

Het verband tussen aspecten van de objectieve levenskwaliteit en de subjectieve levenskwaliteit bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen

Hendrien van de Koot (3160335)  
Klinische en Gezondheidspsychologie  
Universiteit Utrecht  
30 juni 2010

Begeleider Universiteit Utrecht: dr. E.R. Bossema  
Begeleider GGZ Altrecht: dr. W. Swildens

## **Abstract**

Quality of life is an important outcome measure in evaluating the treatment of people with severe mental illnesses. In this study the relationship between aspects of the objective quality of life (subdivided into demographic features and mental, physical, behavioral and social functioning) and the subjective quality of life was examined. This research was part of the Routine Outcome Monitoring (ROM) with the Utrechtse Zorgmonitor and included 839 patients with severe mental illnesses. The Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) assessed the subjective quality of life and the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) assessed a large number of aspects related to objective quality of life. Many relationships were found between aspects of the objective quality of life and the subjective quality of life, but most of these relationships were weak. Problems with depressive mood, social contacts and housing conditions had the strongest relationship with the subjective quality of life. During treatment extra attention can be paid to these problems to improve the subjective quality of life of patients.

*Key words:* objective quality of life, subjective quality of life, severe mental illnesses, schizophrenia, HoNOS, MANSA.

## Samenvatting

Levenskwaliteit is een belangrijke uitkomstmaat om het effect van de behandeling te meten bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. In dit onderzoek wordt het verband onderzocht tussen aspecten van de objectieve levenskwaliteit (onderverdeeld in demografische kenmerken en psychisch, lichamelijk, gedragsmatig en sociaal functioneren) en de subjectieve levenskwaliteit. Dit onderzoek vond plaats in het kader van de Routine Outcome Monitoring (ROM) met de Utrechtse Zorgmonitor. Bij 839 patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening en hun hulpverleners werden de Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) afgenomen om de subjectieve levenskwaliteit te meten en de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) om een groot aantal aspecten van de objectieve levenskwaliteit te meten. Veel aspecten van de objectieve levenskwaliteit hingen samen met de subjectieve levenskwaliteit, maar de verbanden waren meestal zwak. Problemen met depressieve stemming, sociale contacten en woonomstandigheden hingen het meest samen met een verminderde subjectieve levenskwaliteit. In de klinische praktijk kan extra aandacht worden besteed aan deze problemen met als doel de subjectieve levenskwaliteit van patiënten te verbeteren.

*Zoektermen:* objectieve levenskwaliteit, subjectieve levenskwaliteit, ernstige psychiatrische aandoeningen, schizofrenie, HoNOS, MANSA.

## Introductie

Schizofrenie is een ernstige stoornis die in Nederland beschouwd zou kunnen worden als ‘volksziekte’. Dit vanwege de hoge prevalentie, namelijk 60 per 10.000 (Landelijke Stuurgroep/Trimbos-instituut, 2008). Hoewel er geen sekseverschillen zijn in de prevalentie, zijn er wel verschillen in het beloop van de stoornis. Zo openbaart zich de stoornis bij mannen vaak op jongere leeftijd (voor het 25<sup>e</sup> levensjaar) dan bij vrouwen. Ook is de prognose voor mannen over het algemeen minder gunstig (Sadock & Sadock, 2007).

Hoewel hallucinaties en wanen soms worden gezien als kenmerkende symptomen, omvat schizofrenie meer dan alleen stoornissen in de waarneming. Ook cognitie, emotie, bewegingen en andere aspecten van gedrag kunnen negatief beïnvloed worden door deze vorm van psychopathologie. Zo kunnen patiënten ook last hebben van verwarde gedachten, onsamenhangende spraak, bewegingloosheid, of extreme emoties. Welke symptomen er aanwezig zijn, verschilt per persoon. Dit geldt eveneens voor de ernst van symptomen. Hierdoor is het niet mogelijk om te spreken van dé schizofreniepatiënt (Sadock & Sadock, 2007).

Andere psychotische stoornissen, zoals de schizofreniforme stoornis en de schizoaffectieve stoornis, vertonen veel overeenkomsten met schizofrenie. Dit geldt ook voor sommige persoonlijkheidsstoornissen, zoals de schizotypische, schizoïde, borderline en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Sadock & Sadock, 2007). Wat deze stoornissen gemeenschappelijk hebben, is dat ze langdurig zijn en het functioneren negatief beïnvloeden. Patiënten met dergelijke stoornissen ervaren complexe problemen op verschillende levensgebieden als interpersoonlijke relaties, dagbesteding, financiën en zelfverzorging (Sadock & Sadock, 2007). Zij mogen gerekend worden tot patiënten met *ernstige psychiatrische aandoeningen* (EPA) (Mulder et al., 2010).

Een eeuw geleden werden patiënten met EPA nog ‘weggestopt’ in psychiatrische ziekenhuizen, maar hierop kwam sinds de jaren ’60 steeds meer kritiek. Er vond deïnstitutionalisering en vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) plaats. Als gevolg daarvan worden patiënten tegenwoordig niet, of alleen kortdurend opgenomen. Daarvoor in de plaats is een breed zorgaanbod gekomen om patiënten zoveel mogelijk te ondersteunen bij het functioneren in de maatschappij. Hierbij valt te denken aan begeleiding bij individuele problematiek, woonbegeleiding, dagstructurering en trajectbegeleiding (Landelijke Stuurgroep/Trimbos-instituut, 2008).

Het is belangrijk dat de geboden zorg goed geëvalueerd wordt, mede gezien de hoeveelheid en de intensiviteit ervan. De mate van functioneren van patiënten is dan een belangrijke uitkomstmaat. Volgens Priebe (2007) zijn daar echter ook kanttekeningen bij te plaatsen. Zo hoeft de mate van functioneren niet een direct gevolg te zijn van de geboden zorg, maar kunnen omstandigheden in de samenleving hier ook een rol in spelen. Als de werkloosheid bijvoorbeeld hoog is, zullen waarschijnlijk minder mensen met psychische klachten een baan hebben. Ook is bij patiënten die objectief gezien al goed functioneren (bijvoorbeeld een baan en een intieme relatie hebben) minder vooruitgang te boeken dan bij patiënten die er slechter aan toe zijn. Elk objectief gegeven wordt bovendien op een bepaalde manier gewaardeerd. De ene persoon vindt het heel erg om geen baan te hebben, terwijl de ander blij is niet te hoeven werken (Priebe, 2007).

Om meer aandacht te schenken aan de persoonlijke waardering van patiënten, werd een nieuwe uitkomstmaat in het leven geroepen, namelijk kwaliteit van leven. Deze maat bestaat uit een objectief deel (de mate van functioneren) en een subjectief deel (de waardering van het functioneren door de patiënt) (Priebe, 2007). Beide onderdelen kunnen betrekking hebben op verschillende levensgebieden, zoals de woonsituatie, de gezondheid en relaties. Bij objectieve levenskwaliteit wordt echter zoveel mogelijk gewerkt met feitelijkheden, terwijl bij subjectieve levenskwaliteit gevraagd wordt naar de tevredenheid van de patiënt met die feiten (Priebe, 2007; Burns, 2007).

Naar het verband tussen de objectieve en subjectieve levenskwaliteit bij schizofreniepatiënten is veel onderzoek gedaan. Dit wordt hierna beschreven voor demografische kenmerken en psychisch, lichamelijk, gedragsmatig en sociaal functioneren.

### *Demografische kenmerken*

Over het verband tussen sekse en subjectieve levenskwaliteit verschillen de onderzoeksresultaten. Salokangas, Honkonen, Stengard en Koivisto (2006) vonden bijvoorbeeld dat vrouwelijke schizofreniepatiënten meer tevreden zijn dan mannelijke schizofreniepatiënten, maar Heider et al. (2007) vonden dit effect niet. De studie van Marwaha et al. (2008) bij schizofreniepatiënten maakte verder duidelijk dat een hogere leeftijd samengaat met een hogere subjectieve levenskwaliteit, maar dat schizofreniepatiënten hierin niet verschilden van mensen die mentaal gezond waren. Tussen opleidingsniveau en de subjectieve levenskwaliteit is nog geen rechtstreeks verband aangetoond (Salokangas et al., 2006; Heider et al., 2007). Salokangas et al. (2006) vonden wel dat schizofreniepatiënten met een hogere opleiding minder tevreden waren over hun leven dan lager opgeleiden op het

moment dat ze ontslagen werden uit een psychiatrisch ziekenhuis, maar dit effect bleef niet significant wanneer gecontroleerd werd voor de duur van de stoornis. Verschillende studies wezen verder uit dat het hebben van een baan een positieve invloed heeft op de levenskwaliteit van schizofreniepatiënten (Kusel et al., 2007; Eklund, 2009; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler & Hell, 2004). Het hebben van een baan biedt echter nog geen garantie dat er geen financiële problemen zijn. Van de schizofreniepatiënten met een betaalde baan leeft namelijk 12% onder de armoedegrens en van de schizofreniepatiënten die werken op een sociale werkplaats is dit 28-38% (Ruesch et al., 2004). Financiële problemen hebben volgens sommige studies een negatieve invloed op de levenskwaliteit (Heider et al., 2007; Kusel et al., 2007).

### *Psychisch functioneren*

Over de invloed van psychotische symptomen op de subjectieve levenskwaliteit van schizofreniepatiënten bestaan geen eenduidige resultaten. Marwaha et al. (2008) vonden dat positieve symptomen geen invloed hadden op de levenskwaliteit en dat negatieve symptomen de levenskwaliteit verminderden. Heider et al. (2007) stelden echter precies het omgekeerde, terwijl Kusel et al. (2007) vonden dat zowel positieve als negatieve symptomen een beperkte, maar negatieve invloed hadden op de levenskwaliteit. Uit een meta-analyse bleek eveneens dat zowel positieve als negatieve symptomen de levenskwaliteit verminderden, maar dat dit vooral gold voor patiënten die deel uitmaakten van de maatschappij en in mindere mate voor patiënten die opgenomen waren (Eack & Newhill, 2007). Bovendien was het effect niet groot en bleken andere factoren een grotere rol te spelen, waaronder de aanwezigheid van depressieve klachten (Eack & Newhill, 2007; Kusel et al., 2007). Dat depressieve klachten de levenskwaliteit van patiënten met een psychotische stoornis negatief beïnvloeden, werd ook bevestigd door andere onderzoekers (Heider et al., 2007; Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton & Patterson, 2007; Marwaha et al., 2008; Meijer, Koeter, Sprangers & Schene, 2009).

### *Lichamelijk functioneren*

Net als bij mensen zonder psychiatrische problemen, kunnen gezondheidsproblemen de levenskwaliteit verminderen bij schizofreniepatiënten (Salokangas et al., 2006). Hoewel deze beperkingen niet behoren tot de kenmerken van schizofrenie, hebben schizofreniepatiënten wel een verhoogde kans op aandoeningen als reumatoïde artritis, chronische bronchitis en obesitas (Sadock & Sadock, 2007). Cognitieve beperkingen komen wel specifiek voor bij patiënten met een psychotische stoornis (Sadock & Sadock, 2007). Uit onderzoek is gebleken

dat deze beperkingen de objectieve levenskwaliteit verminderen, maar de subjectieve levenskwaliteit kunnen verbeteren. Patiënten met cognitieve beperkingen hebben kans op minder ziekte-inzicht, waardoor ze hun eigen functioneren overschatten (Bowie et al., 2007; Narvaez et al., 2007).

### *Gedragsmatig functioneren*

Hyperactiviteit en impulsiviteit zijn kenmerkend voor schizofrenie. Daardoor lopen patiënten met deze stoornis een verhoogd risico op alcohol- en drugsmisbruik, agressief gedrag en suicide (Sadock & Sadock, 2007). Studies naar verslavingsproblematiek bij patiënten met een psychotische stoornis richten zich voornamelijk op behandelmogelijkheden en op het verband tussen verslaving en psychotische symptomen, maar niet op de kwaliteit van leven. In studies naar agressie bij patiënten met een psychotische stoornis blijft levenskwaliteit ook veelal buiten beschouwing. Wel wordt in het onderzoek van Fassino, Amianto, Gastaldo en Leombruni (2009) bij opgenomen schizofreniepatiënten agressie gerelateerd aan onvrede. De mate van agressie is volgens deze onderzoekers een indirecte maat voor de subjectieve levenskwaliteit. De studie zelf richt zich echter op het verband tussen agressie en sociale factoren, zoals gebrekkige sociale relaties en problemen met de staf.

### *Sociaal functioneren*

Een psychotische stoornis kan grote invloed hebben op het sociale leven van patiënten. Uit veel studies blijkt dat juist sociale factoren de subjectieve levenskwaliteit van patiënten met een psychotische stoornis beïnvloeden. Het hebben van vrienden, het opbouwen van een sociaal netwerk en het regelmatig spreken van familieleden verhoogt de kwaliteit van leven (Salokangas et al., 2006; Marwaha et al., 2007; Eack & Newhill, 2007; Kusel et al., 2007). Over het verband tussen het hebben van een vaste levenspartner en welbevinden bestaan geen eenduidige resultaten. Zo vond Salokangas (2006) dat getrouwde schizofreniepatiënten meer tevreden zijn dan ongetrouwde patiënten, maar vond Heider (2007) geen effect. Duidelijk is wel dat het verbreken van een intieme relatie een negatieve invloed heeft op het welbevinden, maar dit geldt ook voor mensen die mentaal gezond zijn (Marwaha et al., 2007). Uit een aantal studies blijkt verder dat ook de woonvorm invloed heeft op de subjectieve levenskwaliteit. Schizofreniepatiënten die met anderen wonen, zijn over het algemeen meer tevreden dan patiënten die alleen wonen (Eack & Newhill, 2007; Marwaha et al., 2008). Bovendien zijn patiënten die bij hun ouders inwonen minder tevreden dan patiënten die met hun partner of in een groeps huis wonen (Salokangas et al., 2006). Kusel et al (2007) vonden

echter geen verband tussen woonstatus en levenskwaliteit. Zij vonden daarnaast ook geen relatie tussen het hebben van een baan en levenskwaliteit, terwijl andere onderzoekers hier een positief verband vonden (Eklund, 2009; Ruesch et al., 2004). Eklund (2009) merkte hierover echter op dat dit verband niet groot is en dat de situatie op het werk belangrijker is dan het hebben van een baan op zichzelf. De kwaliteit van het contact met collega's en de bevrediging die een patiënt uit het werk haalt, zijn bepalend (Eklund, 2009; Ruesch et al., 2004). Naast een baan kunnen ook andere activiteiten die door patiënten als zinvol worden ervaren (bijvoorbeeld sporten en uitoefenen hobby's) een positieve invloed hebben op het welbevinden (Marwaha et al., 2007; Eklund, 2009).

In veel studies is dus een verband gevonden tussen de objectieve en de subjectieve levenskwaliteit, maar weinig studies vergelijken een breed scala aan levensgebieden (Marwaha et al., 2008). Bovendien zijn er veel methodologische verschillen, waardoor resultaten elkaar kunnen tegenspreken. Zo bestaat er geen consensus over de operationalisatie van levenskwaliteit. Bij objectieve levenskwaliteit is er bijvoorbeeld geen overeenstemming over de levensgebieden die hiertoe behoren. In sommige studies worden demografische kenmerken en aspecten met betrekking tot psychisch functioneren daardoor gezien als behorende tot de objectieve levenskwaliteit, terwijl deze in andere studies een aparte categorie vormen (Marwaha et al., 2008). Studies verschillen ook van elkaar in de methode die wordt gebruikt om levenskwaliteit te meten. In sommige onderzoeken wordt een vragenlijst afgenomen bij de patiënt (bijvoorbeeld bij Heider et al., 2007), terwijl in andere onderzoeken ook gebruik wordt gemaakt van de beoordeling van de hulpverlener (bijvoorbeeld bij Kusel et al., 2007). Voor het meten van de subjectieve levenskwaliteit geldt dat er gebruik wordt gemaakt van diverse vragenlijsten en dat er in een enkel geval gebruik wordt gemaakt van één item over algemene tevredenheid (bijvoorbeeld bij Salokangas et al., 2007). Naast verschillen in operationalisatie en meetwijze kunnen ook verschillen in steekproefgrootte zorgen voor tegenstrijdige resultaten. Bij een grote steekproef worden meestal meer significante resultaten gevonden dan bij een kleine steekproef. Het is dan echter de vraag of deze resultaten ook klinisch significant zijn (Marwaha et al., 2008).

In dit onderzoek is opnieuw het verband onderzocht tussen aspecten van de objectieve levenskwaliteit en de subjectieve levenskwaliteit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). De aspecten met betrekking tot de objectieve levenskwaliteit werden onderverdeeld in de categorieën demografische kenmerken, psychisch functioneren, lichamelijk functioneren, gedragsmatig functioneren en sociaal functioneren. Hierbij werd het



functioneren beoordeeld door de hulpverlener. Bij de subjectieve levenskwaliteit werd uitgegaan van twee algemene tevredenheidsmaten, zoals beoordeeld door de patiënt. De behandeling van patiënten met EPA richt zich vooral op de objectieve levenskwaliteit. Met dit onderzoek kan duidelijk worden gemaakt welke objectieve factoren extra aandacht behoeven om de subjectieve levenskwaliteit van deze patiënten te verbeteren.

## Methoden

### *Participanten*

Aan dit onderzoek namen in totaal 839 patiënten deel die in zorg waren bij de GGZ-instelling Altrecht en/of de Stichting Begeleid Wonen Utrecht (SBWU). In Tabel 1 zijn de kenmerken van de onderzoeksgroep weergegeven. De groep bestond uit 545 mannen en 350 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 44.0 jaar. Van hen had het merendeel de diagnose schizofrenie ( $N = 509$ ). Andere veelvoorkomende diagnoses waren de persoonlijkheidsstoornis ( $N = 166$ ), de psychotische stoornis ( $N = 131$ ) en de aan middelengebruik gebonden stoornis ( $N = 118$ ). De bipolaire stoornis, de angststoornis en de depressieve stoornis kwamen minder vaak voor (respectievelijk  $N = 68$ ,  $N = 55$ ,  $N = 51$ ). Een deel van de patiënten had twee diagnoses.

Tabel 1

*Kenmerken van de onderzoeksgroep (N = 839)*

|                                   |      |          |
|-----------------------------------|------|----------|
| <i>Leeftijd</i>                   |      |          |
| Gemiddelde in jaren ( <i>SD</i> ) | 44.0 | (12.3)   |
| <i>Sekse</i>                      |      |          |
| Man (%)                           | 512  | (61.0 %) |
| Vrouw (%)                         | 327  | (39.0 %) |
| <i>Burgerlijke staat</i>          |      |          |
| Ongehuwd (%)                      | 603  | (71.9 %) |
| Gehuwd (%)                        | 85   | (10.1 %) |
| Gescheiden (%)                    | 142  | (16.9 %) |
| Weduwe/weduwenaar (%)             | 8    | (1.0 %)  |
| Onbekend (%)                      | 1    | (0.1 %)  |
| <i>Geboorteland</i>               |      |          |
| Nederland (%)                     | 650  | (77.5)   |
| Anders (%)                        | 289  | (22.4)   |
| Onbekend (%)                      | 1    | (0.1)    |
| <i>Vaste levenspartner</i>        |      |          |
| Nee (%)                           | 631  | (75.2)   |
| Ja (%)                            | 204  | (24.3)   |
| Onbekend (%)                      | 4    | (0.5)    |
| <i>Woonsituatie</i>               |      |          |
| Bij ouders/andere familie (%)     | 86   | (10.3)   |
| Zelfstandig alleen (%)            | 314  | (37.4)   |
| Zelfstandig met anderen (%)       | 142  | (16.9)   |
| Begeleid/beschermd (%)            | 217  | (25.9)   |
| Psychiatrische instelling (%)     | 51   | (6.1)    |
| Onbekend (%)                      | 29   | (3.5)    |
| <i>Opleidingsniveau</i>           |      |          |
| Geen/laag (%)                     | 247  | (29.4)   |
| Gemiddeld (%)                     | 332  | (39.6)   |

|                       |     |        |
|-----------------------|-----|--------|
| Hoog (%)              | 194 | (23.1) |
| Onbekend (%)          | 66  | (7.9)  |
| <i>Werk situatie*</i> |     |        |
| Geen werk (%)         | 583 | (69.5) |
| Betaald werk (%)      | 148 | (17.6) |
| Vrijwilligerswerk (%) | 233 | (27.8) |
| Onbekend (%)          | 23  | (2.7)  |

*SD* = standaarddeviatie.

\* Deze variabele telt niet op tot 839 omdat een deel van de participanten zowel betaald werk als vrijwilligerswerk deed.

### *Procedure*

De gegevens van dit onderzoek zijn verzameld in het kader van de Routine Outcome Monitoring (ROM) met de Utrechtse Zorgmonitor. Het gaat om een onderzoek van de GGZ-instelling Altrecht naar de zorgbehoeften en kwaliteit van leven bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen dat sinds 2008 wordt uitgevoerd (Swildens et al., 2008; Swildens et al., 2010). Patiënten worden daarbij jaarlijks uitgenodigd voor een interview en kunnen daaraan vrijwillig deelnemen. Ook aan hulpverleners wordt gevraagd enkele vragenlijsten in te vullen over de patiënten die zij begeleiden. Hulpverlenervragenlijsten worden ook ingevuld als patiënten deelname weigeren, waardoor er meer ingevulde hulpverlenervragenlijsten beschikbaar zijn dan ingevulde patiëntvragenlijsten. Wanneer de patiëntvragenlijsten niet ingevuld zijn, betekent dit dat zowel gegevens over de subjectieve levenskwaliteit als over de demografische kenmerken ontbreken. Om die reden werden mensen van wie de patiëntvragenlijst ontbrak ( $N = 443$ ), uitgesloten van dit onderzoek. Mensen van wie de hulpverlenervragenlijst ontbrak, of niet volledig was ingevuld ( $>3$  missing values), werden ook uitgesloten van dit onderzoek ( $N = 56$ ). Om de privacy van patiënten te waarborgen, werden alle gegevens geanonimiseerd ten behoeve van dit onderzoek.

### *Meetinstrumenten*

De demografische kenmerken maakten onderdeel uit van het patiëntinterview. De informatie over de psychiatrische diagnose is afkomstig uit het patiëntdossier. Hoewel er meer vragenlijsten zijn afgenomen voor de Zorgmonitor, worden hieronder slechts de twee vragenlijsten besproken die gebruikt werden voor het huidige onderzoek.

### HoNOS

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) is bedoeld is om de mate van functioneren van psychiatrische patiënten te meten (Mulder et al., 2004). De lijst wordt ingevuld door de

hulpverlener. De HoNOS bestaat uit 12 items verdeeld over vier categorieën: psychisch functioneren (problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen; problemen met depressieve stemming; overige psychische en gedragsproblemen), lichamelijk functioneren (cognitieve problemen; lichamelijke problemen of handicaps), gedragsmatig functioneren (hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag; opzettelijke zelfverwonding; problematisch alcohol- of drugsgebruik) en sociaal functioneren (problemen met sociale contacten; problemen met activiteiten van het dagelijkse leven (ADL); problemen met woonomstandigheden; mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en in vrije tijd). Daarnaast is er een addendum met 3 items over problemen als gevolg van maniforme ontremming, als gevolg van een gebrek aan motivatie voor de behandeling en als gevolg van een gebrek aan compliance met medicatie. De items worden beantwoord met een 5-puntsschaal (Likert) van 0 (*geen probleem*) tot 4 (*ernstig probleem*). Deze antwoordmogelijkheden worden telkens toegelicht met voorbeelden. Voor het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de scores op de afzonderlijke items en van de somscore op deze items. De items van het addendum en het item ‘overige psychische en gedragsproblemen’ zijn niet meegenomen in de analyses. De interne consistentie van de 12 items zoals gemeten met Cronbach’s alpha was voldoende (Luteijn et al., 2009).

### MANSA

De Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) meet de levenskwaliteit en wordt afgenomen bij de patiënt zelf (Priebe et al., 1999). Bij de Zorgmonitor wordt alleen het subjectieve deel van de MANSA gebruikt, waarin met 11 items wordt gevraagd naar de tevredenheid van een patiënt over de volgende levensgebieden: huisvesting, woonsituatie (alleen of met anderen), dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, persoonlijke veiligheid, sociale relaties, relatie met familie, intieme relaties, seksualiteit en financiële situatie. Ook is er een item waarin gevraagd wordt naar tevredenheid over het leven in het algemeen. De items worden beantwoord met behulp van een 7-puntsschaal (Likert) van 0 (*zeer ontevreden*) tot 6 (*zeer tevreden*). Voor het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de gemiddelde score op de 11 items (inclusief het item over algemene tevredenheid) en van de score op het item over algemene tevredenheid. De interne consistentie van het subjectieve deel zoals gemeten met Cronbach’s alpha was goed (Luteijn et al., 2009).

### *Statistische analyses*

Statistische analyses werden uitgevoerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 16.0. Omdat de scores op een vijftal items van de HoNOS niet normaal verdeeld waren, zijn de scores op deze items gehercodeerd naar 0 (*geen probleem*) en 1 (*een probleem*). Met behulp van regressieanalyses werd vervolgens getoetst of er significante verbanden waren tussen de onafhankelijke variabelen van de objectieve levenskwaliteit (leeftijd, sekse, burgerlijke staat, opleidingsniveau, vaste levenspartner, woonsituatie, werksituatie, de scores op de 11 HoNOS-items en de somscore op deze items) en de afhankelijke variabelen van de subjectieve levenskwaliteit (de gemiddelde score op de MANSA en de score op het item over algemene tevredenheid). Bij continue en dichotome onafhankelijke variabelen werden univariate regressieanalyses uitgevoerd. Bij afhankelijke variabelen met meer dan twee categorieën (zie Tabel 1) werden multivariate regressieanalyses uitgevoerd, methode ‘enter’, waarbij dummy’s van de categorieën tegelijkertijd als onafhankelijke variabelen in de regressieanalyse werden opgenomen. Indien dit een significant effect opleverde, werd nagegaan welke categorie voor dit significante effect zorgde. Vervolgens zijn er multivariate regressieanalyses uitgevoerd, methode ‘forward’, waarbij alleen de onafhankelijke variabelen werden opgenomen die in de eerdere regressieanalyses een correlatie van tenminste .10 hadden met de afhankelijke variabele. Volgens de richtlijnen van Cohen zijn correlaties van .10 namelijk zwak te noemen, van .30 matig en van .50 sterk (Miles & Shevlin, 2001). Vanwege het grote aantal analyses bedroeg het significantieniveau voor alle analyses  $p < .01$ .

## Resultaten

Wat betreft de subjectieve kwaliteit van leven bedroeg de gemiddelde score op de MANSA gemiddeld 3.8 ( $SD = 1.0$ ) en de score op het MANSA-item over algemene tevredenheid gemiddeld 3.8 ( $SD = 1.7$ ). De somscore op de HoNOS-items was gemiddeld 7.1 ( $SD = 4.7$ ). Tabel 2 toont voor de continue variabelen met betrekking tot de objectieve levenskwaliteit het gemiddelde en de standaarddeviatie en voor de dichotome variabelen de frequenties waarin het betreffende probleem voorkomt in de onderzoeksgroep.

Tabel 2

*Gemiddelden (SD) voor continue variabelen en frequenties voor dichotome variabelen met betrekking tot de objectieve levenskwaliteit in de onderzoeksgroep (N = 830-839)*

|   |            |
|---|------------|
| <i>Psychisch functioneren</i>   |            |
| Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen  | 0.9 (1.2)  |
| Problemen met depressieve stemming  | 0.8 (1.0)  |
| <i>Lichamelijk functioneren</i>   |            |
| Cognitieve problemen  | 0.7 (0.9)  |
| Lichamelijke problemen of handicaps   | 0.9 (1.1)  |
| <i>Gedragsmatig functioneren</i>  |            |
| Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag (%)*                                       | 214 (25.5) |
| Opzettelijke zelfverwonding (%)*  | 50 (6.0)   |
| Problematisch alcohol- of drugsgebruik (%)*   | 178 (21.2) |
| <i>Sociaal functioneren</i>   |            |
| Problemen met sociale contacten   | 1.3 (1.2)  |
| Problemen met ADL   | 1.1 (1.2)  |
| Problemen met woonomstandigheden (%)*   | 187 (22.3) |
| Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en in vrije tijd (%)* | 182 (21.7) |

---

Noot. Vanwege scheefheid zijn de scores op vijf items (\*) gehercodeerd naar 0 (*geen probleem*) en 1 (*een probleem*). In de rechterkolom zijn bij deze variabelen de frequenties en percentages weergegeven waarin het betreffende probleem voorkomt. Bij de continue variabelen zijn in de rechterkolom de gemiddelden (standaarddeviatie) weergegeven.

De correlatie tussen de beide MANSA-scores bedroeg .70 ( $p < .001$ ), wat betekent dat deze uitkomstmaten sterk met elkaar samenhangen. De correlatie van de somscore op de HoNOS-items met de gemiddelde score op de MANSA bedroeg -.37 ( $p < .001$ ) en met de score op het MANSA-item over algemene tevredenheid -.31 ( $p < .001$ ). De somscore op de HoNOS had dus een matig, negatief verband met zowel de gemiddelde MANSA-score als de score op het MANSA-item. Dit betekent dat naarmate patiënten minder goed functioneerden, zij een lagere subjectieve levenskwaliteit hadden.

In Tabel 3 zijn de correlaties van de scores op de afzonderlijke HoNOS items met de twee MANSA-scores weergegeven. Van de *demografische kenmerken* had alleen 'leeftijd'

een zwak, maar positief significant verband met de gemiddelde MANSA-score. Dit betekent dat oudere patiënten een iets hogere subjectieve levenskwaliteit rapporteerden dan jongere patiënten. Van de variabelen met betrekking tot *psychisch functioneren* had ‘problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen’ een zwak, negatief verband en ‘problemen met depressieve stemming’ een matig, negatief verband met beide MANSA-scores. Zowel psychotische als depressieve symptomen hadden dus een negatieve invloed op de subjectieve levenskwaliteit, maar de invloed van depressieve symptomen was iets sterker. Van de variabelen met betrekking tot *lichamelijk functioneren* had alleen ‘lichamelijke problemen of handicaps’ een zwak, negatief verband met beide MANSA-scores. Dit betekent dat gezondheidsproblemen de subjectieve levenskwaliteit enigszins verminderden. Met betrekking tot *gedragmatig functioneren* hadden ‘hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag’, ‘opzettelijke zelfverwonding’ en ‘problematisch alcohol- of drugsgebruik’ een zwak, negatief verband met de gemiddelde MANSA-score, terwijl alleen ‘problematisch alcohol- of drugsgebruik’ daarnaast een zwak, negatief verband had met de score op het MANSA-item. Dit betekent dat genoemde gedragingen enigszins samenhangen met een verminderde subjectieve levenskwaliteit. Van de variabelen met betrekking tot *sociaal functioneren* hadden ‘problemen met sociale contacten’, ‘problemen met ADL’, ‘problemen met woonomstandigheden’ en ‘mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en in vrije tijd’ allen een zwak, negatief verband met de gemiddelde MANSA-score en met uitzondering van ‘problemen met woonomstandigheden’ ook met de score op het MANSA-item. Genoemde problemen hadden dus een enigszins negatieve invloed op de subjectieve levenskwaliteit. Verder hadden ‘vaste levenspartner’ en ‘werksituatie’ een zwak, positief verband met de gemiddelde MANSA-score en had ‘werksituatie’ ook een zwak, positief verband met de score op het MANSA-item. Dit betekent dat het hebben van een vaste levenspartner en het hebben van werk de subjectieve levenskwaliteit verbeterden. Bij werksituatie kon onderscheid gemaakt worden tussen ‘betaald werk’ en ‘vrijwilligerswerk’. Beide hadden een zwak, positief verband met de MANSA-scores, maar het verband tussen betaald werk en de subjectieve levenskwaliteit was iets sterker.

Tabel 3

*Correlaties tussen variabelen van de objectieve levenskwaliteit en van de subjectieve levenskwaliteit en de sterkte van de correlaties*

|  | <i>Gemiddelde<br/>MANSA-score</i> |          |                | <i>Score<br/>MANSA-item</i> |          |                |
|--|-----------------------------------|----------|----------------|-----------------------------|----------|----------------|
|  | <i>r</i>                          | <i>p</i> | <i>Sterkte</i> | <i>r</i>                    | <i>p</i> | <i>Sterkte</i> |
| <i>Demografische kenmerken</i>   |                                   |          |                |                             |          |                |
| Leeftijd   | .10                               | < .001   | zwak           | .08                         | .02      |                |
| Sekse  | -.04                              | .25      |                | .09                         | .01      |                |
| Burgerlijke staat*   | .06                               | .43      |                | .09                         | .07      |                |
| Opleidingsniveau*  | .02                               | .88      |                | .04                         | .44      |                |
| <i>Psychisch functioneren</i>  |                                   |          |                |                             |          |                |
| Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen                                   | -.14                              | < .001   | zwak           | -.12                        | < .001   | zwak           |
| Problemen met depressieve stemming   | -.40                              | < .001   | matig          | -.38                        | < .001   | matig          |
| <i>Lichamelijk functioneren</i>  |                                   |          |                |                             |          |                |
| Cognitieve problemen   | -.04                              | .21      |                | -.07                        | .05      |                |
| Lichamelijke problemen of handicaps  | -.15                              | < .001   | zwak           | -.15                        | < .001   | zwak           |
| <i>Gedragmatig functioneren</i>  |                                   |          |                |                             |          |                |
| Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag                                       | -.14                              | < .001   | zwak           | -.01                        | .89      |                |
| Opzettelijke zelfverwonding  | -.18                              | < .001   | zwak           | -.08                        | .02      |                |
| Problematisch alcohol- of drugsgebruik   | -.12                              | < .001   | zwak           | -.16                        | < .001   | zwak           |
| <i>Sociaal functioneren</i>  |                                   |          |                |                             |          |                |
| Problemen met sociale contacten  | -.28                              | < .001   | zwak           | -.21                        | < .001   | zwak           |
| Problemen met ADL  | -.18                              | < .001   | zwak           | -.12                        | < .001   | zwak           |
| Problemen met woonomstandigheden   | -.15                              | < .001   | zwak           | -.08                        | .03      |                |
| Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en in vrije tijd | -.14                              | < .001   | zwak           | -.14                        | < .001   | zwak           |
| Vaste levenspartner  | .09                               | .01      | zwak           | .00                         | .99      |                |
| Woonsituatie*  | .10                               | .11      |                | .10                         | .11      |                |
| Werksituatie   | .18                               | < .001   | zwak           | .16                         | < .001   | zwak           |
| Betaald werk   | .14                               | < .001   | zwak           | .14                         | < .001   | zwak           |
| Vrijwilligerswerk  | .10                               | < .001   | zwak           | .09                         | .01      | zwak           |

Noot. De variabelen met \* bestonden uit meer dan 2 categorieën (zie Tabel 1). Multivariate analyses, waarbij dummy's van de categorieën tegelijkertijd als onafhankelijke variabelen in de regressieanalyse werden opgenomen, leverden geen significante effecten op, om welke reden er geen verdere analyses zijn gedaan voor de betreffende variabelen.

In Tabel 4 zijn de resultaten weergegeven van de twee multipale regressieanalyses waarin alleen de variabelen uit Tabel 3 zijn opgenomen die tenminste een correlatie van .10 hadden met de gemiddelde MANSA-score respectievelijk de score op het MANSA-item. Het model voor de gemiddelde MANSA-score was significant ( $F(3,796) = 61.6$ ,  $p < .001$ ) en verklaarde 19% van de variantie. De variabele 'problemen met depressieve stemming' verklaarde 16% van de variantie, terwijl de variabelen 'problemen met sociale contacten' en 'problemen met woonomstandigheden' daar respectievelijk 2% en 1% aan toevoegden. Aanwezigheid van



depressieve klachten had dus de grootste invloed op de subjectieve levenskwaliteit, terwijl problemen met sociale contacten en woonomstandigheden een geringere invloed hadden. Het model voor het MANSA-item over algemene tevredenheid was ook significant ( $F(2,783) = 69.6, p < .001$ ) en verklaarde 15% van de variantie. De variabele ‘problemen met depressieve stemming’ verklaarde 14% van de variante en de variabele ‘problemen met sociale contacten’ voegde hier 1% aan toe. Dit betekent dat de aanwezigheid van depressieve klachten ook hier de grootste invloed had en sociale contacten een geringere invloed.

Tabel 4

*Resultaten van de multiële regressie-analyse met de gemiddelde MANSA-score en de score op het MANSA-item over algemene tevredenheid als afhankelijke variabelen.*

|                                    | <i>Gemiddelde score<br/>MANSA</i> |           |          | <i>Item MANSA over<br/>algemene tevredenheid</i> |           |          |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|--|-----------|----------|
|                                    | <i>B</i>                          | <i>SE</i> | <i>p</i> | <i>B</i>   | <i>SE</i> | <i>p</i> |
| <i>Psychisch functioneren</i>      |                                   |           |          |  |           |          |
| Problemen met depressieve stemming | -0.34                             | 0.40      | < .001   | -0.59  | 0.06      | <.001    |
| <i>Sociaal functioneren</i>        |                                   |           |          |  |           |          |
| Problemen met sociale contacten    | -0.13                             | 0.30      | < .001   | -0.13  | 0.05      | .01      |
| Problemen met woonomstandigheden   | -0.23                             | 0.08      | < .001   |  |           |          |

## Discussie

In dit onderzoek werd het verband onderzocht tussen aspecten van de objectieve levenskwaliteit en de subjectieve levenskwaliteit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. De aspecten van de objectieve levenskwaliteit werden onderverdeeld in de categorieën demografische kenmerken en psychisch, lichamelijk, gedragsmatig en sociaal functioneren. Bij de subjectieve levenskwaliteit werd uitgegaan van twee algemene tevredenheidsmaten, die sterk met elkaar samenhangen. Het patroon van de resultaten was gelijk voor beide uitkomstmaten, hoewel voor de gemiddelde MANSA-score iets meer verbanden significant waren dan voor de score op het MANSA-item, mogelijk doordat de gemiddelde score iets zegt over meer levensgebieden. Veel aspecten van de objectieve levenskwaliteit hingen samen met de subjectieve levenskwaliteit, maar de verbanden waren meestal zwak. Problemen met depressieve stemming, sociale contacten en woonomstandigheden hingen het meest samen met een verminderde subjectieve levenskwaliteit.

Van de *demografische kenmerken* werd alleen een zwak verband gevonden tussen leeftijd en subjectieve levenskwaliteit. Oudere patiënten bleken iets tevredener te zijn dan jongere patiënten, een resultaat dat ook gevonden werd door Marwaha et al. (2008) die hiervoor als verklaring gaven dat ouderen zich beter hebben aangepast aan hun stoornis en de consequenties ervan. Van sekse en burgerlijke staat werden geen effecten gevonden. Onderzoeksresultaten met betrekking tot deze variabelen waren niet eenduidig. Zo vonden Salokangas et al. (2006) dat vrouwen meer tevreden waren, evenals gehuwden, terwijl Heider et al. (2007) geen effecten vonden. Tussen opleidingsniveau en de subjectieve levenskwaliteit werd ook geen verband gevonden, wat in overeenstemming is met de resultaten van Heider et al. (2007) en gedeeltelijk in overeenstemming met de resultaten van Salokangas et al. (2006). Zij vonden namelijk dat opleidingsniveau en de subjectieve levenskwaliteit samenhangen, tenzij er gecontroleerd werd voor de duur van de stoornis.

Met betrekking tot *psychisch functioneren* werd gevonden dat zowel psychotische symptomen als depressieve klachten een enigszins negatieve invloed hadden op de subjectieve levenskwaliteit, maar dat de invloed van depressieve klachten iets groter was. Deze conclusie werd ook getrokken door andere onderzoekers (Eack & Newhill, 2007; Kusel et al., 2007). Overigens vormde depressiviteit geen groot probleem in de onderzoeksgroep. Problemen met depressieve stemming kwamen wel voor, maar het ging veelal om milde klachten. Ook problemen met hallucinaties en waanvoorstellingen kwamen betrekkelijk

weinig voor, gezien de diagnoses van patiënten die deelnamen aan dit onderzoek. Mogelijk komt dit doordat patiënten goed ingesteld waren op medicatie. In de behandeling van psychotische stoornissen neemt symptoomvermindering namelijk nog altijd een belangrijke plaats in (Priebe, 2007).

Wat betreft *lichamelijk functioneren* bleken gezondheidsproblemen de subjectieve levenskwaliteit licht te verminderen. Salokangas et al. (2006) vonden hetzelfde resultaat en gaven aan dat patiënten met psychotische stoornissen hierin niet verschilden van mentaal gezonde mensen. Tussen cognitieve problemen en de subjectieve levenskwaliteit werd geen verband gevonden, terwijl voorgaand onderzoek in de richting van een positief verband wees (Bowie et al., 2007; Narvaez et al., 2007). In het huidige onderzoek was de gemiddelde score op het item over cognitieve problemen echter laag, wat betekent dat de aanwezige cognitieve problemen over het algemeen niet ernstig waren. Mogelijk geldt alleen voor ernstige cognitieve problemen dat zij de subjectieve levenskwaliteit verhogen als gevolg van een verminderd ziekte-inzicht.

Met betrekking tot *gedragmatig functioneren* bleek dat hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag zwak gerelateerd was aan een verminderde subjectieve levenskwaliteit. Ook zelfverwonding en middelenmisbruik waren zwak gerelateerd aan een verminderde subjectieve levenskwaliteit. Dit is voor zover bekend de eerste keer dat het verband tussen deze aspecten van het functioneren en de subjectieve levenskwaliteit onderzocht is. Voorgaande studies richtten zich voornamelijk op verbanden van deze aspecten met psychotische symptomen of sociale factoren. Uit onderzoek van Fassino et al. (2009) bleek bijvoorbeeld dat de mate van agressie bij opgenomen patiënten met EPA gerelateerd was aan gebrekkige sociale relaties en problemen met de staf.

Wat betreft *sociaal functioneren* bleken problemen met sociale contacten een zwakke, negatieve invloed te hebben op de subjectieve levenskwaliteit, een resultaat dat aansluit bij voorgaand onderzoek (Salokangas et al., 2006; Marwaha et al., 2007; Eack & Newhill, 2007; Kusel et al., 2007). Problemen met ADL en een gebrek aan mogelijkheden om vaardigheden te gebruiken en te verbeteren, bleken de subjectieve levenskwaliteit eveneens zwak negatief te beïnvloeden. Hoewel er naar deze aspecten van het functioneren geen onderzoek is gedaan bij patiënten met psychotische stoornissen, is uit onderzoek bij ouderen bekend dat het afhankelijk zijn van anderen voor de dagelijkse verzorging en het missen van persoonlijke uitdaging in werk of andere activiteiten negatieve gevoelens kan veroorzaken (Sadock & Sadock, 2007). Problemen met woonomstandigheden hadden verder een zwakke, negatieve invloed op de subjectieve levenskwaliteit, hoewel de woonvorm geen verschil maakte. In

voorgaande studies werden wel verbanden gevonden tussen woonvorm en subjectieve levenskwaliteit (Salokangas et al., 2006; Eack & Newhill, 2007; Marwaha et al., 2008), maar niet door alle onderzoekers (Kusel et al., 2007). Het hebben van een vaste levenspartner verhoogde de subjectieve levenskwaliteit enigszins, hoewel er voor burgerlijke staat (in dit onderzoek geschaard onder ‘demografische kenmerken’) geen effect werd gevonden. Het hebben van betaald werk of vrijwilligerswerk bleek in overeenstemming met voorgaand onderzoek (Eklund, 2009; Ruesch et al., 2004) eveneens een zwakke, positieve invloed te hebben op de subjectieve levenskwaliteit.

Samenvattend, er zijn in deze studie veel verbanden gevonden tussen aspecten van de objectieve levenskwaliteit en de subjectieve levenskwaliteit. Alle genoemde verbanden waren echter zwak, behalve het verband tussen problemen met depressieve stemming en de subjectieve levenskwaliteit, die matig was. Na correctie voor de onderlinge verbanden tussen de verschillende aspecten van de objectieve levenskwaliteit hingen nog slechts drie aspecten van de objectieve levenskwaliteit samen met de subjectieve levenskwaliteit, namelijk problemen met depressieve stemming, sociale contacten en woonomstandigheden. Van deze drie leverde problemen met depressieve stemming de grootste bijdrage aan de subjectieve levenskwaliteit. Voor de klinische praktijk betekenen deze resultaten dat om de subjectieve levenskwaliteit van patiënten met EPA te verbeteren extra ingezet kan worden op het verminderen van depressieve klachten, hoewel deze niet heel frequent lijken voor te komen. Verder kan extra aandacht geschonken worden aan het verbeteren van sociale vaardigheden, het uitbreiden van het sociale netwerk en het oplossen van problemen betreffende woonomstandigheden.

Het is opvallend dat er voornamelijk zwakke verbanden zijn gevonden tussen de factoren betreffende de objectieve levenskwaliteit en de subjectieve levenskwaliteit. In voorgaand onderzoek (bijvoorbeeld Heider et al., 2007; Kusel en al., 2007) werden soortgelijke resultaten verkregen en in de literatuur worden hiervoor verschillende verklaringen geboden. Zo kunnen patiënten met EPA een ander referentiekader hebben dan onderzoekers of hulpverleners. Als vrienden bijvoorbeeld ook niet getrouwd zijn en geen baan hebben, beschouwen patiënten dit wellicht als normaal en kunnen zij hierover toch tevreden zijn (Priebe, 2007). Doordat patiënten zich daarnaast aanpassen aan hun beperkingen, hoeven deze niet altijd samen te gaan met een verminderde subjectieve levenskwaliteit (Marwaha et al., 2008). De theorie over homeostase van subjectieve levenskwaliteit geeft bovendien een verklaring voor het feit dat mensen een vrij constant gevoel van subjectief welbevinden kunnen ervaren, ongeacht de omstandigheden (Cummins, 2000; Mellor, Cummins, Karlinski

& Storer, 2003). Het ervaren van controle (cognitief aspect) en het hebben van optimisme (affectief aspect) zijn hierbij cruciaal. Deze kwaliteiten hebben te maken met persoonlijkheid, wat verklaart dat levenskwaliteit ook verschilt tussen mensen die mentaal gezond zijn (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). Dit laatste betekent echter niet dat er geen verschillen zijn in subjectieve levenskwaliteit tussen psychiatrische patiënten en mentaal gezonde mensen. Een psychische stoornis kan, evenals langdurige stress, de homeostase in de subjectieve levenskwaliteit verstoren (Cummins, 2000). Daarnaast is het de vraag in hoeverre de samenhang tussen depressieve klachten en subjectieve levenskwaliteit het gevolg is van de meetwijze, namelijk zelfrapportage (Eack & Newhill, 2007). Een depressie gaat samen met negatieve gedachten over jezelf, de wereld en de toekomst (Hammen & Watkins, 2008). Dergelijke negatieve gedachten kunnen de antwoorden van de patiënt beïnvloeden, waardoor een vertekend beeld ontstaat. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat het verband tussen depressieve stemming en de subjectieve levenskwaliteit sterker was dan de verbanden tussen andere variabelen en de subjectieve levenskwaliteit.

Er kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden bij deze studie. Een groot aantal patiënten heeft niet deelgenomen aan het patiëntinterview en kon daardoor niet in dit onderzoek worden geïncorporeerd. Hierdoor is de onderzoeksgroep mogelijk minder representatief en zijn de resultaten mogelijk niet generaliseerbaar naar de gehele groep patiënten met EPA. Uit de hulpverlenerinterviews bleek namelijk dat patiënten die deelnamen aan het patiënteninterview weigerden volgens hun hulpverleners over het algemeen minder goed functioneerden en meer zorgbehoeften hadden dan patiënten die wel deelnamen aan het interview (Swildens et al., 2008). Een ander punt is dat alle variabelen met betrekking tot de objectieve levenskwaliteit gemeten zijn met behulp van slechts één item. Omdat de items binnen een categorie onvoldoende met elkaar samenhangen, was het niet betrouwbaar om gemiddelde categoriescores te gebruiken. Vervolgonderzoek zou gebruik kunnen maken van betrouwbaarder meetinstrumenten om de verschillende concepten te meten. In vervolgonderzoek zouden bovendien meerdere metingen opgenomen kunnen worden, zodat er ook zicht komt op de stabiliteit en richting van de verbanden tussen de objectieve en de subjectieve levenskwaliteit.

Concluderend kan gesteld worden dat bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen verschillende aspecten met betrekking tot het psychisch functioneren, lichamelijk functioneren, gedragsmatig functioneren en sociaal functioneren samenhangen met de subjectieve levenskwaliteit, doch dat deze verbanden veelal zwak zijn. Problemen met depressieve stemming, sociale contacten en woonomstandigheden hangen het meest samen

met een verminderde subjectieve levenskwaliteit. In de klinische praktijk kan extra aandacht worden besteed aan deze problemen met als doel de subjectieve levenskwaliteit van patiënten te verbeteren.

## Referenties

- Bowie, C. R., Twamley, E. W., Anderson, H., Halpern, B., Patterson, T. L. & Harvey, P. D. (2007). Self-assessment of functional status in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 41*, 1012-1018.
- Burns, T. (2007). Evolution of outcome measures in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 191*, s1-s6.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research, 52*, 55-72.
- Eack, S. M. & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 1225-1237.
- Eklund, M. (2009). Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Quality of Life Research, 18*, 163-170.
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M. & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy populations samples. *Quality of Life Research, 16*, 17-29.
- Fassino, S., Amianto, F., Gastaldo, L. & Leombruni, P. (2009). Anger and functioning amongst inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder living in a therapeutic community. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*, 186-194.
- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. & Toumi, M. (2007). A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research, 93*, 194-202.
- Kusel, Y., Laugharne, R., Perrington, S., McKendrick, J., Stephenson, D., Stockton-Henderson, J., Barley, M., McCaul, R. & Burns, T. (2007). Measures of quality of life in schizophrenia: a comparison of two scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 819-823.
- Landelijke Stuurgroep/Trimbos-instituut (2008). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Retrieved January 16, 2010 [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=56](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=56)
- Luteijn, F., Barelds, D. P. H., Arrindell, W. A., Deelman, B. G., Kamphuis, J. H. & Vertommen, H. (2008). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J., Kilian, R., Kornfeld, A. & Toumi, M. (2008). Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 87-94.
- Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G. & Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 361-368.
- Mellor, D. J., Cummins, R. A., Karlinski, E. & Storer, S. P. (2003). The management of subjective quality of life by short-stay hospital patients: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2001). *Applying regression & correlation. A guide for students and researchers*. Londen: SAGE Publications.
- Mulder, C. L., Gaag, M. van der, Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P. A. E., Dries, P., Faber, G., Haan, L. de, Heiden, F. M. M. A. van der, Kempen, R. W., Mogendorff, E. S. G., Slooff, C., Sytema, S., Wiersma, D., Wunderink, L. & Os, J. van (2010). Routine Outcome Monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 169-179.
- Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sitema, S. & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assesment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 273-284.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K. & Patterson, T. L. (2007). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 201-208.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191, s15-s20.
- 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, 7-12.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th Edition). Baltimore: Williams & Wilkins.



- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengard, E. & Koivisto, A. (2006). Subjective life satisfaction and living situations of persons in Finland with long-term schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 373-381.
- Swildens, W., Beenackers, M., Beentjes, B., Driedonks, G., Gorter, L., Valk, G., Wel, T. van, Zeldenthuis, A. (2010). Effectmeting bij mensen met ernstige psychiatrische problemen. Routine Outcome Metingen met de Utrechtse Zorgmonitor. Landelijk Schizofreniecongres, Zwolle, november 2010.
- Swildens, W., Croes, C., Gramsma, B., Berg, H. van den, Driedonks, G., Voeselek, R., Wel, T. van (2008). De Utrechtse Zorgmonitor; ervaringen met monitoring van mensen met psychotische stoornissen. Landelijk Rehabilitatiecongres, Utrecht, december 2008.