 en 2025 ambulante zorg hebben ontvangen van tien FACT-teams. Een voorwaarde voor selectie was dat zij ten minste één meting met het zorgmonitorpakket hadden voltooid. De laatste meting werd geselecteerd. Per respondent is vervolgens de meest recente meting geselecteerd. Aanvullende inclusiecriteria waren dat cliënten informed consent hadden gegeven voor gebruik van hun gegevens en dat de voor dit onderzoek relevante variabelen volledig waren ingevuld.

Voor de beantwoording van de primaire onderzoeksvraag, gericht op het identificeren van zorgprofielen en het vergelijken daarvan op kwaliteit van leven binnen de groep oudere cliënten met een ernstige psychische aandoening, is op basis van deze criteria een analysegroep van 1071 respondenten samengesteld (zie figuur 2). Binnen deze groep is vervolgens een subgroep van 295 respondenten van 55 jaar en ouder geselecteerd, omdat

de latente klassenanalyse voor de primaire onderzoeksvraag uitsluitend binnen deze oudere doelgroep is uitgevoerd. De totale analysegroep van 1071 respondenten wordt gebruikt voor de secundaire onderzoeksvraag, waarin verschillen tussen cliënten jonger dan 55 jaar en cliënten van 55 jaar en ouder worden onderzocht. Binnen deze groep behoort 27,5% van de respondenten (n=295) tot de leeftijdscategorie van 55 jaar en ouder. Met deze subgroep wordt de latente klassenanalyse voor de primaire onderzoeksvraag uitgevoerd.



Figuur 2 flowchart selectieprocedure

Voor de uitkomstvariabele kwaliteit van leven ontbraken in 3,1% van de gevallen gegevens (n=33), die relevant zijn voor de analyse van de secundaire vraag naar verschil in kwaliteit van leven tussen jong en oud (figuur 2). Na toepassing van listwise deletion bleven n=1038 respondenten over voor de analyse op kwaliteit van leven (tabel 1).

Tabel 1: "dataset analyse verschil kwaliteit van leven"

Leeftijd	Mean	N	Std. Deviation
< 55 jaar	57,6271	754	11,96676
≥ 55 jaar	59,7185	284	11,22216
totaal	58,1993	1038	11,79929

Zorgbehoeften zijn gemeten met de CANSAS (Slade et al., 1999). Dit instrument omvat 22 levensdomeinen te weten, huisvesting, voeding, het huishouden, zelfverzorging, dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychotische symptomen, informatie over de toestand van de behandeling en diagnose, psychisch onwelbevinden, veiligheid van zichzelf, veiligheid van anderen, alcoholgebruik, drugsgebruik, gezelschap (sociale contacten), intieme relaties, seksuele expressie, zorg voor kinderen, basiseducatie, telefoon, vervoer, financiën en uitkeringen. In de Nederlandse toepassing van het instrument worden daarnaast aanvullende domeinen gebruikt (Drukker et al., 2010). In de vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt, zijn drie aanvullende domeinen standaard opgenomen, namelijk, betaald werk, bijwerkingen van medicatie en zingeving. Voor het onderzoek naar de zorgprofielen wordt een deel van de CANSAS gebruikt. Dit betreft de zorgbehoeften somatische gezondheid (item 6 van de CANSAS), sociale contacten (item 14 van de CANSAS), dagbesteding (item 5 van de CANSAS) en zingeving (item 25 van het CANSAS-addendum). Mogelijke scores per CANSAS-item zijn 0 = geen zorgbehoefte, 1 = vervulde zorgbehoefte en 2 = onvervulde zorgbehoefte. Daarnaast komen de codes 8 = onbekend en 9 = niet beoordeelbaar voor. Voor de latente klassenanalyse zijn de items dichotoom gehercodeerd, waarbij score 2 is gecodeerd als onvervulde zorgbehoefte en de scores 0, 1, 8 en 9 voor analysedoeleinden zijn samengenomen in de categorie vervulde zorgbehoefte. De geoperationaliseerde zorgbehoeften fungeren daarbij als indicatorvariabelen in de latente klassenanalyse.

De scores 8 (onbekend) en 9 (niet beoordeelbaar) zijn door middel van hercodering in SPSS opgenomen in de categorie vervulde zorgbehoefte. De keuze voor de hercodering is gemaakt om het verlies van respondenten te beperken en de stabiliteit van de latente klassenanalyse te behouden. Het aantal keer dat de scores voorkwamen, is in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2: "aantal 8 en 9 scores"

CANSAS Items	Scores	
	8	9
Dagbesteding	1	0
Zingeving	7	1
Somatiek	0	0
Sociale contacten	1	3

Deze keuze kan overigens leiden tot een onderschatting van onvervulde zorgbehoeften, doordat ontbrekende of geweigerde antwoorden mogelijk samenhangen met onderliggende problematiek.

Kwaliteit van leven is gemeten met de MANSA (Priebe et al., 1999). Dit instrument geeft inzicht in de subjectieve tevredenheid met het leven op specifieke domeinen en als geheel. De MANSA bevat twaalf items. De gemeten items gaan over de mate van tevredenheid met de woning, huisgenoten, dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, persoonlijke veiligheid, sociale relaties, familierelaties, partnerrelatie, het seksuele leven, de financiële situatie en het leven in zijn algemeen. De items in deze vragenlijst worden beoordeeld door middel van een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 = zeer ontevreden en 7 = zeer tevreden. Zo kan een totaalscore worden berekend door de scores van alle 12 Likert-items op te tellen. De mogelijke totaalscore heeft een range van 12 tot 84, waarbij een hogere totaalscore een hogere kwaliteit van leven weergeeft. Aanvullend bevat de MANSA een viertal dichotome items, zoals vragen over het wel of niet hebben van werk of een partner. Deze items zijn in dit onderzoek niet gebruikt, omdat kwaliteit van leven is geoperationaliseerd aan de hand van de twaalf subjectieve tevredenheidsscores van de MANSA. Binnen dit onderzoek fungeert kwaliteit van leven als uitkomstvariabele waarmee verschillen tussen de gevonden zorgprofielen worden onderzocht.

3.3 Operationalisatie

In deze paragraaf wordt toegelicht hoe de centrale concepten uit het theoretisch kader zijn vertaald naar meetbare variabelen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de indicatorvariabelen voor de latente klassenanalyse, de uitkomstvariabele kwaliteit van leven en de auxiliary variabelen die worden gebruikt om de gevonden klassen nader te beschrijven. Voor de operationalisatie van de zorgprofielen zijn vier CANSAS-domeinen geselecteerd, dit betreft dagbesteding, somatische gezondheid, zingeving en sociale contacten. Zij fungeren als indicatorvariabelen voor de latente klassenanalyse. Kwaliteit van leven is geoperationaliseerd met behulp van de MANSA en wordt gebruikt als uitkomstvariabele. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de afzonderlijke

levensdomeinen waarop cliënten hun tevredenheid beoordelen en de MANSA-totaalscore, die wordt gebruikt voor de vergelijking tussen de gevonden zorgprofielen.

Als auxiliary variabelen worden geslacht, leeftijd en het al dan niet hebben van een partner meegenomen om de latente klassen nader te beschrijven. Opleidingsniveau is niet opgenomen in de uiteindelijke operationalisatie, omdat deze variabele een relatief groot aandeel missende waarden bevatte. Tabel 3 geeft een overzicht van de variabelen die in dit onderzoek zijn opgenomen en de wijze waarop deze zijn gemeten.

Tabel 3: Operationalisatie variabelen

Variabelen	Kenmerk	Hoe gemeten
Auxiliary variabelen	Geslacht	m/v
	Leeftijd	In jaren
	Partner	Ja/nee
CANSAS	Dagbesteding	Vervuld/onvervuld
	Somatische gezondheid	Vervuld/onvervuld
	Zingeving	Vervuld/onvervuld
	Sociale contacten	Vervuld/onvervuld
Kwaliteit van leven (MANSA)	Afzonderlijke levensdomeinen	Tevreden over: algemeen leven, wonen, huisgenoten, dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, veiligheid, relaties, familie, seksueel leven, financiën
	MANSA - totaalscore	Uitkomstmaat

3.4 Data-analyse

Voordat er verschillende analyses worden uitgevoerd wordt de dataset met behulp van SPSS-29 gecontroleerd op missende waarden, invoerfouten en inconsistenties. De missende waarden zijn in kaart gebracht en voor de analyses is gebruikgemaakt van listwise deletion (Saunders et al., 2019). Waarbij alleen respondenten met een voldoende ingevulde vragenlijst volgens het analyseplan op de relevante variabelen zijn meegenomen. Deze methode is toegepast, omdat het percentage ontbrekende waarden beperkt is. Door het toepassen van listwise deletion kan het aantal respondenten bij de diverse analyses per analyse verschillen (zie figuur 2).

Auxiliary variabelen zijn in het model sociodemografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd en het al dan niet hebben van een partner. De overige data wordt niet meegenomen in de analyse, omdat deze geen betrekking hebben op de besproken domeinen. Op één punt wordt afgeweken van het conceptueel model (figuur 1). Bij de variabele opleidingsniveau werden 101 lege velden aangetroffen, wat overeenkomt met 9,4% missende data. Vanwege het grote percentage ontbrekende waarden en de beperkte relevantie op de onderzoeksvraag is besloten om deze auxiliary variabele niet verder mee te nemen in de analyse.

Bij het beantwoorden van de primaire onderzoeksvraag wordt gebruik gemaakt van een latente klassenanalyse in SPSS-29. Tijdens deze analyse worden verschillende modellen getoetst om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de hoeveelheid klassen binnen een model. Bij het selecteren van een model zijn een aantal verschillende indicatoren van belang, zoals de Akaike Information Criterion (AIC), de Bayesian Information Criterion (BIC) en degree of freedom.

Een model met een lagere score op AIC en BIC geeft een betere balans tussen modelfit en modelcomplexiteit, en een lagere score op degree of freedom wijst op een stabiel geschat model. Wanneer de kleinste klasse niet kleiner is dan 5% van de totale populatie, duidt dit op een stabielere klasse.

De respondenten worden aan een klasse toegewezen op basis van de “highest probability assignment”, wat betekent dat de respondenten worden toegevoegd aan de klasse waarbij de kans op lidmaatschap het grootst is.

Vervolgens worden voor het tweede deel van de primaire onderzoeksvraag de gevonden zorgprofielen met een variantieanalyse (ANOVA) vergeleken op de MANSA-totaalscore. De ANOVA toetst of de binnen de LCA gevonden zorgprofielen verschillen in kwaliteit van leven. Voor de secundaire onderzoeksvraag, waarin respondenten ouder en jonger dan 55 jaar worden vergeleken, voeren we ongepaarde t-toetsen uit met de MANSA (kwaliteit van leven) en de CANSAS ((on)vervulde zorgbehoeften) als afhankelijke variabelen en leeftijdsgroep (< of > 55 jaar) als onafhankelijke variabele. Deze t-toetsen sluiten aan bij de secundaire onderzoeksvraag, omdat hier geen zorgprofielen vergeleken worden, maar twee vooraf gedefinieerde leeftijdsgroepen.

De combinatie van LCA met aanvullende groepsvergelijkende analyses biedt daarmee een goed analytisch kader om de primaire en secundaire onderzoeksvragen te beantwoorden.

3.5 Methodologische issues

Voor de borging van de interne validiteit is gekozen voor het gebruik van gevalideerde meetschalen uit de CANSAS en MANSA. Deze modellen zijn uitvoerig getest in eerdere onderzoeken, waarbij de validiteit en betrouwbaarheid van de constructen zijn aangetoond (Priebe et al., 1999; Slade et al., 1999). Daarnaast bieden de modellen theoretisch onderbouwde operationalisatie van zorgprofielen en kwaliteit van leven. De constructvaliditeit van de MANSA wordt geborgd door gebruik te maken van meerdere items per construct, zodat het onderliggende theoretische concept zo volledig mogelijk wordt afgedekt (Saunders et al., 2019).

3.6 Ethiek van het onderzoek

Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van gepseudonimiseerde secundaire data. Deelnemers hebben voor het wetenschappelijk gebruik van de gegevens een informed consent getekend. Gebruik van de data is door de medisch-ethische toetsingscommissie van de zorginstelling goedgekeurd. De data-analyse is uitgevoerd binnen de beveiligde netwerkomgeving van een zorginstelling in Midden-Nederland. Er worden geen data buiten deze omgeving verspreid. De onderzoeker heeft een leidinggevende functie binnen de organisatie en heeft geen belangen bij de uitkomsten van het onderzoek.

Hoofdstuk 4 - Resultaten

4.1 Voorbereiding

Ter voorbereiding van de latente klassenanalyse is de leeftijdsopbouw van de groep met oudere deelnemers demografisch inzichtelijk gemaakt (tabel 4).

Tabel 4, verdeling op geslacht en leeftijd

Descriptive Statistics	N	Percentage	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Leeftijdrespondenten	295	100%	55	85	61,31	4,964
Man	174	59%	55	76	61,27	4,737
Vrouw	121	41%	55	85	61,36	5,294

4.2 Uitkomsten

4.2.1 Verschillen tussen jonger en ouder dan 55 jaar (secundaire vraagstelling)

Bij de vergelijking van de twee leeftijdsgroepen is een significant verschil gevonden in geslacht ($X^2 = 14.00$, $p < .001$). In de oudere groep zitten relatief meer vrouwen dan mannen. Dit komt overeen met de algemene bevolking waarbij het aantal vrouwen groter is dan mannen in de oudere leeftijdsgroepen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025d).

Ook op het gebied van opleidingsniveau is een significant verschil gevonden ($X^2 = 16.84$, $p < .001$). De oudere respondenten hebben vaker een laag of juist hoog opleidingsniveau. Jongere respondenten hebben daarentegen vaker een opleiding van middelbaar niveau. Het wel of niet hebben van een levenspartner is niet significant, daar kan dus niet gesteld worden dat er een verschil is tussen de jongere en oudere respondenten ($X^2 = 0.19$, $p = .665$).

4.2.2 Verschillen in kwaliteit van leven op totaalscore

De gemiddelde score van de oudere respondenten op kwaliteit van leven is hoger ($M = 59.72$; $SD = 11.22$), dan die van de respondenten jonger dan 55 jaar ($M = 57.63$; $SD = 11.97$). Dit is een statistisch significant verschil ($F = 6.52$, $p < .011$), maar de effectgrootte is verwaarloosbaar, doordat slechts 0,6% van de variantie in kwaliteit van leven verklaard wordt door leeftijd ($\eta^2 = .006$).

4.2.3 Verschillen per domein op kwaliteit van leven

Om meer inzicht te krijgen in de onderliggende verschillen tussen jong en oud zijn aanvullende t-toetsen uitgevoerd op de MANSA-items. Daaruit blijkt dat oudere respondenten significant hoger scoren op algemene tevredenheid met het leven ($p = .003$), tevredenheid met de woning ($p < .001$), tevredenheid met dagbesteding ($p = .012$), tevredenheid met de relationele situatie ($p = .046$) en tevredenheid met de financiële situatie ($p < .001$). Voor de andere domeinen, zoals lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en sociale relaties werden geen significante verschillen gevonden.

4.2.4 Latente klassenanalyse 55-plusgroep

Om het beste model te kunnen kiezen zijn een drietal modellen met elkaar vergeleken met twee, drie en vier klassen (tabel 5). Op basis van modelselectiecriteria (AIC en BIC), modelcomplexiteit (degrees of freedom) en inhoudelijke herkenbaarheid is gekozen voor het model met twee klassen. Het 2-klassenmodel heeft de laagste AIC en BIC, waardoor aangenomen mag worden dat het model de patronen in de data goed beschrijft. Terwijl het ook rekening houdt met de complexiteit van het model. Daarmee geeft het 2-klassenmodel de beste balans tussen modelfit en modeleenvoud. De positieve degrees of freedom stelt dat het een statistische stabiele oplossing is en doordat de kleinste klasse groter dan vijf procent blijft is het model ook goed interpreteerbaar.

Tabel 5: geteste latente klassen

	N	BIC	AIC	Residuele df	Kleinste klasse
2-klassenmodel	295	1240,647	1207,465	6	25,20%
3-klassenmodel	295	1265,296	1213,678	1	4,70%
4-klassenmodel	295	1293,298	1223,245	-4	5,90%

Het drie-klassenmodel zou meer theoretische nuance kunnen bieden, maar blijkt minder passend dan het 2-klassenmodel. Het 3-klassenmodel heeft een hogere AIC en BIC en een kleinste klasse van 4,7%. In combinatie met een lage score op de degrees of freedom lijkt dit model te complex ten opzichte van de informatie in de dataset. Hierdoor neemt het risico toe dat het model toevallige variatie in de data meeneemt bij het schatten van het model. Het vier-klassenmodel is door de negatieve degrees of freedom statistisch ongeschikt.

4.2.5 Twee-klassenmodel: Een Broos- en Ontwrichtprofiel

Het twee-klassenmodel laat duidelijk te interpreteren groepen binnen de oudere respondenten (n = 295) zien.

De eerste klasse (Broosprofiel) heeft een kleine kans op onvervulde zorgbehoeften op alle onderzochte domeinen (tabel 6). De tweede klasse (Ontwrichtprofiel) laat het tegenovergestelde zien met een hogere kans van meer dan 50% op onvervulde zorgbehoeften op het gebied van lichamelijke gezondheid, sociale contacten en dagbesteding en bijna 40% kans op onvervulde zorgbehoeften op het gebied van zingeving. Hierdoor kan worden gesproken van een klasse met een hogere zorgbehoefte.

Tabel 6: uitkomsten 2-klassenanalyse

Variabele	Klasse	Probabilities	
		1	2
Somatische gezondheid	1	0,781	0,219
	2	0,478	0,522
Sociale contacten	1	0,891	0,109
	2	0,492	0,508
Zingeving	1	0,936	0,064
	2	0,616	0,384
Dagbesteding	1	0,935	0,065
	2	0,454	0,546

Tabel 6 geeft per latente klasse de kans weer op een (on)vervulde zorgbehoefte. Daarmee worden de patronen in de twee klassen zichtbaar met een mate van waarschijnlijkheid.

De auxiliary variabelen zijn vervolgens toegevoegd aan de LCA om te onderzoeken of deze factoren gerelateerd zijn aan de klassenindeling. Voor de interpretatie van de klassen is gebruik gemaakt van de “highest probability class”. In twee gevallen (n=2) kon geen klasse worden toegewezen, waardoor deze respondenten zijn uitgesloten van vervolganalyse (n = 293). Tussen de auxiliary variabelen en de klassen is geen relatie gevonden. Daardoor lijkt het erop dat de klassen voornamelijk worden geschat door de zorgbehoeften. Na toevoeging van de auxiliary variabelen aan de klassenanalyse waren een paar kleine verschuivingen tussen de klassen, het Broosprofiel werd iets kleiner (74,8% => 70,9%) en het Ontwrichtprofiel nam iets toe in omvang (25,2% => 29,1%).

4.2.6 Twee groepen en kwaliteit van leven

In de gemiddelde scores op kwaliteit van leven tussen de twee latente klassen werd een significant verschil gevonden ($F(1,289) = 76,31, p < .001$) met een groot effect ($\eta^2 = .209$). De respondenten in klasse 1, het Broosprofiel (70,9%), rapporteren een hogere gemiddelde totaalscore op kwaliteit van leven ($M = 62,70$; $SD = 9,59$). De respondenten in klasse 2, het Ontwrichtprofiel (29,1%) rapporteerden een lagere score ($M = 50,91$; $SD = 10,77$). Gekeken naar de afzonderlijke items (tabel 7) blijkt dat de laatste groep op alle levensdomeinen van de MANSA, behalve tevredenheid over familierelaties en financiën een significant slechtere kwaliteit van leven ervaart. Vooral sociale relaties en dagbesteding laten een hoge effectgrootte zien. De verschillen tussen de twee klassen zijn op deze items het grootst.

Tabel 7: domeinen kwaliteit van leven per klasse

Domein	Broosprofiel	Ontwrichtprofiel	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Totale kwaliteit van leven	62,7	50,91	76,31	< .001	.209
Algemene tevredenheid	5,28	4,03	40,87	< .001	.125
Woning	5,81	4,93	21,21	< .001	.068
Huisgenoten / alleen wonen	5,5	4,8	13,72	< .001	.045
Dagbesteding	5,39	3,97	71,16	< .001	.196
Lichamelijke gezondheid	4,63	3,54	23,49	< .001	.075
Psychische gezondheid	4,81	3,68	28,5	< .001	.089
Persoonlijke veiligheid	5,5	4,83	11,75	< .001	.039
Sociale relaties	5,33	3,71	76	< .001	.207
Relatie met familie	5,23	4,79	4,01	= .046	.014
Relatie / partner	5,16	3,93	32,24	< .001	.100
Seksueel leven	4,78	3,76	20,11	< .001	.068
Financiële situatie	5,27	4,74	5,95	= .015	.020

Hoofdstuk 5 - Conclusie, discussie en aanbevelingen

5.1 Conclusie

De centrale vraag binnen dit onderzoek luidde:

“Welke zorgprofielen zijn er te onderscheiden binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen op basis van hun zorgbehoeften, en hoe verhouden deze subgroepen zich tot de gepercipieerde kwaliteit van leven?”

Op basis van de resultaten kan worden geconcludeerd dat binnen de groep ouderen met ernstige psychische aandoeningen, op grond van het al dan niet vervuld zijn van de vier domeinen, twee zorgprofielen te onderscheiden zijn. Een groep ouderen met weinig tot beperkte onvervulde zorgbehoeften (het Broosprofiel) en een kleinere groep met meerdere onvervulde zorgbehoeften (het Ontwrichtprofiel). Het verschil tussen de beide profielen ligt vooral op het gebied van somatische gezondheid, sociale contacten en dagbesteding. Hoewel ook zingeving tussen de profielen verschilt, is dit onderscheid minder sterk zichtbaar dan op de andere domeinen. Ouderen met het Ontwrichtprofiel ervaren daarnaast een duidelijk lagere kwaliteit van leven dan ouderen met het Broosprofiel.

Aanvullend is onderzocht of er verschil gevonden kan worden tussen beide leeftijdsgroepen met ernstige psychische aandoeningen in ervaren kwaliteit van leven. Hieruit blijkt dat ouderen van 55 jaar en ouder gemiddeld een hogere kwaliteit van leven ervaren dan jongere cliënten met een ernstige psychische aandoening. Dit verschil is echter beperkt van omvang, wat erop wijst dat leeftijd op zichzelf geen sterk onderscheidend kenmerk is voor de ervaren kwaliteit van leven. Op vier domeinen zijn er tussen de groep ouder dan 55 jaar en jonger verschil gevonden dit betreft: huisvesting, dagbesteding, relationele situatie en financiën.

5.2 Discussie

Het onderzoek betreft een belangrijk thema waar tot nu toe in de literatuur relatief weinig aandacht aan is besteed. De vraag wat de zorgbehoefteprofielen zijn van de groep oudere cliënten met ernstige psychische aandoeningen is relevant voor zorgplanning en om beter aan de behoeften van cliënten tegemoet te komen. In dit onderzoek werd ouder gedefinieerd als 55-plus. De resultaten laten zien dat binnen deze doelgroep twee zorgprofielen kunnen worden onderscheiden. Deze bevinding ondersteunt de eerdere studie van Wiersma (2006), waarin gesteld wordt dat oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen geen homogene groep vormen, maar verschillen in de aard en stapeling van zorgbehoeften. Daarnaast sluit deze uitkomst aan bij de bevindingen van Holst et al. (2024), die benadrukken dat mensen met ernstige psychische aandoeningen te maken kunnen hebben met een complexe en kwetsbare leefsituatie, waardoor een persoonsgerichte benadering belangrijk is. Ook Farkas en De Wet (2024) en Reynolds et al. (2022) laten zien dat zorgbehoeften van oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen veelal reiken over meerdere levensdomeinen en in onderlinge samenhang voorkomen. De meerwaarde van dit onderzoek is dat de heterogeniteit binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen niet alleen theoretisch wordt verondersteld, maar met behulp van latente klassenanalyse empirisch zichtbaar is gemaakt in twee concrete zorgprofielen (McCutcheon, 2002; Vermunt & Magidson, 2002). Daarmee laat dit onderzoek zien dat verschillen binnen deze doelgroep beter begrepen kunnen worden vanuit patronen van samenhangende zorgbehoeften dan vanuit diagnose of afzonderlijke problemen alleen. In die zin sluiten de bevindingen aan bij Stefanatou et al. (2023), die stellen dat een profielbenadering meer recht doet aan de complexiteit van deze doelgroep dan een benadering op basis van diagnose alleen.

Naast het onderscheiden van zorgprofielen laten de resultaten ook zien dat deze profielen samenhangen met verschillen in kwaliteit van leven. Ouderen met ernstige psychische aandoeningen met meerdere onvervulde zorgbehoeften laten een duidelijk lagere kwaliteit van leven zien dan ouderen met overwegend vervulde zorgbehoeften. Deze bevinding is relevant, omdat zij laat zien dat verschillen in kwaliteit van leven niet alleen samenhangen met afzonderlijke problemen, maar ook met de specifieke combinatie van

onvervulde zorgbehoeften binnen een zorgprofiel, wat aansluit bij literatuur waarin de samenhang tussen problemen op meerdere levensdomeinen wordt benadrukt (Holst et al., 2024; Wiersma, 2006). Daarmee lijkt dit onderzoek eerdere studies van Stefanatou et al. (2023) en Mohebbi et al. (2024) te onderbouwen, waarin werd aangetoond dat onvervulde zorgbehoeften samenhangen met slechter functioneren en een lagere kwaliteit van leven. De resultaten uit dit onderzoek wijzen erop dat de combinatie van onvervulde zorgbehoeften op sociaal en somatisch gebied samenhangt met minder welbevinden. Dit onderzoek maakt zichtbaar dat de stapeling en onderlinge samenhang van behoeften relevant zijn voor het begrijpen van verschillen in kwaliteit van leven. Daarmee voegt dit onderzoek iets toe aan traditioneel onderzoek waarin zorgbehoeften vaak afzonderlijk worden bestudeerd (Mohebbi et al., 2024; Murphy et al., 2024; Stefanatou et al., 2023). Dit ondersteunt het idee dat kwaliteit van leven niet los gezien kan worden van het dagelijks functioneren van oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen. Met name de interactie tussen verschillende domeinen zijn bepalend voor kwaliteit van leven (Cummins, 2005), waarbij lichamelijke gezondheid, sociale contacten, dagbesteding en zingeving gezamenlijk moeten worden meegenomen om een goed beeld te krijgen (Fakhoury & Priebe, 2002; WHOQOL Group, 1995).

Wanneer er dieper naar de profielen wordt gekeken valt op dat significante verschillen zich voordoen in de domeinen van somatische gezondheid, sociale contacten en dagbesteding. Somatische gezondheid als uitkomst is in lijn met eerdere studies, waarin werd aangetoond dat de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen vaker last hebben van multimorbiditeit (Van Alphen et al., 2022) met onderbehandeling van lichamelijke klachten (De Hert et al., 2011) en met fragmentatie tussen psychische en somatische zorg (Bartels et al., 2020). Ook sociale relaties en dagbesteding werden in eerder onderzoek gevonden als kwetsbaarheden van deze doelgroep, zoals sociale isolatie (Bruggencate et al., 2018), beperkte participatie (Futran & Draper, 2012) en verminderde sociale inbedding (Holst et al., 2024). De resultaten laten zien dat niet één specifiek domein bepalend is voor de problemen bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar juist de combinatie van meerdere domeinen leidt tot complexere zorgbehoeften.

Ondanks dat oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen een hogere kwaliteit van leven rapporteren dan cliënten onder de 55 jaar met ernstige psychische aandoeningen, moeten deze bevindingen met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Er is dan wel een significant verschil gevonden, maar de effectgrootte is zeer beperkt. Een verklaring voor deze score zou gevonden kunnen worden in het eerdere onderzoek van Cummins (2005), waarin werd beschreven dat mensen hun tevredenheid en beoordeling van kwaliteit van leven aanpassen aan veranderende omstandigheden en referentiekaders. Daarnaast laten de resultaten verschillen zien in de scores binnen de domeinen van sociale relaties, dagbesteding, huisvesting en financiën. Voor lichamelijke en psychische gezondheid zijn geen verschillen gevonden. Een verklaring voor het verschil op de praktische en sociale gebieden, zoals huisvesting en financiën, zou kunnen zijn dat de oudere met ernstige psychische aandoeningen in de voorgaande levensjaren een stabielere positie hebben bereikt dan de groep jonger dan 55 jaar. De data geven geen inzichten waardoor deze verschillen precies zijn ontstaan. Wel lijkt op basis van de resultaten gesteld te kunnen worden dat kwaliteit van leven bij de oudere populatie minder bepaald wordt door klinische factoren en meer samenhangt met contextuele en sociale factoren van het dagelijks functioneren.

Het toevoegen van de auxiliary variabelen aan de profielen bleek weinig te doen in de samenhang tussen de klassen. Dit lijkt erop te wijzen dat de twee gevonden profielen, binnen deze steekproef, vooral bepaald worden door zorgbehoeften en minder door de auxiliary variabelen. Zorginhoudelijk is dit voor deze steekproef een belangrijk signaal, omdat het suggereert dat differentiatie in ondersteuning binnen de groep oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen beter kan aansluiten bij een meer op zorgbehoefte gerichte inrichting van de zorg in plaats van een benadering die uitgaat van verdere demografische uitsplitsing, zoals leeftijdscategorieën binnen de oudere groep of partnerstatus. Dit sluit aan bij studies van Tremblay et al. (2014) en Makivić et al. (2024) die benadrukken dat passende ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen gebaseerd moet zijn op een systematische beoordeling van behoeften. Deze behoeften beperken zich niet tot één levensdomein, maar raken meerdere onderdelen van iemands dagelijks leven. Daarmee ondersteunen de resultaten het idee dat er een

complexere relatie is tussen zorgbehoeften en kwaliteit van leven, dan een één-op-één relatie die in bestaande literatuur wordt weergegeven.

5.3 Theoretische implicaties

De bevindingen van dit onderzoek dragen bij aan de bestaande literatuur over zorgbehoeften en kwaliteit van leven bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen. Waar bestaande studies van Holst et al. (2024) en Wiersma (2006) de heterogeniteit van mensen met ernstige psychische aandoeningen beschrijven, laat dit onderzoek met behulp van latente klassenanalyse zien dat heterogeniteit niet alleen een theoretisch concept is, maar empirisch te identificeren en te operationaliseren is. Hiermee wordt de literatuur verrijkt met een meer persoonsgerichte benadering, waarin niet afzonderlijke zorgbehoeften centraal staan, maar een combinatie van verschillende zorgbehoeften.

In eerdere studies is aangetoond dat zorgbehoeften over meerdere levensdomeinen uitreiken (Futran & Draper, 2012) en met elkaar in verband staan (Holst et al., 2024). Dit onderzoek bouwt door op deze samenhang en laat zien dat zorgbehoeften zich kunnen stapelen in herkenbare profielen. Met dit inzicht kunnen nieuwe zorgprofielen met een verscheidenheid aan kenmerken worden ontwikkeld uit zorgbehoeften.

Als laatste laten de resultaten zien dat zorgbehoeften bij oudere mensen met psychische aandoeningen belangrijker zijn dan sociodemografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht en het wel of niet hebben van een partner. Daarmee lijken bestaande theoretische modellen, waarin sociodemografische kenmerken worden gebruikt voor het verklaren van uitkomsten mogelijk tekort te schieten. Dit sluit aan bij Hendriks et al. (2025) die laten zien dat een leeftijdsgebaseerde indeling niet toereikend is om de complexe zorgbehoeften bij ouderen volledig te begrijpen.

5.4 Praktische implicaties

Organisaties kunnen leren van dit onderzoek, door de kennis uit dit onderzoek te operationaliseren en zorgbehoeften onderdeel te maken van de werkwijze. Daardoor kan zorg systematischer, doelgerichter en meer gedifferentieerd op subgroepen worden

afgestemd. De gevonden zorgprofielen suggereren dat somatische gezondheid, sociale contacten en dagbesteding in de praktijk niet los van elkaar moeten worden bekeken. Organisaties kunnen de zorg zo inrichten dat deze domeinen in samenhang worden gesignaleerd, beoordeeld en hiervoor passende zorg wordt geboden, in plaats van interventies die uitsluitend gericht zijn op de afzonderlijke zorgbehoeften.

Binnen de organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden, kunnen deze inzichten worden vertaald naar een systematische aanpak in de behandeling. Zo kunnen zorgprofessionals bij onderdelen, zoals intakes en multidisciplinair overleg, aandacht besteden aan onvervulde zorgbehoeften bij oudere mensen met ernstige psychische aandoeningen. Vooral wanneer deze zich voordoen op de leefgebieden van somatische gezondheid, sociale contacten en dagbesteding.

Door zorgprofielen en het registratiesysteem met elkaar te koppelen ontstaat één samenhangend overzicht van signalen en zorgbehoeften. Deze inzichten kunnen helpen bij het opstellen van behandelafspraken. Zowel de zorgprofessionals als de cliënten krijgen hierdoor beter zicht op signalen, waardoor verslechtering van ervaren kwaliteit van leven kan worden voorkomen en gerichtere interventies kunnen worden ingezet.

Sociale ketenpartners moeten worden betrokken bij behandelplanbesprekingen om, naast het medische aspect van de behandeling, het sociale aspect aan te laten sluiten bij het bieden van passende zorg,

Binnen het huidige beleid op wachtlijsten en zorgtoeleiding geldt de methodiek “first come, first served”. De bevindingen van dit onderzoek zouden kunnen helpen bij een methodiek op basis van impact. Zo zouden mensen met meerdere onvervulde zorgbehoeften eerder kunnen worden geholpen, vanwege de grotere impact door behandeling.

Organisaties kunnen zorgprofielen daarnaast inzetten om personele inzet, caseload en benodigde overhead beter op in te schatten. De Ontwrichtprofielen vragen meer tijd van personeel en vaker multidisciplinaire inzet bij stapeling van zorgbehoeften, terwijl bij de cliënten binnen het Broosprofiel eerder gekozen kan worden voor een lichtere aanpak. Hiervoor zou binnen FACT-teams bijvoorbeeld kunnen worden gewerkt met subteams

voor een zwaardere of lichtere aanpak. Omdat een zwart-wit indeling geen recht doet aan de complexiteit van de praktijk, blijft het van belang steeds de cliënt en zijn verhaal als geheel in ogenschouw te nemen. Zorgprofielen kunnen richting geven aan de organisatie van zorg, maar vervangen nooit het professionele oordeel. Zorg blijft mensenwerk.

5.5 Beperkingen en sterke kanten

Het onderzoek werd uitgevoerd op basis van data van cliënten van een instelling in Midden-Nederland en de metingen werden gedaan op tien locaties van FACT-teams in één grote en middelgrote gemeente. Deze spreiding van de dataverzameling komt de generaliseerbaarheid ten goede. Een ander sterk punt is dat het getoetste model gebaseerd is op literatuurstudie.

Zoals elk onderzoek heeft ook dit onderzoek haar beperkingen. De latente klassenanalyse is uitgevoerd op een relatief kleine subgroep (n=293). Hierdoor zou de stabiliteit en reproduceerbaarheid van de gevonden zorgprofielen kunnen afwijken bij een vervolgonderzoek. Daarnaast is gebruik gemaakt van SPSS-29 met een LCA-plugin, waardoor de latente klassenanalyse niet geheel volgens het drie-stappenmodel van Vermunt (2010) uitgevoerd kon worden. In dit onderzoek is uitgegaan van een specifiek en beperkt aantal zorgbehoefte domeinen van de CANSAS (dagbesteding, sociale contacten, somatische gezondheid en zingeving) hierdoor is informatie over het geheel van de zorgbehoeften verloren gegaan. De theoretische benadering is enerzijds de sterke kant van dit onderzoek, maar brengt ook beperkingen met zich mee.

Een andere beperking betreft de databewerking voorafgaand aan de analyse, waarbij de waarden 8 (onbekend) en 9 (niet beoordeelbaar) in de CANSAS voor analysedoeleinden zijn gehercodeerd naar de categorie vervulde zorgbehoefte. Hoewel deze keuze methodologisch verdedigbaar is, omdat de aantallen zeer klein waren, kan zij hebben geleid tot enige verschuiving in het profielbeeld. Hierdoor kunnen zorgbehoeften in individuele gevallen iets minder zwaar in het profiel zijn meegewogen, wat mogelijk heeft geleid tot een lichte onderschatting van de mate waarin onvervulde zorgbehoeften in een profiel voorkwamen. Omdat het echter een zeer klein aantal gevallen betrof, is

naar verwachting de invloed op de totale onderzoeksuitkomsten beperkt gebleven en was er hierdoor geen aanleiding om de analyse opnieuw uit te voeren.

5.6 Toekomstig onderzoek

Op basis van de bevindingen en beperkingen van dit onderzoek worden er verschillende onderzoeksrichtingen voorgedragen.

Allereerst is het voorstel om een vervolgonderzoek uit te voeren met de volledige set van 25 items uit de CANSAS, in plaats van de vier geselecteerde domeinen uit dit onderzoek. Ondanks dat de gekozen domeinen theoretisch zijn onderbouwd lijkt een bredere operationalisatie een vollediger beeld te kunnen geven van mogelijke zorgprofielen.

Dit onderzoek is cross-sectioneel van aard, waardoor geen uitspraken gedaan kunnen worden over eventuele causale verbanden of veranderingen door de tijd heen. Door het uitvoeren van een longitudinaal onderzoek kunnen inzichten worden verkregen in hoe zorgbehoeften en zorgprofielen zich ontwikkelen en welke andere factoren van invloed zijn op kwaliteit van leven.

Tot slot wordt een verdiepend kwalitatief onderzoek aanbevolen. Door het kwantitatieve karakter van dit onderzoek wordt niet duidelijk hoe cliënten zorgbehoeften ervaren en wat zij vinden van het werken met zorgprofielen. Door middel van een kwalitatieve studie kan worden onderzocht of de beleving van cliënten aansluit bij deze profielgerichte methode. Door ervaringen van cliënten mee te nemen kan passende zorg zich verder ontwikkelen. Om de zorg zo beter te laten aansluiten bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen, waardoor ook zij een betere kwaliteit van leven ervaren.

Referenties

- Bartels, S. J., DiMilia, P. R., Fortuna, K. L., & Naslund, J. A. (2020). Integrated Care for Older Adults with Serious Mental Illness and Medical Comorbidity: Evidence-Based Models and Future Research Directions. *Clin Geriatr Med*, 36(2), 341–352.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.012>
- Bradshaw, J. (1972). *Taxonomy of social need*.
- Bruggencate, T. T., Luijkx, K. G., & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing and Society*, 38(9), 1745–1770.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X17000150>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025a). *AZW Dashboard - CBS*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Retrieved 21-09-2025 from <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025b). *Bevolkingspiramide – CBS*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Retrieved 21-09-2025 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025c). *Ouderen | Dashboard bevolking | Centraal Bureau voor de Statistiek*. CBS. Retrieved 01-02-2026 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025d). *Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2026-2070*. Retrieved 25-04-2026 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/86245NED>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2026). *Bevolking in de toekomst*. CBS. Retrieved 28-01-2026 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/toekomst>
- Chang, E. S., Kanoth, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chantry, M., Fernandez, K., Magerman, J., Goethals, I., De Ruyscher, C., Sinclair, D. L., Delespaul, P., Antoine, J., Vanderplassen, W., Lorant, V., & Nicaise, P. (2025). Met and unmet needs of service users with substance use disorders: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 60(11), 2613–2624.
<https://doi.org/10.1007/s00127-025-02861-z>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- De Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., van der Wee, N. J. A., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., van der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.696>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H.-J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*, 10(1), 52–77.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- Delespaul, P. H., & de consensusgroep, E. P. A. (2013). [Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427–438.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. *Psychiatric Quarterly*, *90*(3), 519–532.
- Drukker, M., Bak, M., Campo, J. à., Driessen, G., Van Os, J., & Delespaul, P. (2010). The cumulative needs for care monitor: a unique monitoring system in the south of the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(4), 475–485. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0088-3>
- Fakhoury, W. K. H., & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: its association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, *14*(3), 219–224. <https://doi.org/10.1080/09540260220144957>
- Farkas, M., & De Wet, A. (2024). Mental Health, Social Inclusion and Well-being for Older Adults: Introduction. *World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*, *53*.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, *16*(1), 51–74.
- Futeran, S., & Draper, B. M. (2012). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging & mental health*, *16*(3), 327–334. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628978>
- GGZ Standaarden. (2025a). *EPA (Ernstige Psychische Aandoeningen) – Aanvullend*. Retrieved 31-01-2026 from <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ernstige-psychische-aandoeningen/info/aanvullend>
- GGZ Standaarden. (2025b, 31-01-2026). *Ouderen met psychische aandoeningen*. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ouderen-met-psychische-aandoeningen/zorg-voor-ouderen-met-psychische-aandoeningen>
- Hendriks, G. J., Sobczak, S., Oudega, M. L., Jeurling, H., van Exel, E., Rhebergen, D., & Oude Voshaar, R. C. (2025). Ouderenpsychiatrie van morgen: oplossingsrichtingen voor een toekomstbestendige zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*(2025/2), 84–88.
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E. M. D., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, *4*(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Holst, H., Ozolins, L. L., Enros, J., Schmidt, M., & Hörberg, U. (2024). Life situation of older people living with severe mental illness – A scoping review. *International journal of mental health nursing*, *33*(4), 739–749. <https://doi.org/10.1111/inm.13288>
- Kamperman, A., Mulder, C., & Kortrijk, H. (2014). Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0306-8>
- Makivić, I., Kragelj, A., & Lasalvia, A. (2024). Quantitative needs assessment tools for people with mental health problems: a systematic scoping review. *Current Psychology : A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, *43*(22), 19996–20013. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05817-9>
- Malan-Mueller, S., Kilian, S., van den Heuvel, L. L., Bardien, S., Asmal, L., Warnich, L., Emsley, R. A., Hemmings, S. M., & Seedat, S. (2016). A systematic review of genetic variants associated with metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, *170*(1), 1–17.
- McCutcheon, A. L. (2002). Basic concepts and procedures in single-and multiple-group latent class analysis. In J. A. Hagenars & A. L. McCutcheon (Eds.), *Applied latent class analyses* (pp. 56–88). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511499531.003>
- Ministerie van VWS. (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>

- Ministerie van VWS. (2025). Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord: Samen sterker voor zorg en welzijn.
- Mohebbi, F., Alavi, K., Jalali Nadoushan, A. H., Saeidi, M., Mahdiar, M., Bakhshijoiabari, F., & Malakouti, S. K. (2024). Evaluation of Met and Unmet Needs in Patients with Severe Psychiatric Disorders and its Relation to the Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 38. <https://doi.org/10.47176/mjiri.38.10>
- Murphy, S. M., Flores, A. T., Wojtalik, J. A., Keshavan, M. S., & Eack, S. M. (2024). Symptom contributors to quality of life in schizophrenia: Exploratory factor and network analyses. *Schizophrenia research*, 264, 494–501.
- National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model plan for a comprehensive, community-based mental health system. *Washington, DC: NIMH*.
- OECD. (2019). Working Better with Age. In: OECD: Paris, France.
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 76–83. <https://doi.org/10.1007/BF00788924>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 167(5), 589–595. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589>
- Popma, A. (2025). Naar effectieve publieke mentale gezondheidszorg in de 21ste eeuw [Essay]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(2), 72–75.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa). *International journal of social psychiatry*, 45(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World psychiatry*, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students* (8 ed.). Pearson Education Limited.
- Shen, G., & Snowden, L. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1–23. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-8-47>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Slade, M., Beck, A., Bindman, J., Thornicroft, G., & Wright, S. (1999). Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 174, 404–408. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.404>
- Stanley, C., Namasivayam, A., Colman, S., & Stergiopoulos, V. (2025). Exploring the Landscape of Intensive Outreach Services for Older Adults With Serious Mental Illness: A Scoping Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 911–926. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.04.208>

- Stefanatou, P., Tsompanaki, E., Lavdas, M., Giannouli, E., Ralli, I., Kalogerakou, S., Anyfandi, E., Stylianidis, S., Stefanis, N., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2023). Patient-reported needs predict perceived psychosocial disability and quality of life beyond symptom severity in schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 45(4), 655–663. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2040610>
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. WW Norton & Company.
- Swildens, W., Beenackers, M., Havenaar, J., Cahn, W., Gorter, L., Kwakernaak, S., & Vuyk, J. (2011). ROM, bruikbaarheid - aandacht voor timing en feedback. In: Hees, S. van Vlist, P. van der, Mulder, N.: Van meten naar weten: ROM in de GGZ. In (pp. 71–80).
- Swildens, W., Termorshuizen, F., de Ridder, A., Smeets, H., & Engelhard, I. M. (2016). Somatic Care with a Psychotic Disorder. Lower Somatic Health Care Utilization of Patients with a Psychotic Disorder Compared to Other Patient Groups and to Controls Without a Psychiatric Diagnosis. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 43(5), 650–662. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0679-0>
- Swildens, W., Visser, E., van Ens, W., Schaefer, B., Nugter, A., Delespaul, P., van Weeghel, J., Slade, M., & Sanches, S. A. (2025). Assessing personal recovery in individuals with severe mental illness: validation of the Dutch Brief INSPIRE-O. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(6), 1379–1390. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02815-5>
- Swildens, W. E., Kranenburg, J., Van Ens, W., Van Rijswijk, D., & Cahn, W. (2024). Leefstijl bij jongvolwassenen met en zonder psychotische stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*(2024/2), 76–83.
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(4), 516–526. <https://doi.org/10.1111/hex.12052>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Tlach, L., Wüsten, C., Daubmann, A., Liebherz, S., Härter, M., & Dirmaier, J. r. (2015). Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. *Health Expectations*, 18(6), 1856–1872. <https://doi.org/10.1111/hex.12251>
- Tremblay, J., Bamvita, J.-M., Grenier, G., & Fleury, M.-J. (2014). Utility of the Montreal assessment of need questionnaire for community mental health planning. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(9), 677–687. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000180>
- Van Alphen, S. P. J., Videler, A., & Sobczak, S. (2022). Psychiatrische aandoeningen bij ouderen: Interindividuele variabiliteit, specifieke presentatie en leeftijdsdiscriminatie. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/617c830c-9bdb-47cd-a24c-81106fdcb8d7>
- Van Hecke, N., Claes, C., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., De Witte, N., & Vandevelde, S. (2018). Conceptualisation and Measurement of Quality of Life Based on Schalock and Verdugo's Model: A Cross-Disciplinary Review of the Literature. *Social Indicators Research : An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 137(1), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1596-2>
- Van Nieuwenhuizen, C., Janssen-de Ruijter, E., & Nugter, M. (2017). Manual Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).
- van Nieuwenhuizen, C., Nugter, M. A., & Bongers, I. L. (2024). Measuring quality of life of people with severe mental illness: Evaluation of the dutch version of the manchester short

- assessment of quality of life (MANSA) in three different populations and a look into innovative opportunities Measuring quality of life. *Social Work and Social Sciences Review*, 25(1), 104–124.
- Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421–433.
- Van Vugt, M. D., Mulder, C. L., Bähler, M., Delespaul, P. H., Westen, K., & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment (F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(7), 441–448.
- Van Welie, H., Derks, E., Verweij, K., De Valk, H., Kahn, R., & Cahn, W. (2013). The prevalence of diabetes mellitus is increased in relatives of patients with a non-affective psychotic disorder. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 354–357.
- Vermunt, J. K. (2010). Latent class modeling with covariates: Two improved three-step approaches. *Political analysis*, 18(4), 450–469.
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2002). Latent class cluster analysis. In J. A. Hagenaars & A. L. McCutcheon (Eds.), *Applied latent class analysis* (pp. 89–106). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511499531.004>
- Westen, K. (2025). A brief history and the future of Flexible ACT (FACT) in an ecosystem of health in the Netherlands. 9–21.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 115–119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00728.x>
- World Health Organization. (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023* (978-92-4-007969-4). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694>
- World Health Organization. (2025). *Mental health of older adults*. Retrieved 31-01-2026 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Bijlage 1 - CANSAS

Cansas cliënt

De CAN is ontwikkeld voor PRISM door Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft en Til Wykes. De Nederlandse vertaling: vakgroep (sociale) psychiatrie, rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met de vakgroep psychiatrie van de universiteit van Amsterdam. AZG Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. Tel 050-3613839 (prof dr. D. Wiersma)

De vragenlijst bestaat uit 22 onderdelen (en een addendum met drie onderdelen). Vraag bij elk onderdeel of er momenteel (in de afgelopen maand) een probleem bestaat.

- 0 geen probleem, dwz geen zorgbehoefte
- 1 er is geen of een matig probleem vanwege een lopende interventie, dwz aan de zorgbehoefte wordt (deels) tegemoet gekomen (vervulde zorgbehoefte)
- 2 ernstig probleem, dwz een onvervulde zorgbehoefte (bijv. er wordt geen hulp geboden of de hulp die men nu krijgt is niet adequaat/ voldoende om het probleem op te lossen).
- 8 onbekend: Indien er onvoldoende informatie is om een antwoord te geven op de vraag moet een 8 gescoord worden.
- 9 onbeoordeelbaar: Soms is het moeilijk een beoordeling te geven van de zorgbehoefte vanwege het huidige zorgaanbod, bijv dat iemand al zo lang bepaalde hulp heeft dat het niet goed in te schatten is of deze hulp inmiddels onnodig is.

NB: De optie onbeoordeelbaar is bedoeld om in uitzonderlijke gevallen te gebruiken. Als de optie 9 om de reden "onbeoordeelbaar door zorgaanbod" gekozen wordt vragen we daarom dit schriftelijk toe te lichten.

Per item wordt beschreven welke onderwerpen onder het thema van het item allemaal aan bod kunnen komen. De onderwerpen zijn bedoeld als voorbeelden. Ze worden in de instructie ter illustratie gegeven en zijn niet meer dan dat, nl. voorbeelden. Zowel professionele hulp als mantelzorg kunnen tot de lopende interventies ten behoeve van de cliënt gerekend worden. Er worden geen instructies per score gegeven. De algemene instructies die hierboven beschreven worden zijn voldoende om tot een juiste score te komen.

CANSAS

1. HUISVESTING

Omschrijving

Heeft de persoon momenteel onderdak?

Vragen

- Waar woont u nu?
- Wat voor soort woning/ woonruimte is dat?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. De persoon heeft een geschikte woning/ woonruimte (ook indien hij/zij momenteel in het ziekenhuis verblijft).
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. De persoon woont in een beschermde woonvorm of een hostel.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. De persoon is dakloos, woont in krotwoning, of in woning ontbreken basisvoorzieningen zoals water en elektriciteit.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

7

Versie mei 2025

2. VOEDING

Omschrijving

Heeft de persoon moeite om voldoende eten te krijgen?

Vragen

- Wat voor soort voedsel eet u?
- Maakt u zelf uw maaltijden klaar en doet u zelf uw boodschappen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. In staat om zelf boodschappen te doen en maaltijden klaar te maken.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. De cliënt heeft een probleem maar dit wordt opgelost doordat maaltijden worden verstrekt.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Eet erg slecht, of voedsel wat niet binnen zijn/haar cultuur past.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

3. ZORG VOOR HET HUISHOUDEN

Omschrijving

Is de persoon in staat om zelf voor het huishouden te zorgen?

Vragen

- Bent u in staat zelf voor het huishouden te zorgen? Heeft u hulp van iemand?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Het huis mag slordig zijn, maar is wel redelijk schoon.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. De cliënt heeft een probleem maar dit wordt opgelost doordat regelmatig huishoudelijke hulp wordt geboden.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Het huis is vies en levert potentieel gevaar op voor de gezondheid.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

4. ZELFVERZORGING

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met de zelfverzorging?

Vragen

- Vindt u het moeilijk zelf schoon en netjes te blijven?
- Moet u er soms aan herinnerd worden? Door wie?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv De persoon mag er dan excentriek of slordig uitzien, maar hij/zij is wel schoon.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv Er is toezicht op de zelfverzorging nodig en dit heeft resultaat.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv Slechte persoonlijke hygiëne.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

5. ACTIVITEITEN OVERDAG

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met geregelde en geschikte bezigheden/activiteiten overdag?

Vragen

- Hoe brengt u uw dag door?
- Heeft u genoeg te doen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv Werkt fulltime, of heeft voldoende bezigheid in het huishouden of in sociale activiteiten.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Gaat naar een dagactiviteitencentrum of andere vormen van georganiseerde tijdsbesteding omdat dit ook een probleem voor hem/haar is.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Werkt niet en heeft niet voldoende bezigheid in het huishouden of in sociale activiteiten.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

6. LICHAAMELIJKE GEZONDHEID

Omschrijving

Heeft de persoon een lichamelijke handicap of een lichamelijke ziekte?

Vragen

- Hoe goed voelt u zich lichamelijk?
- Bent u voor lichamelijke problemen onder behandeling bij uw dokter?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Lichamelijk gezond.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Lichamelijke kwaal, zoals hoge bloeddruk, en ontvangt hiervoor adequate behandeling.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Onbehandelde of onvoldoende behandelde lichamelijke kwaal, inclusief neveneffecten
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

7. PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN

Omschrijving

Heeft de persoon psychotische symptomen zoals waanachtige overtuigingen, hallucinaties, formele denkstoornissen, de overtuiging van buitenaf gestuurd te worden of passiviteit?

Vragen

- Hoort u wel eens stemmen, of heeft u problemen met uw denken?
- Krijgt u medicijnen of injecties? Waarvoor krijgt u die?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen positieve symptomen, geen gevaar voor symptomen en krijgt geen medicatie.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Symptomen worden bestreden met medicijnen of andere vorm van hulp met bevredigend resultaat.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft (residuele) symptomen of er is gevaar voor symptomen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

8. INFORMATIE OVER DE TOESTAND VAN DE BEHANDELING

Omschrijving

Heeft de persoon duidelijke mondelinge en/of schriftelijke informatie gekregen over de diagnose en/of de stand van de behandeling?

Vragen

- Heeft u duidelijke informatie over uw medicijnen of andere behandeling gekregen?
- In welke mate heeft de informatie u geholpen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Er is geen behoefte aan informatie of de informatie die in het verleden werd verstrekt beantwoordde aan de behoefte.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is een blijvende behoefte aan informatie en toelichting waar door de zorg bevredigend op wordt ingegaan.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft geen informatie gekregen of heeft de informatie niet begrepen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

9. PSYCHISCH ONWELBEVINDEN

Omschrijving

Lijdt de persoon momenteel onder psychisch onwelbevinden?

Vragen

- Heeft u zich de laatste tijd erg verdrietig of somber gevoeld?
- Heeft u zich overmatig bezorgd of angstig gevoeld?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Af en toe onwel bevinden of in lichte mate onwel bevinden zoals iedereen wel eens heeft. Er is geen zorgbehoefte.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. heeft regelmatig steun nodig en krijgt deze ook.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Onwel bevinden heeft aanzienlijke invloed op iemands leven, het weerhoudt de respondent er van bijv. om naar buiten te gaan. Er wordt geen zorg geboden of de zorg is onbevredigend.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

10. VEILIGHEID VAN DE PERSOON ZELF

Omschrijving

Is de persoon een gevaar voor zichzelf?

Vragen

Heeft u er ooit aan gedacht uzelf ietsel toe te brengen, of heeft u daadwerkelijk uzelf ietsel toegebracht?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen suïcidedgedachten.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Suïciderisico wordt door de hulpverlener bewaakt, persoon krijgt therapie.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft de afgelopen maand suïcideplannen geuit. Heeft zichzelf aan serieus gevaar blootgesteld.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

11. VEILIGHEID VOOR ANDEREN

Omschrijving

Vormt de persoon op dit ogenblik een risico voor de veiligheid van andere mensen?

Vragen

- Denkt u dat u een gevaar voor de veiligheid van andere mensen zou kunnen vormen?
- Verliest u wel eens uw beheersing, zodat u iemand slaat?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen geschiedenis van gewelddadigheid of dreigend gedrag.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Onder toezicht (ook medicatie) vanwege potentieel risico en dit toezicht biedt een oplossing.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Recente gewelddadigheid of bedreigingen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

12. ALCOHOL

Omschrijving

Drinkt de persoon extreem veel of heeft hij/zij een probleem met het onder controle houden van het drinken?

Vragen

- Heeft u problemen door het drinken?
- Zou u willen dat u minder zou kunnen drinken?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen probleem met gecontroleerd drankgebruik.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Loopt het risico van drankmisbruik maar ontvangt momenteel hulp of is geen actueel probleem meer.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Huidig drankgebruik is schadelijk of niet onder controle.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

13. DRUGS

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met medicijn/ druggebruik?

Vragen

- Gebruikt u drugs of medicijnen die niet voorgeschreven zijn?
- Zijn er medicijnen /drugs bij waarmee u moeilijk zou kunnen stoppen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen afhankelijkheid of misbruik van medicijnen/ drugs.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt hulp vanwege afhankelijkheid of misbruik.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Afhankelijkheid of misbruik van voorgeschreven, niet voorgeschreven of illegale medicijnen/ drugs.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

14. GEZELSCHAP

Omschrijving

Heeft de persoon hulp nodig bij het aangaan en / of onderhouden van sociale contacten?

Vragen

- Bent u vaak eenzaam?
- Zou u willen dat u meer contact met andere mensen had?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Is in staat voldoende sociale contacten te leggen, heeft voldoende vrienden.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Bezoekt geschikt dagactiviteitencentrum, inloophuis of kerkelijke groep en lost hiermee eenzaamheidsgevoelens op.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Voelt zich vaak eenzaam en geïsoleerd.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

15. INTIEME RELATIES

Omschrijving

Heeft de persoon moeite een partner te vinden of een vaste relatie te onderhouden?

Vragen

- Heeft u een partner?
- Heeft u problemen in uw relatie/huwelijk?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Bevredigende relatie of is gelukkig zonder partner.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is relatietherapie, psychotherapie of begeleiding in sociale vaardigheden waardoor het probleem bevredigend opgelost is.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is huiselijk geweld c.q. de persoon wil graag een partner.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

16. BELEVING VAN DE SEKSUALITEIT

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met zijn/ haar seksualiteit en de beleving ervan?

Vragen

- Heeft u problemen met seks?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Tevreden met huidig seksleven.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt een sekstherapie.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Ernstige seksuele problemen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

17. ZORGEN VOOR DE KINDEREN (onder de 18)

Omschrijving

Heeft de persoon moeite om voor zijn/haar kinderen te zorgen?

Vragen

- Heeft u kinderen?
- Heeft u moeite om voor hen te zorgen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Geen kinderen of geen problemen om voor hen te zorgen.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt hulp betreffende de vaardigheden als ouder, familiehelp of de kinderen zijn uit huis geplaatst waardoor de problemen opgelost zijn.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft ernstige problemen met de zorg voor de kinderen, bijv. dreigende uit huis plaatsing.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

18. ELEMENTAIR ONDERWIJS / EDUCATIE

Omschrijving

Ontbreekt het de persoon aan basisvaardigheden zoals rekenen en lezen?

Vragen

- Heeft u problemen met lezen, schrijven of het begrijpen van de Nederlandse taal?
- Kunt u in de winkel het wisselgeld tellen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Is in staat te lezen en te schrijven en begrijpt Nederlandse formulieren.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt hulp van een familielid, bewindvoerder etc. en kan hiermee de administratieve problemen de baas.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft problemen met basisvaardigheden, spreekt gebrekkig Nederlands.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

19. TELEFOON

Omschrijving

Heeft de persoon enig probleem met de toegang tot en het gebruik van de telefoon?

Vragen

- Weet u hoe een telefoon werkt?
- Is het gemakkelijk er een te vinden die u kunt gebruiken?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. De persoon heeft thuis een telefoon, of gemakkelijk toegang tot een publieke telefoon/telefooncel.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt hulp bij het telefoneren (nummers opzoeken e.d.) en blijft hierdoor in contact.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Geen toegang tot een telefoon of niet in staat te telefoneren.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

20. VERVOER

Omschrijving

Heeft de persoon enig probleem met het gebruik van het openbaar vervoer?

Vragen

- Hoe vindt u het om gebruik te maken van bus, metro of trein?
- Heeft u recht op gratis openbaar vervoer?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Is in staat van het openbaar vervoer gebruik te maken of heeft een auto/ kan een auto lenen.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft gesubsidieerd vervoer (vervoer op maat, buskaarten) of krijgt hulp bij het vervoer (wordt gehaald en gebracht).
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Is niet in staat gebruik te maken van het openbaar vervoer; er is geen oplossing voor vervoersproblemen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

21. GELD

Omschrijving

Heeft de persoon problemen om rond te komen met zijn/haar geld?

Vragen

- Hoe vindt u het om met uw geld rond te komen?
- Redt u het uw rekeningen te betalen?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Is in staat om de essentiële zaken te kopen en om rekeningen te betalen.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt enige hulp bij het budgetteren c.q. heeft een bewindvoerder hetgeen financiële problemen onder controle houdt.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft vaak geen geld voor essentiële zaken of rekeningen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

22. UITKERINGEN

Omschrijving

Krijgt de persoon alle uitkeringen waar hij/zij recht op heeft?

Vragen

- Weet u zeker dat u al het geld krijgt waar u recht op heeft?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Krijgt alle uitkeringen waar hij/zij recht op heeft.
<input type="checkbox"/> 1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Krijgt enige hulp bij het verkrijgen van de uitkeringen (sociaal werker, bewindvoerder.....).
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Grote kans dat hij/zij niet alle uitkeringen krijgt/ontvangt waar rechten op bestaan c.q. men weet het niet.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

CANSAS addendum

1. BETAALD WERK

Omschrijving

Heeft de persoon betaald werk?

Vragen

- Heeft u betaald werk, zo ja verloopt dit naar tevredenheid? Zo niet, zou u graag betaald werk willen hebben?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Heeft betaald werk of is tevreden met de actuele situatie.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is trajectbegeleiding, vrijwilligerswerk e.a. en hoewel er geen oplossing voor betaald werk is wordt op dit ogenblik aan het probleem gewerkt.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is een grote behoefte maar geen perspectief.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

2. NEVENWERKINGEN MEDICATIE

Omschrijving

Heeft de persoon last van nevenwerkingen van de medicatie?

Vragen

- Heb je last van de medicijnen die je inneemt?
- Heb je problemen met bewegen, maag en darmkanaal, gewicht of andere dingen sinds je medicatie neemt?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Er is geen medicatie of heeft er geen last van.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft problemen met de medicatie maar dietistische begeleiding, anticholerine middelen, etc hebben deze problemen onder controle gebracht.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is een blijvend groot en invaliderend probleem door nevenwerkingen medicatie.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

3. ZINGEVING EN HERSTEL

Omschrijving

Heeft de persoon een probleem met de eigen identiteit, rollen en toekomstperspectief?

Vragen

- Heeft u een doel in uw leven?
- Wilt u wat bereiken in uw leven?
- Ontvangt u daarbij hulp/rehabilitatie?

Score	Omschrijving
<input type="checkbox"/> 0 geen probleem/zorgbehoefte	Bijv. Heeft geen problemen ivm toekomstperspectief en sociale rollen. Is tevreden met de actuele situatie.
<input type="checkbox"/> 1 geen/bepert probleem vanwege lopende interventie (vervulde zorgbehoefte)	Bijv. Heeft problemen met de identiteit, rollen en toekomstperspectief, maar ontvangt daarbij hulp/rehabilitatie.
<input type="checkbox"/> 2 ernstig probleem (onvervulde zorgbehoefte)	Bijv. Er is een groot probleem met toekomstperspectief, identiteit en functioneren in sociale rollen.
<input type="checkbox"/> 8 onbekend / 9 onbeoordeelbaar	Toelichting bij 9:.....

Bijlage 2 – MANSA

Kwaliteit van leven Mansa

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & S. Evans. MANSA Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International journal of Social Psychiatry*, 1999 45 (1): 7-12.

Wij vragen u om in de volgende vragen aan te geven wat u vindt van uw kwaliteit van leven, dagbesteding, gezondheid en andere levensgebieden. Gaat u alstublieft bij iedere vraag uw gevoelens na en geef het antwoord dat het beste bij u past.

NB GEBRUIK HIERBIJ DE ANTWOORDKAART!

		Kan niet slechter 1	Ontevreden 2	Meestal ontevreden 3	Gemengd 4	Meestal tevreden 5	Tevreden 6	Kan niet beter 7
1.	Hoe tevreden bent u met uw leven als geheel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hoe tevreden bent u met uw woning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hoe tevreden bent u met uw huisgenoten of, als u alleen woont, met het feit dat u alleen woont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hoe tevreden bent u met uw dagbesteding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geweest van geweld	Ja <input type="checkbox"/>			Nee <input type="checkbox"/>			
8.	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf?	Ja <input type="checkbox"/>		Nee <input type="checkbox"/>				
10.	Heeft u iemand, die u een goede vriend/vriendin zou kunnen noemen?	Ja <input type="checkbox"/>		Nee <input type="checkbox"/>				
11.	Heeft u de afgelopen week een vriend/vriendin gesproken?	Ja <input type="checkbox"/>		Nee <input type="checkbox"/>				
		Kan niet slechter 1	Ontevreden 2	Meestal ontevreden 3	Gemengd 4	Meestal tevreden 5	Tevreden 6	Kan niet beter 7
12.	Hoe tevreden bent u met uw sociale relaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Hoe tevreden bent u met de relatie die u heeft met uw familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Hoe tevreden bent u met uw relatie of met het feit dat u geen relatie heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 3 - Verantwoord gebruik van GenAI tools

Bij het schrijven van deze thesis is ter ondersteuning gebruik gemaakt van de betaalde variant van ChatGPT. Dit is gedaan volgens de richtlijn Generative Artificial Intelligence (GenAI) tools van de Erasmus Universiteit.

ChatGPT is gebruikt bij de zoektocht naar de veelal Engelstalige artikelen. Bij de eerste screening van artikelen is een samenvatting gemaakt. Op basis van deze samenvatting en de prompt; “Wat zegt dit artikel over: SMI/Severe Mental Illness en QoL/Quality of Life?” Is een keuze gemaakt of de artikelen relevant waren en verder gelezen moesten worden.

Tijdens het lezen van de artikelen zijn vragen, door middel van prompts, gesteld aan ChatGPT ter controle of de artikelen goed geïnterpreteerd zijn. Om zo te voorkomen dat de verkeerde vertaling, dan wel interpretatie zou worden toegepast.

Verder is de thesis, naast het nalezen, door ChatGPT op spelling en grammatica gecontroleerd en zijn eventuele spelfouten op basis van deze inzichten aangepast.

Het voorblad is gemaakt met behulp van ChatGPT, waarbij in een aantal stappen gekomen is tot de uiteindelijke tekening.

Voor het vertalen, van het in het Nederlands geschreven managementsamenvatting, naar het Engels is gebruik gemaakt van de betaalde vertaalomgeving van DeepL.com.