

# **MANSA**

## **Manchester Short Assessment of Quality of Life**

**Handleiding**

**Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen  
Drs. E.A.W. Janssen-de Ruijter  
Dr. M.A. Nugter**

**2017**

## VOORWOORD

Voor het meten van kwaliteit van leven zijn verschillende instrumenten beschikbaar (De Kroon & Hodiamont, 2009; Van Nieuwenhuizen, 2006; Ware & Sherbourne, 1992). Van de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999) is in 2000 een geautoriseerde vertaling in Nederland verschenen (Van Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 2000). De MANSA is gebaseerd op de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP; Oliver, Huxley, Priebe, & Kaiser, 1997; Priebe et al., 1999; Van Nieuwenhuizen, Schene, Koeter, & Huxley, 2001). Aangezien de MANSA inmiddels een veelgebruikt instrument is, is de behoefte aan een handleiding gegroeid. Een andere reden is dat de MANSA inmiddels ook vaak gebruikt wordt binnen Routine Outcome Monitoring (ROM).

Een voordeel van een handleiding is dat alle informatie die van belang is bij het gebruik van de MANSA geclusterd is en dat duidelijk is dat de juiste, geautoriseerde versie van de MANSA wordt gebruikt. Een ander voordeel is dat het inzicht geeft in de psychometrische kwaliteiten van het instrument, waardoor een transparante en inhoudelijke beoordeling mogelijk is.

Bij de totstandkoming van deze handleiding zijn we veel dank verschuldigd aan de personen die data ter beschikking hebben gesteld: dr. Marcel van Assen (Tilburg University), dr. Marja Depla (Trimbos-instituut), dr. Hanneke van Gestel (Tilburg University), dr. Jessica de Maeyer (Hogeschool Gent), drs. Paul van Kessel (GGz Oost-Brabant) en drs. Jan van Montfoort (GGz Oost-Brabant).

# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord .....	2
Inhoudsopgave .....	3
1. Theoretische achtergrond Kwaliteit van leven .....	5
1.1 Inleiding .....	5
1.2 Het concept kwaliteit van leven .....	5
1.2.1 Objectieve component van kwaliteit van leven .....	5
1.2.2 Subjectieve component van kwaliteit van leven .....	6
1.3 Meten van kwaliteit van leven.....	6
1.3.1 De MANSA.....	6
2. Beschrijving MANSA.....	7
2.1 Achtergrond .....	7
2.2 Doelstelling.....	7
2.3 Doelgroep.....	7
2.4 Beschrijving items .....	7
3. Praktisch gebruik MANSA.....	8
3.1 Materiaal.....	8
3.2 Afname.....	8
3.3 Afnameduur.....	8
3.4 Scoring en omgang met missende variabelen .....	8
3.5 Normering .....	9
3.6 Klinische significantie en betrouwbare verandering .....	9
4. Beschrijving van de onderzoekspopulaties .....	10
4.1 Achtergrondkenmerken onderzoekspopulaties.....	10
4.2 Patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) .....	10
4.2.1 Onderzoekspopulatie 1 – Patiënten uit de langdurige psychiatrie Noord-Holland .....	10
4.2.2 Onderzoekspopulatie 2 – Psychiatrische patiënten Oost-Brabant.....	11
4.3 Patiënten met psychiatrische problemen.....	11
4.3.1 Onderzoekspopulatie 3 – Deelnemers cursus ‘Herstellen doe je zelf’ .....	11
4.4 Oudere psychiatrische patiënten.....	12
4.4.1 Onderzoekspopulatie 4 – Oudere psychiatrische patiënten .....	12
4.5 Methadongebruikers .....	13
4.5.1 Onderzoekspopulatie 5 – Methadongebruikers.....	13
4.6 Algemene bevolking.....	14
4.6.1 Onderzoekspopulatie 6 – Studenten .....	14
4.6.2 Onderzoekspopulatie 7 – Gezonde populatie .....	14
4.7 Gemiddelden en standaarddeviaties voor de MANSA .....	15
4.7.1 Subjectieve items MANSA.....	15
4.7.2 Objectieve items MANSA .....	15
4.8 Scores voor geslacht en leeftijd .....	17
5. Betrouwbaarheid, intercorrelaties en stabiliteit .....	18
5.1 Betrouwbaarheid.....	18
5.2 Itemhomogeniteit.....	18
6. Validiteit.....	19
6.1 Constructvaliditeit.....	19
6.1.1 Convergente validiteit.....	19
6.1.2 Divergente validiteit.....	19
6.2 Criteriumvaliditeit .....	20
7. Nawoord .....	21
8. Referenties .....	22

Bijlage A – Vragenlijsten .....	25
MANCHESTER VERKORTE KWALITEIT VAN LEVEN METING (MANSA VN-12).....	26
MANCHESTER VERKORTE KWALITEIT VAN LEVEN METING (MANSA VN-16).....	29
Demografische & algemene gegevens.....	33
Bijlage B – Normtabellen .....	35
Normering .....	36
Normtabellen - Patiënten met EPA .....	37
Normtabellen - Patiënten met psychiatrische problemen .....	38
Normtabellen - Oudere psychiatrische patiënten.....	39
Normtabellen - Methadongebruikers .....	40
Normtabellen - Algemene bevolking .....	41
Bijlage C – Tabellen bij Hoofdstuk 4 .....	43
Tabellen bij Hoofdstuk 4, Paragraaf 4.8.....	44
Bijlage D – Tabellen bij Hoofdstuk 5 .....	46
Tabellen bij Hoofdstuk 5, Paragraaf 5.2.....	47

# 1. THEORETISCHE ACHTERGROND KWALITEIT VAN LEVEN<sup>1</sup>

## 1.1 Inleiding

In de afgelopen twee decennia is de interesse in het concept kwaliteit van leven voortdurend toegenomen (Bouman, Van Nieuwenhuizen, Schene, & De Ruiter, 2008; De Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, Van Nieuwenhuizen, & Broekaert, 2011; Van Nieuwenhuizen & Nijman, 2009). Binnen de zorg is de kwaliteit van leven van patiënten een expliciete doelstelling voornamelijk bij patiënten met ernstige, langdurige psychische problemen (Barry & Crosby, 1996). Kwaliteit van leven wordt onder andere gebruikt als uitkomstmaat ter evaluatie van behandelprogramma's (Awad, Voruganti, & Heslegrave, 1997; Lehman, 1996, 1997; Simeoni et al., 2000; Van Nieuwenhuizen, Schene, Boevink, & Wolf, 1997; Van Nieuwenhuizen et al., 2001). Het principe achter kwaliteit van leven als uitkomstmaat is dat door het meten van kwaliteit van leven, een compleet beeld ontstaat over het effect van interventies (Reininghaus, McCabe, Burns, Croudace, & Priebe, 2012; Van Nieuwenhuizen & Nijman, 2009). Sommige auteurs zien kwaliteit van leven zelfs als een belangrijker uitkomstmaat dan symptoomvermindering (zie De Maeyer, Van Nieuwenhuizen, Bongers, Broekaert, & Vanderplasschen, 2013; zie ook Katschnig, Freeman, & Sartorius, 2005).

Ondanks het belang van kwaliteit van leven bij de behandel-evaluatie van chronisch en soms ongeheelbaar zieke patiënten is er tot op heden geen overeenstemming over wat onder het begrip kwaliteit van leven moet worden verstaan. Er is tevens geen overeenstemming over de wijze waarop de visie van patiënten zou moeten worden meegenomen in de definitie en vaststelling van kwaliteit van leven (Nordenfelt, 2011; Orley, Saxena, & Herrman, 1998) en welke modellen de meest verklarende power hebben (Zissi, Barry, & Cochrane, 1998). In de beschikbare literatuur over instrumenten die de kwaliteit van leven meten, staan de resultaten van empirisch onderzoek en de psychometrische toetsing centraal. Relatief weinig aandacht is besteed aan het concept kwaliteit van leven zelf, met als gevolg een grote diversiteit aan definities en methodologische benaderingen (Baker & Intagliata, 1982; Katz, 1987).

## 1.2 Het concept kwaliteit van leven

Bij het concept kwaliteit van leven kan grofweg een onderscheid worden gemaakt tussen twee benaderingen. Bij de eerste benadering, waar de focus ligt op de gezondheidstoestand, wordt kwaliteit van leven gedefinieerd als de mate waarin de levenscondities van een individu tegemoet komen aan de maatschappelijke normen (Hörnquist, 1982; McCall, 1975). Kwaliteit van leven wordt hierbij gemeten door middel van een opsomming van economische en sociale indicatoren uit het dagelijks leven die geacht worden bij te dragen aan de kwaliteit van leven (Musschenga, 1997). Voorbeelden van deze indicatoren zijn inkomen, werk, gezondheid, sociale relaties en veiligheid in de woonomgeving. Een tweede benadering, een meer holistische benadering, definieert kwaliteit van leven als een subjectief concept met een focus op algemeen welbevinden (De Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, Van Nieuwenhuizen, & Broekaert, 2011). Volgens deze benadering bestaat kwaliteit van leven uit subjectieve indicatoren als welzijn, tevredenheid en geluk (Bouman et al., 2008; Bradburn, 1969; Cheng, 1988; Priebe et al., 2010; Shye, 1989).

Voor het gebruik van kwaliteit van leven in de psychiatrie lijkt een combinatie van beide benaderingen het meest geschikt (Baker & Intagliata, 1982; Bigelow, McFarland, & Olson, 1991; Lehman, 1988). Kwaliteit van leven wordt dan gedefinieerd als 'het gevoel van welbevinden en tevredenheid, waargenomen door mensen onder hun actuele omstandigheden' (Lehman, 1983). Deze definitie van Lehman (1983) bevat zowel een objectieve (actuele omstandigheden) als een subjectieve component (de bijbehorende gevoelens van welbevinden en tevredenheid). Beide componenten worden hieronder verder toegelicht.

### 1.2.1 Objectieve component van kwaliteit van leven

Onder de objectieve component van kwaliteit van leven worden de omstandigheden waaronder iemand leeft, verstaan. De traditionele medische benadering in de psychiatrie was tot voor kort vooral gericht op het verminderen van de psychopathologie en de beheersing van de symptomen (Van Nieuwenhuizen, Wilrycx, Moradi, & Brouwers, 2014). Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen ervaren echter problemen die breder zijn dan alleen (de ernst van) hun symptomen. In de zorg is dan ook een verschuiving gaande van

<sup>1</sup> Delen van dit hoofdstuk zijn gebaseerd op: Van Nieuwenhuizen, Ch. (1998). *Quality of Life of Persons with Severe Mental Illness: An Instrument*. Amsterdam: Thesis Publishers. ISBN 90-9011374-6.

de behandeling van symptomen naar het begeleiden bij problemen bij onderdelen van het dagelijks leven (bijvoorbeeld huisvesting of dagstructurering). Om de objectieve component van kwaliteit van leven te operationaliseren, zijn veel instrumenten ontwikkeld waarbij de verschillende levensdomeinen op een systematische manier in kaart worden gebracht. Het woord 'objectief' betekent hier niet dat de levensomstandigheden van mensen objectief in kaart worden gebracht; de objectieve component wordt vastgesteld door mensen zelf naar hun feitelijke levensomstandigheden te vragen.

### **1.2.2 Subjectieve component van kwaliteit van leven**

Bij de subjectieve component van kwaliteit van leven ligt de focus op de manier waarop mensen hun eigen leven ervaren (Bradburn, 1969; Brook et al., 1979; Rosenfield, 1992; Tantam, 1988). De beoordeling van de tevredenheid met verschillende levensdomeinen zoals werk, financiën, leefsituatie, familierelaties en gezondheid is daarbij van groot belang.

## **1.3 Meten van kwaliteit van leven**

Er zijn drie overkoepelende manieren om kwaliteit van leven te meten: generiek, ziekte-specifiek en domein-specifiek. Bij het generiek meten van kwaliteit van leven worden verschillende patiëntenpopulaties met elkaar vergeleken. Bij het ziekte-specifieke meten worden juist de kenmerken van een bepaalde ziekte of stoornis geëxpliciteerd, terwijl bij het domein-specifieke meten rekening gehouden wordt met (in)directe consequenties van bepaalde ziektes en stoornissen. De twee meetmethodes die het meest gebruikt worden zijn Health-Related Quality of Life (HR-QoL) en Quality of Life (QoL). De eerste meetmethode meet de gezondheidstoestand, is gericht op functioneren en is gekoppeld aan symptomatologie. Voorbeelden van HR-QoL meetinstrumenten zijn de Nottingham Health Profile (NHP; Hunt, McKenna, McEwen, Williams, & Papp, 1981) en de Quality of Life in Depression Scale (QLDS; Tuynman-Qua, Jonghe de, & McKenna, 1997). Bij de tweede meetmethode, Quality of Life (QoL), worden verschillende levensgebieden gemeten. Deze methode is gericht op de waardering van de patiënten zelf en staat los van de symptomatologie (De Maeyer, Vanderplas-schen, Lammertyn, Van Nieuwenhuizen, Sabbe, et al., 2011). Voorbeelden van dergelijke meetinstrumenten zijn de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL; Harper & Power, 1998), de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP; Oliver et al., 1997; Van Nieuwenhuizen et al., 2001) en de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al., 1999).

### **1.3.1 De MANSA**

De MANSA is in 2000 in het Nederlands vertaald (Van Nieuwenhuizen et al., 2000) en is een instrument dat door de patiënt zelf wordt ingevuld om kwaliteit van leven domein-specifiek te meten. Kwaliteit van leven wordt hierbij opgevat als het gevoel van welbevinden en tevredenheid, waargenomen door mensen onder hun actuele omstandigheden (Lehman, 1983). Het instrument bevat dus zowel items over objectieve gegevens (zoals feitelijke woonomstandigheden) als items over subjectieve gevoelens van welbevinden en tevredenheid (zoals tevredenheid met woonomstandigheden).

## **2. BESCHRIJVING MANSA**

### **2.1 Achtergrond**

De MANSA is gebaseerd op de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP; Priebe et al., 1999; Van Nieuwenhuizen et al., 2001). Het grootste verschil tussen de MANSA en de LQoLP is de afnameduur, respectievelijk 5 tot 10 en 45 minuten. Het voordeel van de LQoLP is dat het alle domeinen van het construct kwaliteit van leven bevat. Het is belangrijk om de doelstelling van het in kaart te brengen van de kwaliteit van leven helder te hebben en op basis hiervan een keuze te maken tussen beide instrumenten.

### **2.2 Doelstelling**

Doel van de MANSA is om een globale indruk te geven van iemands kwaliteit van leven. Het instrument kan gebruikt worden als een globale beoordeling van de levensomstandigheden van een individu en zijn of haar tevredenheid hiermee. De MANSA kan verder gebruikt worden als uitkomstmaat, bijvoorbeeld in de evaluatie van interventies. Ten slotte is het een uitermate geschikt instrument voor Routine Outcome Monitoring (ROM).

### **2.3 Doelgroep**

Zowel het Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) als de MANSA zijn in eerste instantie speciaal ontwikkeld voor gebruik in de klinische praktijk. De beoogde doelgroep bestaat dan ook in eerste instantie uit mensen met psychische en psychiatrische problematiek, lopend van licht tot zwaar. Aangezien de MANSA niet gekoppeld is aan symptomatologie kan het instrument voor meerdere doelgroepen worden ingezet en ook afgenomen worden bij een gezonde populatie. Voor alle doelgroepen geldt dat de MANSA afgenomen kan worden vanaf een leeftijd van 18 jaar, bij mensen met een IQ boven de 70 en bij personen die de Nederlandse taal zodanig beheersen dat ze de vragen kunnen begrijpen.

### **2.4 Beschrijving items**

Er zijn twee vragenlijstversies van de MANSA: de MANSA-VN12 en de MANSA-VN16<sup>2</sup>. Beide versies van de MANSA bestaan uit 12 subjectieve items. Met behulp van deze 12 subjectieve items wordt de tevredenheid gemeten met: het leven als geheel, werk/geen werk hebben, financiën, het aantal en de kwaliteit van vriendschappen, vrije tijd, woonsituatie, persoonlijke veiligheid, personen met wie samengeleefd wordt, het seksuele leven, relaties met familie, fysieke gezondheid en psychische gezondheid. Bij deze items wordt gebruikt gemaakt van de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Deze schaal loopt van 1 (kan niet slechter) naar 7 (kan niet beter).

De MANSA-VN12 bestaat uit de eerder genoemde 12 subjectieve items. De MANSA-VN16 omvat, naast de 12 subjectieve items, vier objectieve items die met 'ja' of 'nee' beantwoord dienen te worden. Bij de objectieve items wordt de aanwezigheid van vrienden en het aantal contacten met vrienden per week nagevraagd. Daarnaast wordt gevraagd of de respondent het afgelopen jaar beschuldigd is van een misdrijf en of hij/zij slachtoffer is geweest van lichamelijk geweld.

<sup>2</sup> Er bestaat ook een versie van de MANSA-VN16 waar behalve de subjectieve en objectieve items vragen over demografische gegevens zijn toegevoegd (zie Bijlage A).

### **3. PRAKTISCH GEBRUIK MANSA**

#### **3.1 Materiaal**

Er zijn twee officiële versies van de MANSA: een versie met 12 subjectieve items (MANSA VN-12) en een versie met 12 subjectieve en 4 objectieve items (MANSA VN-16). Voor de scoring van beide versies zijn invoerbestanden en syntaxen beschikbaar voor verwerking in SPSS.<sup>3</sup> Beide versies van de MANSA kunnen gebruikt worden voor ROM en voor wetenschappelijk onderzoek.

#### **3.2 Afname**

Het is aan te raden de manier van afname te bepalen op basis van (een inschatting van) de mate van de zelfstandigheid van een patiënt. Wanneer ingeschat wordt dat een patiënt goed in staat is de vragenlijst zelfstandig in te vullen, dan kan gebruik gemaakt worden van de afname op papier of de digitale afname. Bij sommige patiënten, bijvoorbeeld bij patiënten die moeite hebben met het lezen van de Nederlandse taal, kan een mondelinge afname aangewezen zijn.

##### *Afname op papier*

De papieren versie van de MANSA-vragenlijst is geschikt voor een schriftelijke afname. Op de vragenlijst zelf staat een korte instructie bij het invullen, waardoor de lijst zelfstandig kan worden ingevuld. Het is belangrijk om in de gaten te houden dat er per item maar één antwoord ingevuld wordt. Daarnaast is het de bedoeling dat alle items ingevuld worden.

##### *Mondelinge afname*

Het is ook mogelijk om de MANSA-vragenlijst mondeling af te nemen door de vragenlijst hardop voor te lezen. Bij een mondelinge afname is het advies een antwoordkaart te gebruiken.<sup>4</sup> In dit geval kan de respondent om hulp vragen, wanneer bepaalde items onduidelijk zijn.

##### *Digitale afname*

De MANSA is ook digitaal beschikbaar in verschillende ROM-applicaties, zodat digitale afname ook tot de mogelijkheden behoort. Bij deze applicaties wordt de scoring automatisch berekend.

#### **3.3 Afnameduur**

De vragenlijst kan in 5 tot 10 minuten worden ingevuld.

#### **3.4 Scoring en omgang met missende variabelen**

Met de 12 subjectieve items van de MANSA kan een gemiddelde totaalscore berekend worden op basis van de ingevulde items. Deze gemiddelde totaalscore kan vergeleken worden met eerdere afnames bij dezelfde respondent en kan vergeleken worden met een normgroep (zie Paragraaf 3.5). Wanneer niet gewerkt wordt met een geautomatiseerde afname, is het belangrijk om alert te zijn op eventuele missende scores. Bij meer dan zes missende scores is het advies de gemiddelde totaalscore niet te gebruiken. De gemiddelde totaalscore wordt berekend door de scores van alle ingevulde subjectieve items bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal ingevulde items. De objectieve items kunnen beschrijvend worden gebruikt. Bij verwerking in SPSS zijn syntaxen beschikbaar die automatisch de gemiddelde totaalscore berekenen. In web applicaties van ROM wordt de scoring automatisch geregeld.

<sup>3</sup> Invoerbestanden (.sav) en syntaxen (.sps) zijn op te vragen bij mw. Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen: [Chijs.van.Nieuwenhuizen@ggze.nl](mailto:Chijs.van.Nieuwenhuizen@ggze.nl)

<sup>4</sup> De antwoordkaart is op te vragen bij mw. Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen: [Chijs.van.Nieuwenhuizen@ggze.nl](mailto:Chijs.van.Nieuwenhuizen@ggze.nl)



### *MANSA-VN12*

Bij de vragenlijstversie met 12 items worden de items 1 t/m 12 meegenomen in de berekening voor de gemiddelde totaalscore. Vraag 2 en 8 verdienen extra aandacht. Als bij vraag 2 wordt ingevuld dat de respondent een betaalde baan heeft, dan wordt het antwoord op vraag 2a meegenomen in de berekening. Als ingevuld wordt dat de respondent geen betaalde baan heeft of gepensioneerd is, dan wordt het antwoord van vraag 2b meegenomen in de berekening. Ditzelfde principe moet worden toegepast bij vraag 8. Als bij vraag 8 wordt ingevuld dat de respondent samenwoont, dan wordt het antwoord van vraag 8a meegenomen, terwijl bij alleen wonen het antwoord van vraag 8b wordt meegenomen. Vervolgens kunnen de antwoorden van alle ingevulde items opgeteld worden en gedeeld worden door het aantal ingevulde items. Op deze manier wordt de gemiddelde totaalscore berekend. Met behulp van de syntax wordt de gemiddelde totaalscore automatisch berekend en hierin worden de juiste antwoorden van vraag 2 en vraag 8 meegenomen.

### *MANSA-VN16*

De vragenlijstversie met 16 items bestaat uit 12 subjectieve items en 4 objectieve items. De objectieve items worden niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde totaalscore. De subjectieve items in deze vragenlijst zijn: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 en 16. De antwoorden van deze items worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal ingevulde items. Voor vraag 2 moet het antwoord op vraag 2a meegenomen worden, wanneer de respondent een betaalde baan heeft (zie vraag 2) en het antwoord op vraag 2b als de respondent geen betaalde baan heeft (zie vraag 2). Het antwoord op vraag 12a moet meegenomen worden als de respondent samenwoont (zie vraag 12) en het antwoord op 12b moet meegenomen worden als de respondent alleen woont (zie vraag 12). Er wordt altijd een keuze gemaakt tussen vraag 2a en 2b en tussen vraag 12a en 12b op basis van het antwoord op vraag 2. De syntax berekent de gemiddelde totaalscore automatisch en neemt de juiste antwoorden van vraag 2 en vraag 12 mee.

## **3.5 Normering**

In Bijlage B staan de normtabellen waarmee de gemiddelde totaalscore vergeleken kan worden met een bepaalde groep, bijvoorbeeld de gezonde populatie. De percentielen in de normtabellen kunnen gebruikt worden om de gemiddelde totaalscore te vergelijken met een normgroep. In de rechterkolom van elke tabel staat de range per categorie. Als een score binnen deze range valt, dan valt de persoon in desbetreffende categorie.

## **3.6 Klinische significantie en betrouwbare verandering**

Voor het gebruik van de MANSA als instrument voor ROM, is het van belang om op individueel niveau te kunnen vaststellen wanneer sprake is van een klinisch relevante verandering. Hiervoor kan het criterium van klinische significantie van Jacobson en collega's toegepast worden (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999; Jacobson & Truax, 1991). Hun criterium bestaat uit twee delen: a) de grootte van de verandering moet statistisch betrouwbaar zijn en b) patiënten moeten uiteindelijk boven een bepaalde drempelwaarde scoren die hen niet onderscheidt van goed functionerende mensen. Of een verandering statistisch betrouwbaar is, kan gemeten worden met behulp van de Reliable Change Index (RCI). De RCI is afhankelijk van de betrouwbaarheid van het meetinstrument en de variabiliteit van de scores. In Bijlage B is voor elke normgroep de RCI berekend en staan per normgroep de drempelwaardes voor de gemiddelde totaalscore die de algemene bevolking onderscheidt van de betreffende patiëntengroep.

## 4. BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIES

### 4.1 Achtergrondkenmerken onderzoekspopulaties

Hieronder worden zeven onderzoekspopulaties beschreven waarbij de MANSA is afgenomen. Deze zeven onderzoekspopulaties zijn onderverdeeld in vijf categorieën: patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA), patiënten met psychiatrische problemen, oudere psychiatrische patiënten (gerontopsychiatrie), methadongebruikers en de algemene bevolking. In Tabel 4.1 staat een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten vermeld.<sup>5</sup>

Tabel 4.1: Globale beschrijving van de onderzoekspopulaties

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :		Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
		1	2	3	4	5	6	7
<b>Totaal</b>	Aantal respondenten	259	212	338	174	159	325	305
	Leeftijd gemiddelde	44.4	43.9	43.5	74.7	36.4	21.8	43.0
	SD	12.2	10.0	10.4	6.1	7.7	2.1	13.2
<b>Mannen</b>	Aantal	144	107	115	41	119	136	133
	Percentage	56.9	52.5	34.2	23.6	74.8	41.8	44.8
	Leeftijd gemiddelde	41.8	42.5	43.8	73.8	36.9	22.5	45.4
	SD	12.6	9.8	11.7	5.0	7.7	2.3	13.9
<b>Vrouwen</b>	Aantal	109	97	221	133	40	189	164
	Percentage	43.1	47.5	65.8	76.4	25.2	58.2	55.2
	Leeftijd gemiddelde	48.1	45.6	43.3	75.0	34.9	21.4	41.1
	SD	10.8	10.0	9.8	6.4	7.6	1.9	12.4

<sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.

### 4.2 Patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)

#### 4.2.1 Onderzoekspopulatie 1 – Patiënten uit de langdurige psychiatrie Noord-Holland

Deze populatie bestaat uit 259 patiënten<sup>6</sup> met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) uit Noord-Holland. De gegevens van deze populatie zijn verzameld in het kader van een longitudinaal onderzoek naar de implementatie van Flexible Assertive Community Treatment (FACT) bij de GGz Noord-Holland Noord (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, & Van Veldhuizen, 2015; Van Veldhuizen, 2007). Bij deze populatie zijn behalve de MANSA-VN16 ook de vragenlijsten Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) en de Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule (CANSAS) afgenomen. In principe kwamen alle 390 patiënten van de drie FACT-teams in wording in aanmerking voor deelname aan het onderzoek, tenzij zij weigerden, de taal niet spraken of langdurig waren opgenomen. Dataverzameling vond plaats in de 2e helft van 2009. Tussen de groep die uiteindelijk is betrokken in het onderzoek en de overige patiënten zijn geen significante verschillen gevonden wat betreft geslacht, leeftijd, diagnose en de duur van de eerdere behandeling.

#### Demografische gegevens

De gemiddelde leeftijd van deze groep is 44.4 jaar (SD=12.2) en het percentage vrouwen betreft 43 procent. Het grootste deel van deze groep woont alleen (60%), terwijl anderen samenwonen met ouders (6%), partner en/of kinderen (17%), medepatiënten (7%) of andere mensen (2%). Van acht procent is de woonsituatie niet bekend. De meerderheid van deze mensen heeft eigen woonruimte (81%). De rest van de groep woont in een woning van ouders of andere familie (6%) of in een instelling (11%). Van twee procent is dit onbekend.

<sup>5</sup> Het verschil tussen de groep Patiënten met EPA en de groep Patiënten met psychiatrische problemen is dat de eerste groep bestaat uit patiënten in de langdurige psychiatrie, terwijl de tweede groep deelnam aan een cursus gericht op herstel.

<sup>6</sup> De oorspronkelijke groep bestaat uit 261 patiënten. Er zijn twee patiënten geëxcludeerd, omdat zij de MANSA niet volledig hadden ingevuld. Dat wil zeggen dat zij meer dan 6 missende antwoorden op de MANSA hadden.

De helft van de mensen uit deze groep geven het basisonderwijs (27%) of LBO (24%) aan als hoogst genoten opleiding. Als overige hoogst genoten opleidingen in het voortgezet onderwijs worden genoemd MAVO (10%), HAVO (9%) en VWO (5%). Nog 15 procent geeft MBO als hoogst genoten onderwijs en verder wordt HBO (3%) en WO (1%) genoemd. Bij zes procent is de hoogst genoten opleiding onbekend. Iets meer dan de helft van de groep (54%) geeft aan werkloos te zijn, terwijl zeven procent aangeeft betaald werk te hebben. Overige werkvormen die genoemd worden, zijn sociale werkvoorziening of werkprojecten (14%), vrijwilligerswerk (12%), stage (1%), een ander niet omschreven vorm (10%) of is onbekend (2%). Gemiddeld werken de mensen uit deze groep 21 uur per week met een marge van 5 tot 40 uur per week. Bij het grootste deel van de groep bestaat hun inkomen alleen uit een (of meerdere) uitkering(en) (85%).

#### *Psychiatrische gegevens*

Van bijna de gehele groep (98%) is de diagnose bekend en bij 31 procent is ook een tweede diagnose bekend. De psychotische stoornis komt het vaakste voor (63%). Overige vaak voorkomende stoornissen zijn stemmingsstoornissen (23%), misbruik of afhankelijkheid van middelen (15%) en angststoornissen (10%). Veertien procent van de mensen heeft een 'overige' stoornis.

### **4.2.2 Onderzoekspopulatie 2 – Psychiatrische patiënten Oost-Brabant**

Deze groep bestaat uit 212 patiënten uit Oost-Brabant. De MANSVA-VN16 is afgenomen in 2011 in het kader van een onderzoek naar de effectiviteit van FACT. Voor dit onderzoek zijn alle patiënten binnen één regio geïnccludeerd die FACT zorg zouden gaan ontvangen. Dit zijn allemaal patiënten met EPA (Van Kessel, 2011). De gegevens uit de vragenlijsten zijn vervolgens ook gebruikt voor ROM.

#### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd op het moment van opname in deze groep is 43.9 jaar (SD=10.0). Het geslacht is in deze groep nagenoeg gelijk verdeeld. Andere demografische gegevens zijn niet bekend van deze groep.

#### *Psychiatrische gegevens*

Van 29 van de 212 patiënten zijn geen psychiatrische gegevens beschikbaar. Van de andere patiënten is alleen de hoofddiagnose bekend. Het merendeel van de patiënten heeft als hoofddiagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis (79%). Stemmingsstoornissen (8%), angststoornissen (4%) en persoonlijkheidsstoornissen (3%) komen beduidend minder vaak voor als hoofddiagnose.

## **4.3 Patiënten met psychiatrische problemen**

### **4.3.1 Onderzoekspopulatie 3 – Deelnemers cursus 'Herstellen doe je zelf'**

Deze populatie bestaat uit deelnemers aan de cursus 'Herstellen doe je zelf', die gevraagd zijn voor de start van de cursus een aantal vragenlijsten (waaronder de MANSVA-VN16) in te vullen (Van Gestel-Timmermans, 2011). De deelnemers volgden deze cursus bij verschillende instellingen (bijvoorbeeld GGz Breburg, GGzE en RIBW Tilburg). De vragenlijsten zijn tussen september 2006 en oktober 2009 door 341 mensen<sup>7</sup> ingevuld. De inclusiecriteria waren ernstige psychische problemen (psychose, persoonlijkheidsstoornis, hechtingsangststoornis). Verder moesten de patiënten de acute fase van de ziekte al gepasseerd zijn en dienden ze te beschikken over voldoende leesvaardigheden om de vragenlijsten in te vullen. Er zijn in dit onderzoek drie onderzoekssamples gebruikt: participanten die naar een dagactiviteitencentrum gingen of hiervoor op de wachtlijst stonden, participanten die met behulp van advertenties in kranten, posters in ziekenhuizen en zorginstellingen en via doorverwijzingen van psychiatrische zorginstellingen verworven zijn en participanten met ernstige psychische gezondheidsproblemen werkend in een sociale werkplaats.

<sup>7</sup> Drie mensen hebben de MANSVA niet (volledig) ingevuld, waardoor zij in deze handleiding niet zijn meegenomen. Twee patiënten hadden de hele MANSVA niet ingevuld, één patiënt had zeven items niet ingevuld.

### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd van deze groep is 43.5 jaar (SD=10.4). Het percentage vrouwen in deze groep is 66 procent. De meeste mensen uit deze groep zijn geboren in Nederland (92%). De meest voorkomende hoogst genoten opleiding van deze groep is LBO (22%), op de voet gevolgd door MBO (19%). Ongeveer een gelijk aantal mensen uit deze groep heeft MAVO (14%), HAVO (16%) of HBO (14%) als hoogste opleiding genoten. Bij slechts zeven procent van de mensen is de basisschool hun hoogste opleiding en bij vijf procent is dat de universiteit. Drie procent van de mensen geeft ten slotte aan een andere hoogste opleiding te hebben. Bijna de helft van de mensen (48%) uit deze groep is tijdens het moment van invullen (tijdelijk) arbeidsongeschikt. Ongeveer één vijfde van de mensen geeft aan (ook) werkloos te zijn (21%) en 15 procent geeft aan in de bijstand te zitten. Andere dagbestedingen uit deze groep zijn vrijwilligerswerk (40%), fulltime bezig zijn met het gezin en het huishouden (10%), pensioen (3%) en het volgen van onderwijs (3%). Verder werkt acht procent van de mensen parttime en vier procent fulltime. Deelnemers konden bij deze vraag meerdere antwoorden geven.

Het grootste deel van de mensen ontvangt inkomen op bijstandsniveau (37%). Minder mensen ontvangen een minimumloon of een modaal inkomen (beiden 14%). Verder ontvangt 12 procent van de mensen uit deze groep alleen zak- en/of kleedgeld, krijgt 12 procent een inkomen dat lager is dan bijstandsniveau en heeft negen procent een inkomen dat boven modaal is. Van de overige mensen is het niveau van hun inkomen onbekend. De meerderheid van de groep is ongehuwd (56%). De overige mensen zijn wel gehuwd (14%) of weer gescheiden (28%). Een klein deel van de mensen is verweduwd (2%). De helft van de mensen uit deze groep woont alleen (50%). Verder woont acht procent samen met een partner, woont vier procent bij zijn of haar ouders in en woont 17 procent met zijn of haar kinderen. Andere leefsituaties zijn: wonen in een instelling (4%), in een beschermende woonvorm (14%), in een pension (1%) of anders (2%).

### *Psychiatrische gegevens*

In dit onderzoek zijn de diagnoses opgesteld aan de hand van zelfrapportages. Deelnemers konden meer dan één diagnose opgeven en 336 van de 341 patiënten hebben hun diagnoses ingevuld. Een stemmingsstoornis wordt het meeste gerapporteerd (36%), gevolgd door een psychotische stoornis (33%) en een persoonlijkheidsstoornis (31%). Andere stoornissen die de patiënten van deze groep genoemd hebben, zijn angststoornissen (23%), eetstoornissen (7%), misbruik of afhankelijkheid van middelen (7%) en andere diagnoses (19%). Het grootste deel van deze groep gebruikt antidepressiva (46%), antipsychotica (44%) en/of anxiolytica (31%). Overig medicijngebruik voor psychische problemen komt bij 25 procent van de mensen voor, terwijl 36 procent van de mensen medicijnen voor niet-psychische problemen gebruiken. Bij 14 procent was onbekend welke medicatie gebruikt wordt en 17 procent gebruikt geen medicatie.

## **4.4 Oudere psychiatrische patiënten**

### **4.4.1 Onderzoekspopulatie 4 – Oudere psychiatrische patiënten**

De onderzoeksgegevens van deze populatie zijn verzameld in mei 2000 bij 174 mensen van een oudere patiëntenpopulatie van het Trimbos-instituut (Depla, 2004). De MANSA-VN12 is ingevuld om te onderzoeken in hoeverre het supported living model erin slaagt de patiënten een betere kwaliteit van leven te bieden zonder hun psychische stabiliteit aan te tasten. De inclusiecriteria voor dit onderzoek waren: een leeftijd van 65 jaar of ouder, ten minste 6 maanden deelname aan een supported living program of opname op een long-stay unit van een psychiatrisch ziekenhuis, gediagnosticeerd met een stoornis uit de DSM-IV (APA, 2004) langer dan 2 jaar (dementie uitgesloten) en één of meerdere problemen in het dagelijks functioneren veroorzaakt door de psychische stoornis. Van de uiteindelijk 335 geschikte kandidaten wilden en konden 174 kandidaten meedoen aan het onderzoek, wat uitkomt op een percentage van 52 procent. Een non-response analyse van de gescreende data wijst uit dat er geen veranderingen worden gezien in geslacht, leeftijd, duur van de psychische stoornis of duur van de opname. Non-respondenten hadden wel significant vaker schizofrenie of een psychotische stoornis en meer problemen in het dagelijkse functioneren.

### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd van de totale groep is 74.7 jaar (SD=6.1). De groep bestaat voor ongeveer driekwart uit vrouwen (76%). Het grootste deel van deze groep is weduwe of weduwnaar (47%). Iets minder dan een derde van de groep (28%) is nooit gehuwd geweest, terwijl 16 procent gescheiden is en negen procent nog gehuwd is.

### *Psychiatrische gegevens*

De meerderheid van deze groep heeft twee of meer gediagnosticeerde stoornissen (59%). Het grootste deel van de groep heeft een stemmingsstoornis (56%) en/of een persoonlijkheidsstoornis (51%). Schizofrenie of een andere psychotische stoornis komt bij 30 procent van de patiënten voor. Overige stoornissen zoals angststoornissen of aan middelen gebonden stoornissen komen vijf procent of minder vaak voor.

## **4.5 Methadongebruikers**

### **4.5.1 Onderzoekspopulatie 5 – Methadongebruikers**

Het betreft gegevens met betrekking tot de MANSA-VN16 die tussen maart 2008 en juli 2009 bij 159 methadongebruikers is afgenomen (De Maeyer, Vanderplasschen, Lammertyn, Van Nieuwenhuizen, Sabbe, et al., 2011). Behalve de MANSA is ook de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) afgenomen. De inclusiecriteria waren een leeftijd boven de 18, een diagnose van opiaat-afhankelijkheid bij aanvang methadonbehandeling en behandeling gestart in regio Gent tussen januari 1997 en december 2002. Participanten zijn geworven met behulp van verschillende media (flyers, advertenties in kranten, interviews op lokale televisie en radio), sneeuwvalsampling en via medewerkers van de methadonprogramma's. Verder werden regelmatige gebruikers van drugs door ver-slavingsinstellingen op de studie gewezen. Exclusie vond plaats wanneer een interview niet in het Nederlands afgenomen kon worden, methadonbehandeling na 2002 startte of buiten regio Gent, of wanneer methadon toegediend werd wegens residentiële ontwenning.

### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd van de totale groep is 36.4 jaar (SD=7.7). Het percentage vrouwen in de groep is 25 procent. In deze groep van methadongebruikers heeft de meerderheid (86%) een Nederlandse of Vlaamse culturele achtergrond. De gemiddelde leeftijd tot wanneer dagonderwijs gevolgd is, is 17 jaar. Meer dan de helft van deze groep is werkloos (67%), terwijl iets meer dan een kwart een betaalde baan heeft (27%). De overige mensen werken op een sociale werkplaats (4%) of volgt een opleiding (1%). Eén procent heeft een andere arbeidssituatie. Gemiddeld werkt men 11 uur per week, wat uiteen loopt van 0 tot 80 uur per week. Het gemiddelde netto inkomen per maand van deze groep is 873 euro. De meerderheid van de groep (73%) heeft een uitkering, waarvan 35 procent een WIA-uitkering heeft.

Ongeveer de helft van de mensen in deze groep heeft één of meerdere kinderen (52%). De meeste mensen uit deze groep wonen alleen (42%). Dertien procent van de mensen woont samen met een partner, terwijl ook 13 procent van de mensen in deze groep samenwonen met kinderen onder de 18 jaar. Bij ouders wonen (6%) en samenwonen met kinderen ouder dan 18 jaar (1%) komt in deze groep weinig voor. Een kwart van de groep heeft een andere woonsituatie. Het grootste deel van deze groep woont in een particuliere huurwoning (34%) of in een huurwoning van een woningbouwvereniging (29%). Wonen in een eigen woning (10%) en het ontbreken van een vaste woon- en verblijfplaats (13%) komen minder vaak voor. De overige mensen uit de groep verblijven in een gevangenis (9%), een tehuis (3%), een beschermde woonvorm (1%) of een psychiatrisch ziekenhuis (1%).

### *Psychiatrische gegevens*

De meest voorkomende klachten van deze onderzoekspopulatie zijn uitgevraagd door middel van de Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs, 2006). De klachten van de huidige onderzoekspopulatie worden op 9 schalen vergeleken met een gezonde normgroep. Wat betreft het totale aantal aanwezige symptomen scoort bijna de helft van de onderzoekspopulatie (47%) hoog of zeer hoog vergeleken met de normgroep. De ernst van de aanwezige symptomen komt nog vaker hoog of zeer hoog uit, namelijk bij 71 procent van de methadongebruikers. Bij de meeste klachten (bijvoorbeeld somatische klachten, depressieve stemming en psychoticisme) scoort minimaal de helft van de methadongebruikers hoog of zeer hoog, met uitzondering van de

fobische angst (40%) en algemene angst (49%). Paranoïde gedachten komen in vergelijking tot de normgroep het meeste (hoog of zeer hoog) voor, namelijk bij 66 procent van de onderzoekspopulatie.

## **4.6 Algemene bevolking**

### **4.6.1 Onderzoekspopulatie 6 – Studenten**

Deze populatie bestaat uit 325 studenten van de Universiteit van Tilburg. De MANSA-VN16 is in begin 2007 afgenomen in het kader van een practicum over vragenlijstconstructie (Wismeijer & Van Assen, 2008). Naast de MANSA is ook de Herth Hope Index afgenomen. Alle studenten van vier verschillende sociale studies namen deel aan dit practicum, waarvan het invullen van de vragenlijst een verplichting was. Voor de studenten die niet van plan waren de vragenlijst serieus in te vullen, was er een alternatieve toets.

#### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd van deze groep studenten is 21.8 jaar (SD=2.1). Het percentage vrouwen in deze groep betreft 58 procent. Van deze groep studenten is een grote meerderheid geboren in Nederland of België (98%). Een groot deel van deze groep studeert organisatiewetenschappen of personeelwetenschappen (respectievelijk 42% en 30%). Eén vijfde studeert vrijetijdswetenschappen, vijf procent studeert sociologie en drie procent een andere studie. Voor de huidige studie heeft iets meer dan de helft van de studenten VWO afgerond (52%), terwijl een ander groot deel van tevoren HBO heeft afgerond (44%). Een kleine groep heeft alleen HAVO (3%) of het WO (1%) afgerond voor hun huidige studie. Iets meer dan de helft van de mensen uit deze groep heeft een partner (55%). De meeste studenten wonen bij hun ouders (34%), wonen samen met iemand die niet hun partner of ouder is (29%) of wonen alleen (29%). Samenwonen met een partner komt minder vaak voor bij studenten (8%).

#### *Psychiatrische gegevens*

Deze gegevens zijn niet bekend bij deze onderzoekspopulatie.

### **4.6.2 Onderzoekspopulatie 7 – Gezonde populatie**

Deze populatie bestaat uit 305 gezonde mensen, bij wie de MANSA-VN16 in 2009 en 2010 is afgenomen om een gezonde normgroep te verkrijgen voor deze handleiding. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode: aan medewerkers van de divisie langdurige psychiatrie van de GGZ Noord-Holland Noord is gevraagd om de MANSA uit te delen onder burens, vrienden en kennissen, met als instructie te streven naar een gelijke verdeling van mannen en vrouwen en variatie in opleidingsniveau. In totaal zijn er 1000 vragenlijsten aan de verschillende medewerkers uitgereikt. Het is onbekend hoeveel van deze vragenlijsten daadwerkelijk zijn uitgedeeld. De uiteindelijke respons op basis van de uitgereikte vragenlijsten was 31 procent.

#### *Demografische gegevens*

De gemiddelde leeftijd van deze groep is 43.0 jaar (SD=13.2). Het percentage vrouwen in deze groep is 55 procent. Een grote meerderheid heeft de Nederlandse nationaliteit (98%). Meer dan de helft van de mensen uit deze groep heeft als hoogst genoten opleiding MBO (28%) of HBO (29%). Een iets minder grote groep (15%) geeft WO aan als hoogst genoten opleiding. De overige mensen zijn verdeeld over het lager en voortgezet onderwijs: basisonderwijs (4%), LBO (6%), MAVO (7%), HAVO (6%) en VWO (5%). Driekwart van de mensen heeft op moment van afname betaald werk, terwijl zeven procent een eigen bedrijf heeft. Vrijwilligerswerk (3%), een opleiding (3%), pensioen (6%) en werkloosheid (4%) komen veel minder voor. Twee procent heeft een andere werksituatie. De meeste mensen ontvangen hun inkomen vanuit hun betaalde baan en/of het eigen bedrijf (85%). Inkomen uit uitkeringen (2%) en pensioen (7%) komen minder voor. Een klein deel van de mensen ontvangt geen inkomen (6%).

Meer dan de helft van de mensen is gehuwd of heeft een geregistreerd partnerschap (60%), terwijl 32 procent van de mensen ongehuwd is. Zeven procent van de mensen geeft aan gescheiden te zijn en één procent is weduwe of weduwnaar. Op moment van afname woont 41 procent van de mensen met hun partner en kinderen samen, terwijl 39 procent alleen met hun partner woont. Een kleine minderheid van de mensen woont alleen (9%), bij hun ouders (5%) of met iemand anders (6%).

### Psychiatrische gegevens

Bijna de helft van deze groep (46%) geeft aan ooit lichamelijke problemen gehad te hebben, terwijl 11 procent aangeeft deze ook op moment van afname te ervaren. Wat betreft psychische problemen geeft iets meer dan een kwart (28%) van deze groep aan deze ooit te hebben gehad, terwijl vier procent aangeeft ze op moment van afname te ervaren.

## 4.7 Gemiddelden en standaarddeviaties voor de MANSA

### 4.7.1 Subjectieve items MANSA

In Tabel 4.2 staan de gemiddelde itemscores en de standaarddeviaties vermeld voor de subjectieve items<sup>8</sup> van de MANSA voor alle onderzoekspopulaties. Te zien is dat onderzoekspopulaties van de algemene bevolking in het algemeen de hoogste scores hebben op alle subjectieve items van de MANSA. De populatie methadongebruikers zijn in het algemeen het minst tevreden over hun kwaliteit van leven. Zij zijn het minst tevreden over het al dan niet hebben van een betaalde baan en hun financiële mogelijkheden.

### 4.7.2 Objectieve items MANSA

Bij alle onderzoekspopulaties, behalve onderzoekspopulatie 4, is de MANSA-VN16 afgenomen, waardoor de vier objectieve items zijn ingevuld. In Tabel 4.3 is te zien dat 73 tot 98 procent van alle deelnemers iemand heeft die hij een goede vriend of vriendin zou kunnen noemen. De laagste percentages komen voor bij de patiënten met EPA en de methadongebruikers. De algemene bevolking heeft de hoogste percentages. Er is een groter verschil in de percentages van het tweede objectieve item: het ontmoeten van een vriend of vriendin in de afgelopen week. Van de patiënten met EPA geeft 53 tot 66 procent aan dat zo'n ontmoeting de afgelopen week heeft plaatsgevonden en bij de methadongebruikers is dit percentage ook relatief laag (64%). Van de algemene bevolking geeft 83 tot 88 procent aan dat zo'n ontmoeting de afgelopen week heeft plaatsgevonden. De grootste populatie die aangeeft het afgelopen jaar beschuldigd te zijn van een misdrijf, zijn de methadongebruikers (33%). De percentages van de andere populaties liggen op zes procent en lager. De methadongebruikers geven ook het vaakst aan dat ze het afgelopen jaar slachtoffer zijn geweest van lichamelijk geweld (35%).

Tabel 4.3: Objectieve items MANSA VN-16

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Methadongebruikers	Algemene bevolking	
	1	2			3	5
Heeft goede vriend(in)	74%	74%	86%	73%	98%	96%
Ontmoeting vriend(in) (afgelopen week)	66%	53%	71%	64%	83%	88%
Beschuldigd van misdrijf (afgelopen jaar)	6%	2%	5%	33%	2%	.3%
Slachtoffer lichamelijk geweld (afgelopen jaar)	16%	3%	11%	35%	3%	2%

<sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15, bij de onderzoekspopulatie Oudere Psychiatrische Patiënten is de MANSA VN-12 gebruikt zonder de objectieve items.

<sup>8</sup> Zie voor de precieze formulering van de subjectieve items van de MANSA Bijlage A.

Tabel 4.2: Gemiddelde itemscores en, tussen haakjes, standaarddeviaties van de subjectieve items

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
	1	2				3	4
N	259	212	338	174	159	325	305
Gemiddelde totaalscore	4.67 (0.8)	4.72 (0.8)	4.29 (0.9)	4.97 (0.9)	4.19 (0.9)	5.27 (0.6)	5.74 (0.4)
1 Leven als geheel	4.52 (1.3)	4.47 (1.4)	4.16 (1.3)	4.57 (1.6)	4.06 (1.5)	5.32 (0.9)	5.75 (0.7)
2 (Geen) betaalde baan/pensioen	4.43 (1.6)	4.59 (1.5)	4.03 (1.7)	5.08 (1.6)	3.35 (1.8)	5.01 (1.0)	5.57 (0.9)
3 Hoe goed bij kas	4.32 (1.6)	4.46 (1.6)	3.92 (1.8)	5.40 (1.5)	3.41 (1.7)	4.46 (1.4)	5.49 (1.0)
4 Aantal en kwaliteit vriendschappen	4.68 (1.5)	4.64 (1.5)	4.24 (1.6)	4.80 (1.7)	4.23 (1.7)	5.46 (1.1)	5.79 (0.8)
5 Vrije tijd	4.82 (1.3)	4.76 (1.4)	4.53 (1.4)	5.14 (1.5)	4.19 (1.5)	5.41 (1.0)	5.67 (0.8)
6 Woonomstandigheden	5.34 (1.2)	5.39 (1.3)	4.87 (1.6)	5.28 (1.5)	4.26 (1.8)	5.42 (1.1)	5.89 (0.9)
7 Persoonlijke veiligheid	5.10 (1.2)	5.01 (1.4)	5.01 (1.3)	5.39 (1.3)	5.14 (1.3)	5.82 (0.8)	5.96 (0.6)
8 Mensen met wie u samenleeft	5.15 (1.2)	5.29 (1.3)	4.66 (1.6)	4.96 (1.4)	4.69 (1.6)	5.42 (1.0)	6.21 (0.9)
9 Seksuele leven	4.20 (1.7)	4.44 (1.7)	3.84 (1.8)	5.04 (1.5)	3.96 (1.9)	4.83 (1.5)	5.41 (1.2)
10 Relatie met familie	4.71 (1.5)	5.08 (1.4)	4.20 (1.7)	5.06 (1.7)	3.93 (1.9)	5.29 (1.1)	5.68 (0.9)
11 Lichamelijke gezondheid	4.42 (1.4)	4.48 (1.5)	4.20 (1.6)	4.21 (1.9)	4.43 (1.4)	5.24 (1.2)	5.55 (0.9)
12 Psychische gezondheid	4.29 (1.5)	4.07 (1.5)	3.86 (1.5)	4.71 (1.8)	4.66 (1.5)	5.55 (1.1)	5.92 (0.7)

<sup>1</sup>De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.



## 4.8 Scores voor geslacht en leeftijd

In Tabel C1 in Bijlage C staan de verschillen tussen geslacht op alle items uitgesplitst over de verschillende onderzoekspopulaties. In elke populatie zijn er in het algemeen weinig verschillen tussen mannen en vrouwen. De items die bij meerdere populaties wel significante verschillen opleveren zijn: (geen) betaalde baan/pensioen, persoonlijke veiligheid, seksuele leven, lichamelijk gezondheid en psychische gezondheid. De vrouwelijke studenten en vrouwelijke oudere psychiatrische patiënten zijn vaak meer tevreden over hun (betaalde) baan/pensioen. De mannelijke studenten en mannelijke methadongebruikers zijn juist meer tevreden over hun persoonlijke veiligheid. Vrouwen zijn meer tevreden over hun seksuele leven bij de populaties psychiatrische patiënten Oost-Brabant en deelnemers cursus 'Herstellen doe je zelf'. Ten slotte zijn mannen vaker meer tevreden over hun lichamelijke gezondheid bij de populaties patiënten met EPA en patiënten met psychiatrische problemen en over hun psychische gezondheid bij de populaties methadongebruikers en gezonde populatie. De gemiddelde totaalscore geeft geen significante verschillen.

In Tabel C2 in Bijlage C staan de correlaties van de items met leeftijd vermeld. In de tabel is te zien dat het zeven heterogene groepen zijn wat betreft de correlaties tussen de items en leeftijd. Bij de patiënten met EPA en oudere psychiatrische patiënten zijn de minste significante correlaties te zien. Bij de methadongebruikers daarentegen worden meer significante correlaties gezien: zo hangen de items leven als geheel, mensen met wie je samenleeft, seksuele leven en relaties met families negatief samen met de leeftijd. De twee onderzoekspopulaties die onder de groep algemene bevolking vallen, hebben bij sommige correlaties juist een tegengesteld patroon in correlaties: zo is bij de studenten een negatieve samenhang te zien tussen tevredenheid over financiële middelen en leeftijd en is dit bij de gezonde populatie juist een positieve samenhang. De gemiddelde tevredenheid neemt bij studenten af naarmate men ouder wordt, terwijl dit bij de gezonde populatie juist toeneemt. De tevredenheid over het seksuele leven neemt wel bij beide groepen af naarmate men ouder wordt. De gemiddelde totaalscore heeft een significante negatieve correlatie met leeftijd bij de groepen methadongebruikers en studenten. Bij de gezonde populatie is er een significante positieve correlatie tussen de gemiddelde totaalscore en leeftijd.

## 5. BETROUWBAARHEID, INTERCORRELATIES EN STABILITEIT

### 5.1 Betrouwbaarheid

In Tabel 5.1 staat de interne consistentie (Cronbach's alpha) van de subjectieve items van de MANSA. De betrouwbaarheid van de totaalscore is bij alle populaties boven de .70 en is zeer bevredigend te noemen.

Tabel 5.1: Betrouwbaarheid uitgedrukt in Cronbach's alpha

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
	1	2	3	4	5	6	7
Cronbach's alpha	.78	.82	.84	.78	.82	.75	.75

<sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.

### 5.2 Itemhomogeniteit

Om de bijdrage van de 12 subjectieve items aan het algehele kwaliteit van leven-concept vast te stellen, is de correlatie met de gemiddelde totaalscore onderzocht. De 12 subjectieve items correleren in elke onderzoekspopulatie met de gemiddelde totaalscore. De samenhang varieert van .31 tot .75. De item-testcorrelaties laten de relaties tussen de verschillende items zien (zie Tabel D1.1 t/m D5.2 in Bijlage D). De meeste correlaties tussen de items zijn significant, wat te verwachten is aangezien alle items hetzelfde concept kwaliteit van leven meten. Als de item-testcorrelaties van de verschillende onderzoekspopulaties vergeleken worden, is te zien dat deze bij de algemene bevolking lager zijn dan bij de andere onderzoekspopulaties. Daarnaast zijn ook de item-restcorrelaties in kaart gebracht (zie Tabel D6 in Bijlage D). De item-restcorrelaties zijn gelijk als alle individuele items evenveel bijdragen aan het concept. Het item 'hoe goed bij kas' heeft in de meeste onderzoekspopulaties een lage item-restcorrelatie, wat zou kunnen betekenen dat dit item minder goed bij het concept past dan de andere items. Ten slotte is een confirmatieve factoranalyse (CFA) uitgevoerd per normgroep om de unidimensionaliteit van het construct vast te stellen is. De confirmatieve factoranalyses van de MANSA laten duidelijk zien dat de MANSA uit één schaal bestaat (range CFI = .812-.942).

## 6. VALIDITEIT

### 6.1 Constructvaliditeit

De constructvaliditeit meet of de vragenlijst een wezenlijke indicatie geeft voor het begrip dat men pretendeert te meten. Constructvaliditeit is te onderscheiden in convergente en divergente validiteit. Convergente validiteit heeft betrekking op de vraag of verschillende methoden om hetzelfde begrip te meten tot hetzelfde resultaat leiden. Divergente validiteit heeft juist betrekking op de tegenovergestelde vraag: het kijkt juist naar (het ontbreken van) een samenhang van methoden om twee verschillende begrippen te meten.

#### 6.1.1 Convergente validiteit

Bij de populatie methadongebruikers is zowel de MANSA als de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) afgenomen.<sup>9</sup> Deze meting kan gebruikt worden om de convergente validiteit te beoordelen. Er is sprake van een goede convergente validiteit als de correlaties matig tot hoog zijn.<sup>10</sup> Alle domeinen van de LQoLP zijn vergeleken met de losse items van de MANSA die hetzelfde pretenderen te meten (zie Tabel 6.1). In de tabel is te zien dat alle coëfficiënten boven de .65 zijn, waarbij de hoogste correlaties gevonden worden bij tevredenheid over het seksuele leven.

Tabel 6.1: Convergente validiteit: correlaties tussen tevredenheidsscores op de MANSA en LQoLP

MANSA	LQoLP	Pearson's R
1 Leven als geheel	Leven als geheel <sup>1</sup>	.832***
2 Werk/werkloosheid	Werk/werkeloosheid <sup>2</sup>	.782***
3 Financiën	Financiën <sup>1</sup>	.827***
4 Vriendschappen	Sociale participatie <sup>2</sup>	.715***
5 Vrije tijd	Vrije tijd <sup>2</sup>	.651***
6 Woonsituatie	Woonomstandigheden <sup>4</sup>	.806***
7 Veiligheid	Veiligheid <sup>5</sup>	.758***
8 Samenleven	-	-
9 Seksuele leven	Seksuele leven <sup>1</sup>	.966***
10 Relatie met familie	Familie-relaties <sup>6</sup>	.836***
11 Fysieke gezondheid	Algehele gezondheid <sup>1</sup>	.842***
12 Psychische gezondheid	Psychische gezondheid <sup>1</sup>	.743***

\*\*\* $p < .001$ , <sup>1</sup> één item van LQoLP, <sup>2</sup> gemiddelde van twee items van LQoLP, <sup>4</sup> gemiddelde van vier items van LQoLP, <sup>5</sup> gemiddelde van vijf items van LQoLP, <sup>6</sup> gemiddelde van zes items van LQoLP.

#### 6.1.2 Divergente validiteit

Bij de populatie patiënten met psychiatrische problemen is behalve de MANSA een aantal andere vragenlijsten afgenomen, waaronder de RAND-36 die de algemene gezondheidstoestand meet (Van Gestel-Timmermans, Van den Bogaard, Brouwers, Herth, & Van Nieuwenhuizen, 2010). Er is sprake van een goede divergente validiteit als de correlaties laag zijn.<sup>10</sup> De divergente validiteit wordt beoordeeld door de gemiddelde totaalscore van de MANSA te vergelijken met de schalen fysiek functioneren, rolbeperkingen door fysieke problemen, pijn en algemene gezondheidsbeleving van de RAND-36 (zie Tabel 6.2). In de tabel is te zien dat, volgens de verwachting, de coëfficiënten van de schalen fysiek functioneren, rolbeperkingen door fysieke problemen en pijn laag zijn. De correlatie tussen de schaal Algemene gezondheidsbeleving van de RAND-36 en de gemiddelde totaalscore is echter, tegen verwachting in, matig.

<sup>9</sup> In eerder onderzoek liggen de correlaties tussen de tevredenheidsscores op de MANSA en LQoLP tussen de .83 en .99, de gemiddelde totaalscore heeft een correlatie van  $r = .94$  (Priebe, Huxley, Knight, Evans;1999).

<sup>10</sup> Hoge correlatie:  $r > .50$ , matige correlatie:  $r = .30-.49$ , lage correlatie:  $r < .30$  (Cohen, 1988).

Tabel 6.2: Divergente validiteit: correlaties tussen de MANSA en de RAND-36

Schalen RAND-36	Gemiddelde totaalscore MANSA
Fysiek functioneren	.13*
Rolbeperkingen door fysieke problemen	.29**
Pijn	-.06
Algemene gezondheidsbeleving	.48**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

## 6.2 Criteriumvaliditeit

Een belangrijk vereiste voor een meting van de behandelingsuitkomst is dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen de klinische populatie en een functionele (normale) populatie. In Tabel 6.3 is te zien dat er significante verschillen zijn tussen de gemiddelden van de algemene bevolking en van de klinische populatie (alle andere populaties), wat een goede criteriumvaliditeit ondersteunt. Met behulp van een ANOVA is berekend of er significante verschillen tussen de groepen zijn ( $F(6,1771)=136.72$ ,  $p = .000$ ). Uit de post hoc toetsen blijkt dat de gemiddelden van de meeste groepen significant van elkaar verschillen. In Tabel 6.3 is daarom aangegeven welke groepen *niet* significant van elkaar verschillen.

Tabel 6.3: Gemiddelden en standaarddeviaties van de gemiddelde totaalscore

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
	1	2				3	4
Gemiddelde totaalscore	4.67 <sup>a</sup>	4.73 <sup>a</sup>	4.29 <sup>b</sup>	4.97	4.19 <sup>b</sup>	5.27	5.74
Standaarddeviatie	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.6	0.4

<sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15. Alle gemiddelden verschillen significant van elkaar ( $p < .05$ ), behalve (a) de gemiddelden van groep 1 en 2, en (b) de gemiddelden van groep 3 en 5.

## **7. NAWOORD**

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de MANSa een betrouwbare vragenlijst is met voldoende construct- en convergente validiteit. Uit een onderzoek van Van Nieuwenhuizen (2012) blijkt dat er op basis van de 12 subjectieve items van de MANSa drie subgroepen te onderscheiden zijn. Deze drie groepen verschillen significant op leeftijd en subpopulatie. Uit ander onderzoek blijkt dat de MANSa gevoelig is voor verandering (Priebe, Barnicot, et al., 2011; Priebe, McCabe, et al., 2011; Slade, Leese, Cahill, Thornicroft, & Kuipers, 2005), al is de effect size klein.

Ons inziens kan daarmee de conclusie worden getrokken dat de MANSa een geschikte vragenlijst is voor onderzoekers en klinici die kwaliteit van leven willen meten. Daarnaast blijkt de MANSa geschikt te zijn voor ROM-uiteinden.

## 8. REFERENTIES

- APA. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition-text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics, 11*, 32-47.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning, 5*, 69-79.
- Barry, M. M., & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 168*, 210-216.
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality-of-life of community mental-health program clients - Validating a measure. *Community Mental Health Journal, 27*, 43-55.
- Bouman, Y., Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A. H., & De Ruiter, C. (2008). Quality of Life of male outpatients with severe personality disorders or psychotic disorders: A comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health, 18*, 279-291. doi: 10.1002/cbm
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, Illinois: Aldine.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Daviesavery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., Williams, K.N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health-status measures fielded in rands health-insurance study. *Medical Care, 17*, 1-131.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- De Kroon, M. M. J., & Hodiament, P. P. G. (2009). Meten van kwaliteit van leven in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*(11), 725-734.
- De Maeyer, J., Van Nieuwenhuizen, Ch., Bongers, I. L., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: A latent class analysis. *International Journal of Drug Policy, 24*(4), 342-350. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.09.005
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Van Nieuwenhuizen, Ch., & Broekaert, E. (2011). Exploratory study of domain-specific determinants of opiate-dependent individuals' quality of life. *European Addiction Research, 17*, 198-210. doi: 10.1159/000324353
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Van Nieuwenhuizen, Ch., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research, 20*, 139-150. doi: 10.1007/11136-010-9732-3
- Depla, M. (2004). *Community-based care for older people with severe mental illness*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of personality assessment, 49*, 71-75.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551-558.
- Hörnquist, J. O. (1982). The concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 10*, 57-61.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine, 3*(1), 221-229.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*(4), 336-352.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 300-307.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (2005). *Quality of Life in Mental Disorders - Second edition*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Katz, S. (1987). The science of quality-of-life. *Journal of Chronic Diseases, 40*, 459-463.

- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry, 40*, 369-373.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for chronically mentally-ill. *Evaluation and Program Planning, 11*, 51-62.
- Lehman, A. F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31*, 78-88.
- Lehman, A. F. (1997). Instruments for measuring quality of life in mental illnesses. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- McCall, S. (1975). Quality of Life. *Social Indicators Research, 2*, 229-248.
- Musschenga, A. W. (1997). The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *Journal of Medicine and Philosophy, 22*, 11-28.
- Nordenfelt, L. (2011). Health and Welfare in Animals and Humans. *Acta Biotheoretica, 59*, 139-152.
- Nugter, A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, K., & Van Veldhuizen, R. (2015). Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Mental Health Journal*. doi: 10.1007/s10597-015-9831-2
- 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.
- Orley, J., Saxena, S., & Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness - reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry, 172*, 291-293.
- Priebe, S., Barnicot, K., McCabe, R., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., Schützwohl, M., & Kallert, T. (2011). Patients' subjective initial response and the outcome of inpatient and day hospital treatment. *European Psychiatry, 26*, 408-413. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.009
- 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.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., Reininghaus, U., Wang, D., & Kallert, T. W. (2011). Patient characteristics predicting better treatment outcomes in day hospitals compared with inpatientwards. *Psychiatric Services, 62*(3), 278-284.
- Priebe, S., Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Eklund, M., Hansson, L., Junghan, U., Kallert, T., Van Nieuwenhuizen, Ch., Ruggeri, M., Slade, M., & Wang, D. (2010). Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: a pooled analysis. *Schizophrenia Research, 121*, 251-258. doi: 10.1016/j.schres.2009.12.020
- Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Croudace, T., & Priebe, S. (2012). The validity of subjective quality of life measures in psychotic patients with severe psychopathology and cognitive deficits: an item response model analysis. *Quality of Life Research, 21*, 237-246.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality-of-life of the chronic mentally-ill. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 299-315.
- Shye, S. (1989). The systemic life quality model. A basis for urban-renewal evaluation. *Social Indicators Research, 21*, 343-378.
- Simeoni, M., Auquier, P., Lançon, C., LePlège, A., Simon-Abadi, S., & Guelfi, J. (2000). Revue critiques des instruments de mesure de la qualité de vie dans la schizophrénie. *L'Encéphale, 26*, 35-41.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry, 187*, 256-261.
- Tantam, D. (1988). Quality of life and the chronically mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry, 34*, 243-247.
- Tuynman-Qua, H., Jonghe de, F., & McKenna, S. P. (1997). Quality of life in depression scale (QLDS). Development, reliability, validity, responsiveness and application. *European Psychiatry, 12*(4), 199-202. doi: 10.1016/S0924-9338(97)89105-5
- Van Gestel-Timmermans, J. A. W. M. (2011). *Recovery is up to you. Evaluation of a peer-run course*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

- Van Gestel-Timmermans, J. A. W. M., Van den Bogaard, J., Brouwers, E. P. M., Herth, K., & Van Nieuwenhuizen, Ch. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth HopeIndex-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x
- Van Kessel, P. (2011). *Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de regio Oost-Brabant: kwaliteit van leven en psychosociaal functioneren*. Fontys Hogescholen Eindhoven, Eindhoven.
- Van Nieuwenhuizen, Ch. (2006). Instruments for measuring quality of life in mental disorders II: Some new developments. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (2 ed., pp. 85-90). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Van Nieuwenhuizen, Ch. (2012). *Kwaliteit van leven*. Paper presented at the Symposium Emergis 'Kwaliteit van zorg: wie wordt er beter van?', Kloetinge.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., & Nijman, H. L. I. (2009). Quality of life of forensic psychiatric inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 9-15. doi: 10.1080/14999010903014671
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A. H., Boevink, W. A., & Wolf, J. R. L. M. (1997). Measuring the quality of life of client with severe mental illness. A review of instruments. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 33-41.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2000). *Manchester - verkorte Kwaliteit van Leven meting. (The Manchester- Short Assessment of Quality of life)*. Eindhoven: Institute of Mental Health Care Eindhoven.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., & Huxley, P. J. (2001). The Lancashire Quality of Life Profile: Modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 36-44.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Wilrycx, G., Moradi, M., & Brouwers, E. P. M. (2014). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Mental Health Recovery Measure (MHRM). *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 162-168. doi: 10.1177/0020764012472302
- Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421-433.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual frame work and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- Wismeijer, A. A. J., & Van Assen, M. A. L. M. (2008). Do neuroticism and extraversion explain the negative effect of self-concealment on subjective well-being? *Personality and Individual Differences*, 45, 345-349.
- Zissi, A., Barry, M. M., & Cochrane, R. (1998). A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28, 1221-1230.



## **BIJLAGE A – VRAGENLIJSTEN**

**MANSA vragenlijstversie 12 items**

**MANSA vragenlijstversie 16 items**

**Demografische & algemene gegevens**

# MANCHESTER VERKORTE KWALITEIT VAN LEVEN METING (MANSA VN-12)

© Ch. van Nieuwenhuizen, A.H. Schene & M.W.J. Koeter (2000).

## INSTRUCTIE BIJ HET INVULLEN

Hieronder staan 12 vragen die gaan over uw leven. Graag willen we van u weten hoe tevreden u op dit moment over uw leven bent. U kunt dat aangeven door steeds een kruisje te zetten bij het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

*Wilt u, voordat u de vragen beantwoordt, onderstaande gegevens invullen?*

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:   -   -

Invuldatum:   -   -

Geslacht:  Man  Vrouw

1. Kunt u vertellen hoe u op dit moment uw leven algeheel ervaart?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

2. Geef aan wat voor u van toepassing is:

- Ik heb een betaalde baan (of werk op een sociale werkplaats, of volg onderwijs/opleiding) als voornaamste daginvulling). **GA VERDER MET VRAAG 2A.**
- Ik heb geen betaalde baan en ben gepensioneerd. **GA VERDER MET VRAAG 2B.**

2a. Hoe tevreden bent u met het feit dat u een betaalde baan heeft (of op een sociale werkplaats werkt, of onderwijs/opleiding volgt als voornaamste daginvulling)?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

2b. Hoe tevreden bent u met het feit dat u geen betaalde baan heeft of gepensioneerd bent?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

3. Hoe tevreden bent u met hoe goed u bij kas zit?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
4. Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
5. Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
6. Hoe tevreden bent u met uw woonomstandigheden?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
7. Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
8. Geef aan wat voor u van toepassing is:
- Ik leef samen. **GA VERDER MET VRAAG 8A.**
  - Ik woon alleen. **GA VERDER MET VRAAG 8B.**

8a. Hoe tevreden bent u met de mensen waarmee u samenleeft?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

8b. Hoe tevreden bent u met het feit dat u alleen woont?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

9. Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

10. Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie? (Lid van de familie heeft betrekking op familieleden waarmee u niet samenwoont)

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

11. Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

12. Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

# MANCHESTER VERKORTE KWALITEIT VAN LEVEN METING (MANSA VN-16)

© Ch. van Nieuwenhuizen, A.H. Schene & M.W.J. Koeter (2000).

## INSTRUCTIE BIJ HET INVULLEN

Hieronder staan 16 vragen die gaan over uw leven. Graag willen we van u weten hoe tevreden u op dit moment over uw leven bent. U kunt dat aangeven door steeds een kruisje te zetten bij het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

*Wilt u, voordat u de vragen beantwoordt, onderstaande gegevens invullen?*

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:   -   -

Invuldatum:   -   -

Geslacht:  Man  Vrouw

1. Kunt u vertellen hoe u op dit moment uw leven al **veel** **veert**?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

2. Geef aan wat voor u van toepassing is:

- Ik heb een betaalde baan (of werk op een sociale werkplaats, of volg onderwijs/opleiding als voornaamste daginvulling). **GA VERDER MET VRAAG 2A.**
- Ik heb geen betaalde baan en ben gepensioneerd. **GA VERDER MET VRAAG 2B.**

2a. Hoe tevreden bent u met het feit dat u een betaalde baan heeft (of op een sociale werkplaats werkt, of onderwijs/opleiding volgt als voornaamste daginvulling)?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

2b. Hoe tevreden bent u met het feit dat u geen betaalde baan heeft of gepensioneerd bent?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

3. Hoe tevreden bent u met hoe goed u bij kas zit?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
4. Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen?
- Ja
  - Nee
5. Heeft u de afgelopen week een vriend of vriendin ontmoet (op bezoek geweest bij een vriend of vriendin, bezocht door een vriend of vriendin, vriend of vriendin ontmoet buitenshuis of buiten het werk)?
- Ja
  - Nee
6. Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
7. Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
8. Hoe tevreden bent u met uw woonomstandigheden?
- Kan niet slechter
  - Ontevreden
  - Meestal ontevreden
  - Gemengd (tevreden en ontevreden)
  - Meestal tevreden
  - Tevreden
  - Kan niet beter
9. Bent u in het afgelopen jaar beschuldigd van een misdrijf?
- Ja
  - Nee
10. Bent u in het afgelopen jaar slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?
- Ja
  - Nee

11. Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

12. Geef aan wat voor u van toepassing is:

- Ik leef samen. **GA VERDER MET VRAAG 12A.**
- Ik woon alleen. **GA VERDER MET VRAAG 12B.**

12a. Hoe tevreden bent u met de mensen waarmee u samenleeft?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

12b. Hoe tevreden bent u met het feit dat u alleen woont?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

13. Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

14. Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie? (Deze vraag heeft betrekking op familieleden waarmee u niet samenwoont)

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

15. Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

16. Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?

- Kan niet slechter
- Ontevreden
- Meestal ontevreden
- Gemengd (tevreden en ontevreden)
- Meestal tevreden
- Tevreden
- Kan niet beter

VOORBEELD



## Demografische & algemene gegevens

1. Wat is uw culturele achtergrond?

- Nederlands
- Turks
- Marokkaans
- Surinaams
- Antilliaans
- Indonesisch
- Chinees
- Aziatisch
- Anders, nl. \_\_\_\_\_

2. Tot welke leeftijd heeft u dagonderwijs gevolgd?

\_\_\_\_\_

3. Wat is uw arbeidssituatie?

- Betaalde baan
- Sociale werkplaats
- Opleiding/onderwijs als voornaamste dagvulling
- Werkloos
- Gepensioneerd
- Anders, nl. \_\_\_\_\_

4. Wat is uw beroep?

\_\_\_\_\_

5. Hoeveel uur per week werkt u?

\_\_\_\_\_ uur

6. Wat is uw netto inkomen per maand in euro's?  
(na aftrek belastingen)

\_\_\_\_\_ euro

7. Ontvangt u een sociale uitkering?

- Wajong-uitkering
- WW-uitkering
- WWB-uitkering
- WIA-uitkering
- AOW-uitkering
- ANW-uitkering
- Geen uitkering

8. Hoeveel kinderen (indien kinderen) heeft u?

\_\_\_\_\_

9. Met wie woont u samen?  
*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Alleenwonend
- Met partner
- Met ouders
- Met kind(eren) jonger dan 18 jaar
- Met kind(eren) ouder dan 18 jaar
- Anders, nl.: \_\_\_\_\_

10. In wat voor type behuizing woont u momenteel?

- Eigen woning/flat
- Huurwoning/flat (woningbouwvereniging)
- Huurwoning/flat (particulier)
- Kosthuis/pension
- Tehuis/begeleid (groeps)wonen
- Beschermende woonvorm
- Verpleeghuis
- Psychiatrisch ziekenhuis
- Geen vaste woon-/verblijfplaats

VOORBEELD

## **BIJLAGE B – NORMTABELLEN**

### **Normering**

**Normeringstabellen – Patiënten met EPA**

**Normeringstabellen – Patiënten met psychiatrische problemen**

**Normeringstabellen – Oudere psychiatrische patiënten**

**Normeringstabellen – Methadongebruikers**

**Normeringstabellen – Algemene bevolking**

## Normering

In deze handleiding zijn de normtabellen van 6 onderzoekspopulaties terug te vinden. De subgroepen patiënten uit de langdurige psychiatrie Noord-Holland en psychiatrische patiënten Oost-Brabant zijn samengevoegd tot 1 normtabel, aangezien er geen significant verschil was tussen de gemiddelde totaalscores. Bij elke normgroep is gekeken of er significante verschillen waren tussen geslacht en drie leeftijdscategorieën (18 t/m 24 jaar, 25 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder). Bij geen van de normgroepen zijn significante verschillen gevonden, waardoor er per normgroep één normtabel is gemaakt. In de normtabellen staan de percentielscores, het gemiddelde, de standaarddeviatie en het geobserveerde scorebereik van de gemiddelde totaalscore per specifieke normgroep.

Voor het gebruik van de MANSA als ROM-instrument, is het van belang om een klinisch relevante verandering op individueel niveau te kunnen vaststellen. Zoals in Paragraaf 3.6 beschreven staat, zijn hier twee maten voor nodig: de RCI en de drempelwaarde. Deze drempelwaarde en de RCI staan in de normtabellen vermeld, net als de standaardmeetfout<sup>11</sup> en de standaardfout van het verschil van de twee metingen<sup>12</sup> die gebruikt zijn om de RCI<sup>13</sup> te berekenen. Een verandering tussen twee metingen is statistisch betrouwbaar als het verschil tussen de metingen groter is dan de RCI. De drempelwaarde<sup>14</sup> onderscheidt patiënten van goed functionerende mensen. Deze drempelwaarde is alleen berekend voor de patiënten met EPA, de patiënten met psychiatrische problemen en de methadongebruikers, waarbij de gegevens van de gezonde populatie als normaalpopulatie gebruikt zijn. Voor de oudere psychiatrische patiënten kon de drempelwaarde niet berekend worden, omdat daar geen normaalpopulatie voor beschikbaar was. Bij een score gelijk aan of hoger dan de drempelwaarde scoren patiënten op het niveau van de normaalpopulatie.

<sup>11</sup> Formule standaardmeetfout (SE):  $\sigma_x \sqrt{1-r_{xx}}$  ( $\sigma_x$  = standaarddeviatie,  $r_{xx}$  = Cronbach's alpha).

<sup>12</sup> Formule standaardfout van het verschil van twee metingen (SE<sub>diff</sub>):  $\sqrt{2(SE)^2}$ .

<sup>13</sup> Formule RCI:  $1.96 * SE_{diff}$ .

<sup>14</sup> Formule drempelwaarde:  $((\text{Gemiddelde}_{\text{disfunctionelen}} \times SD_{\text{functionelen}}) + (\text{Gemiddelde}_{\text{functionelen}} \times SD_{\text{disfunctionelen}})) / (SD_{\text{functionelen}} + SD_{\text{disfunctionelen}})$  (Jacobson & Truax, 1991). Voor de functionelen zijn de gegevens van de gezonde populatie gebruikt.

## Normtabellen - Patiënten met EPA

De onderzoeksgegevens uit deze populatie zijn samengevoegd uit twee kleinere onderzoekspopulaties: de patiënten uit de langdurige psychiatrie van Noord-Holland en de psychiatrische patiënten Oost-Brabant en zijn respectievelijk verzameld in 2009 en 2011. De gegevens van beide groepen zijn verzameld in het kader van een onderzoek naar FACT bij patiënten in de langdurige zorg. Uit de analyses blijkt dat de gemiddelde totaalscores overeenkomen. Het verschil in regio lijkt ondergeschikt, waardoor de gegevens van deze populatie generaliseerbaar lijken te zijn naar alle patiënten met EPA in de verstedelijkte gebieden in Nederland. Er zijn geen significante verschillen in geslacht en tussen de verschillende leeftijdsgroepen gevonden, waardoor één normtabel voor de hele doelgroep afdoende is.

Tabel B1: Normtabel Patiënten met EPA (N=471)

	Percentiel	Gemiddelde totaalscore
Zeer hoog	95-100	5.84-7.00
Hoog	80-95	5.43-5.83
Boven gemiddeld	60-80	5.01-5.42
Gemiddeld	40-60	4.59-5.00
Beneden gemiddeld	20-40	4.01-4.58
Laag	5-20	3.30-4.00
Zeer laag	0-5	1-3.29
Gemiddelde		4.69
Standaarddeviatie		0.81
Geobserveerd scorebereik	1.83-6.55	
SE		0.36
SE <sub>diff</sub>		0.52
RCI		1.01
Drempelwaarde		5.37

## Normtabellen - Patiënten met psychiatrische problemen

Deze onderzoeksgegevens zijn verzameld tussen september 2006 en oktober 2009 bij patiënten die actief met herstel bezig zijn door middel van deelname aan een cursus 'Herstellen doe je zelf'. Er zijn drie verschillende landelijke onderzoekssamples gebruikt wat de generaliseerbaarheid van de gegevens ten goede komt. Mannen en vrouwen als ook de drie verschillende leeftijdscategorieën verschillen niet significant van elkaar, waardoor één overkoepelende normtabel toereikend is.

Tabel B2: Normtabel Patiënten met psychiatrische problemen (N=338)

	<b>Percentielen</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Zeer hoog	95-100	5.84-7.00
Hoog	80-95	5.18-5.83
Boven gemiddeld	60-80	4.51-5.17
Gemiddeld	40-60	4.09-4.50
Beneden gemiddeld	20-40	3.51-4.08
Laag	5-20	2.67-3.50
Zeer laag	0-5	1-2.66
Gemiddelde		4.29
Standaarddeviatie		0.94
Geobserveerd scorebereik	1.92-6.75	
SE		0.38
SE <sub>diff</sub>		0.53
RCI		1.04
Drempelwaarde		5.28

## Normtabellen - Oudere psychiatrische patiënten

De onderzoeksgegevens in deze normtabel zijn verzameld in mei 2000. De inclusiecriteria voor dit onderzoek waren: een leeftijd van 65 of ouder, ten minste 6 maanden deelname aan een supported living program of opname op een long-stay unit van een psychiatrisch ziekenhuis, gediagnosticeerd met een stoornis uit de DSM-IV (APA, 2004) langer dan 2 jaar (dementie uitgesloten) en één of meerdere problemen in het dagelijks functioneren veroorzaakt door de psychische stoornis. De informatie in deze Tabel is beperkt generaliseerbaar naar andere oudere psychiatrische patiënten, omdat de respondenten en non-respondenten geen vergelijkbare groepen waren: non-respondenten hadden significant vaker schizofrenie of een psychotische stoornis en meer problemen in het dagelijkse functioneren. Er zijn geen significante verschillen in geslacht gevonden. Verschillende leeftijdscategorieën zijn bij deze onderzoekspopulatie niet van toepassing.

Tabel B3: Normtabel Oudere psychiatrische patiënten (N=174)

	<b>Percentielen</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Zeer hoog	95-100	6.18-7.00
Hoog	80-95	5.76-6.17
Boven gemiddeld	60-80	5.34-5.75
Gemiddeld	40-60	4.84-5.33
Beneden gemiddeld	20-40	4.26-4.83
Laag	5-20	3.19-4.25
Zeer laag	0-5	1-3.18
Gemiddelde		4.97
Standaarddeviatie		0.88
Geobserveerd scorebereik	2.50-7.00	
SE		0.41
SE <sub>diff</sub>		0.58
RCI		1.14

## Normtabellen - Methadongebruikers

De gegevens van deze normtabel komen uit maart 2008 en juli 2009 en zijn afgenomen in Gent. Participanten zijn methadongebruikers die in regio Gent behandeld werden voor hun verslaving. Deze populatie is hierdoor moeilijk generaliseerbaar naar alle methadongebruikers. Er zijn geen significante verschillen in leeftijd en geslacht gevonden hetgeen betekent dat één normtabel voldoende is.

Tabel B4: Normtabel Methadongebruikers (N=159)

	<b>Percentielen</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Zeer hoog	95-100	5.59-7.00
Hoog	80-95	4.93-5.58
Boven gemiddeld	60-80	4.51-4.92
Gemiddeld	40-60	4.01-4.50
Beneden gemiddeld	20-40	3.43-4.00
Laag	5-20	2.51-3.42
Zeer laag	0-5	1-2.50
Gemiddelde		4.19
Standaarddeviatie		0.94
Geobserveerd scorebereik	1.08-6.17	
SE		0.40
SE <sub>diff</sub>		0.56
RCI		1.10
Drempelwaarde		5.25



## Normtabellen - Algemene bevolking

### Studenten

De gegevens van deze populatie zijn begin 2007 verzameld in het kader van een practicum over vragenlijst-constructie. In principe deden alle studenten van vier verschillende sociale studies mee aan dit onderzoek, behalve de studenten die niet van plan waren de vragenlijst serieus in te vullen. Omdat alleen de gegevens van de studenten van sociale studies van één universiteit zijn meegenomen, is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren naar grotere groepen studenten. Er is geen significant verschil in geslacht gevonden en verschillende leeftijdsgroepen zijn bij deze onderzoekspopulatie niet van toepassing.

Tabel B5.1: Normtabel Studenten (N=325)

	<b>Percentielen</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Zeer hoog	95-100	6.07-7.00
Hoog	80-95	5.76-6.06
Boven gemiddeld	60-80	5.51-5.75
Gemiddeld	40-60	5.26-5.50
Beneden gemiddeld	20-40	4.93-5.25
Laag	5-20	4.18-4.92
Zeer laag	0-5	1-4.17
Gemiddelde		5.27
Standaarddeviatie		0.57
Geobserveerd scorebereik	2.57-6.67	
SE		0.29
SE <sub>diff</sub>		0.41
RCI		0.80

### Gezonde populatie

De gegevens van de gezonde populatie zijn in 2009 en 2010 verzameld om een gezonde normgroep te verkrijgen voor deze handleiding. Er zijn 1000 vragenlijsten uitgereikt aan medewerkers met de vraag om deze te verspreiden. Hoeveel vragenlijsten er uiteindelijk uitgedeeld zijn, is onbekend. Wel bekend is dat van alle aan de medewerkers uitgereikte vragenlijsten 31 procent retour kwam, waardoor voorzichtigheid geboden is bij het generaliseren naar de gezonde populatie. Er zijn geen significante verschillen gevonden wat betreft de leeftijdscategorieën en geslacht.

Tabel B5.2: Normtabel Gezonde populatie (N=305)

	<b>Percentielen</b>	<b>Gemiddelde totaalscore</b>
Zeer hoog	95-100	6.43-7.00
Hoog	80-95	6.09-6.42
Boven gemiddeld	60-80	5.84-6.08
Gemiddeld	40-60	5.68-5.83
Beneden gemiddeld	20-40	5.43-5.67
Laag	5-20	4.93-5.42
Zeer laag	0-5	1-4.92
Gemiddelde		5.74
Standaarddeviatie		0.44
Geobserveerd scorebereik	4.25-7.00	
SE		0.22
SE <sub>diff</sub>		0.31
RCI		0.62

## **BIJLAGE C – TABELLEN BIJ HOOFDSTUK 4**

### **Tabellen bij Hoofdstuk 4, Paragraaf 4.8**

### Tabellen bij Hoofdstuk 4, Paragraaf 4.8

Tabel C1: Gemiddelde score en, tussen haakjes, de standaarddeviatie onderverdeeld voor geslacht per item van de MANSA

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking		
	1	2				3	4	5
Gemiddelde totaalscore	man vrouw	4.70 (.73) 4.64 (.82)	4.77 (.79) 4.72 (.90)	4.29 (1.00) 4.30 (.92)	4.93 (.92) 4.97 (.86)	4.26 (.94) 4.00 (.91)	5.24 (.60) 5.29 (.55)	5.73 (.42) 5.75 (.46)
1 Leven als geheel	man vrouw	4.57 (1.20) 4.44 (1.39)	4.58 (1.49) 4.41 (1.42)	4.10 (1.36) 4.18 (1.32)	4.40 (1.78) 4.62 (1.58)	4.08 (1.56) 4.03 (1.27)	5.31 (.99) 5.33 (.88)	5.82 (.64) 5.70 (.70)
2 (Geen) betaalde baan/pensioen	man vrouw	4.39 (1.66) 4.49 (1.58)	4.68 (1.47) 4.54 (1.57)	3.95 (1.65) 4.09 (1.69)	4.39** (1.94) 5.30** (1.47)	3.45 (1.87) 3.05 (1.50)	4.73*** (1.16) 5.21*** (.86)	5.59 (.92) 5.55 (.87)
3 Hoe goed bij kas	man vrouw	4.29 (1.53) 4.39 (1.62)	4.58 (1.43) 4.36 (1.61)	3.99 (1.88) 3.88 (1.74)	5.65 (1.33) 5.33 (1.50)	3.50 (1.74) 3.15 (1.72)	4.26* (1.51) 4.60* (1.32)	5.45 (1.09) 5.50 (1.00)
4 Aantal en kwaliteit vriendschappen	man vrouw	4.70 (1.43) 4.66 (1.52)	4.57 (1.51) 4.81 (1.48)	4.20 (1.63) 4.28 (1.59)	4.71 (1.62) 4.83 (1.71)	4.38 (1.70) 3.80 (1.79)	5.51 (1.17) 5.42 (1.11)	5.69* (.72) 5.87* (.80)
5 Vrije tijd	man vrouw	4.81 (1.31) 4.85 (1.27)	4.83 (1.31) 4.79 (1.41)	4.61 (1.32) 4.50 (1.38)	5.07 (1.68) 5.17 (1.37)	4.28 (1.45) 3.95 (1.47)	5.49 (1.04) 5.35 (.94)	5.63 (.76) 5.71 (.81)
6 Woonomstandigheden	man vrouw	5.32 (1.13) 5.36 (1.35)	5.43 (1.31) 5.37 (1.37)	4.82 (1.59) 4.88 (1.61)	5.56 (1.64) 5.19 (1.44)	4.26 (1.75) 4.28 (1.85)	5.35 (1.15) 5.47 (1.12)	5.88 (.93) 5.90 (.95)
7 Persoonlijke veiligheid	man vrouw	5.22 (1.14) 4.94 (1.24)	5.11 (1.33) 4.92 (1.46)	5.07 (1.28) 4.98 (1.32)	5.61 (1.22) 5.32 (1.37)	5.27* (1.18) 4.78* (1.56)	6.04*** (.73) 5.67*** (.82)	5.96 (.58) 5.98 (.54)
8 Mensen met wie u samenleeft	man vrouw	5.06 (1.17) 5.31 (1.10)	5.17 (1.31) 5.47 (1.38)	4.37* (1.73) 4.81* (1.58)	5.10 (1.22) 4.92 (1.40)	4.61 (1.62) 4.90 (1.61)	5.51 (.90) 5.36 (1.09)	6.27 (.76) 6.18 (.87)
9 Seksuele leven	man vrouw	4.10 (1.61) 4.34 (1.80)	4.13** (1.64) 4.85** (1.64)	3.56* (1.81) 4.00* (1.82)	4.85 (1.68) 5.10 (1.37)	3.94 (1.88) 4.00 (1.91)	4.65 (1.64) 4.96 (1.44)	5.27 (1.34) 5.53 (1.05)
10 Relatie met familie	man vrouw	4.81 (1.48) 4.58 (1.62)	5.27 (1.30) 4.89 (1.59)	4.32 (1.70) 4.13 (1.70)	4.63 (1.84) 5.19 (1.65)	4.00 (1.82) 3.73 (1.95)	5.15 (1.22) 5.40 (1.07)	5.59 (.89) 5.76 (.97)
11 Lichamelijke gezondheid	man vrouw	4.65** (1.37) 4.16** (1.43)	4.70* (1.28) 4.24* (1.62)	4.51* (1.54) 4.05* (1.56)	4.27 (2.09) 4.20 (1.81)	4.54 (1.44) 4.10 (1.39)	5.32 (1.20) 5.18 (1.19)	5.56 (.81) 5.55 (1.01)
12 Psychische gezondheid	man vrouw	4.41 (1.47) 4.14 (1.49)	4.18 (1.39) 3.97 (1.58)	3.93 (1.50) 3.84 (1.42)	5.00 (1.73) 4.62 (1.79)	4.82* (1.50) 4.20* (1.45)	5.60 (1.10) 5.51 (1.05)	6.04* (.67) 5.84* (.78)

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , <sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.

Tabel C2: Correlaties subjectieve items MANSA met leeftijd

Onderzoekspopulatie:	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
	1	2				5	6
Gemiddelde totaalscore	-.01	-.08	.04	.11	-.22**	-.17**	.13*
1 Leven als geheel	-.02	-.04	.01	.06	-.19*	-.12*	.11
2 (Geen) betaalde baan/pensioen	.13	-.04	.13*	.07	-.00	-.07	.22**
3 Hoe goed bij kas	.14*	-.02	.16**	.16*	-.11	-.21**	.26**
4 Aantal en kwaliteit vriendschappen	-.09	.00	-.00	-.01	-.09	-.02	.03
5 Vrije tijd	.07	-.07	-.07	-.08	-.06	-.12*	.10
6 Woonomstandigheden	.10	-.05	.12*	.08	-.07	-.08	.33**
7 Persoonlijke veiligheid	-.09	-.04	-.01	.13	-.02	.04	.00
8 Mensen met wie u samenleeft	.08	-.02	.01	-.08	-.16*	.01	.06
9 Seksuele leven	.02	.03	-.05	.05	-.33**	-.12*	-.17**
10 Relatie met familie	-.11	-.14*	.00	.17*	-.23**	-.10	-.08
11 Lichamelijke gezondheid	-.22**	-.16*	-.02	.06	-.15	-.07	-.01
12 Psychische gezondheid	-.09	-.05	.02	.09	-.07	-.09	.02

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , <sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.

## **BIJLAGE D – TABELLEN BIJ HOOFDSTUK 5**

### **Tabellen bij Hoofdstuk 5, Paragraaf 5.2**

## Tabellen bij Hoofdstuk 5, Paragraaf 5.2

In Tabel D1.1 t/m D5.2 staan de item-testcorrelaties van alle onderzoekspopulaties. De getallen in de tabel staan voor de items van de MANSA VN-12 (Zie Bijlage A). In Tabel D6 staan de item-rest correlaties.

### Patiënten met EPA

Tabel D1.1: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Patiënten uit de langdurige psychiatrie Noord-Holland

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.38**												
3	.18**	.26**											
4	.36**	.19**	.08										
5	.43**	.39**	.15*	.37**									
6	.33**	.15*	.21**	.24**	.31**								
7	.37**	.13*	.24**	.25**	.21**	.31**							
8	.25**	.15*	.16*	.20**	.29**	.35**	.17**						
9	.36**	.34**	.18**	.30**	.31**	.15*	.18**	.32**					
10	.21**	.08	.01	.27**	.26**	.14*	.22**	.11	.18**				
11	.36**	.14*	.19**	.15*	.21**	.19**	.15*	.05	.14*	.15*			
12	.59**	.26**	.11	.33**	.41**	.25**	.33**	.27**	.27**	.19**	.43**		
gem	.72**	.56**	.43**	.57**	.65**	.53**	.52**	.48**	.59**	.44**	.48**	.67**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Tabel D1.2: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Psychiatrische patiënten Oost-Brabant

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.35**												
3	.24**	.19*											
4	.42**	.35**	.16*										
5	.50**	.44**	.22**	.57**									
6	.29**	.35**	.14*	.23**	.23**								
7	.33**	.18*	.18**	.22**	.34**	.17*							
8	.34**	.26**	.18**	.26**	.31**	.42**	.21**						
9	.15*	.32**	-.02	.26**	.21**	.17*	.22**	.32**					
10	.28**	.20**	.09	.29**	.19**	.28**	.18**	.28**	.24**				
11	.40**	.22**	.19**	.26**	.34**	.14*	.34**	.11	.06	.22**			
12	.65**	.39**	.16*	.45**	.50**	.23**	.34**	.27**	.16*	.31**	.34**		
gem	.72**	.62**	.40**	.65**	.70**	.51**	.54**	.57**	.47**	.51**	.53**	.70**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Patiënten met psychiatrische problemen

Tabel D2.1: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Deelnemers cursus 'Herstellen doe je zelf'

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.41**												
3	.30**	.37**											
4	.50**	.25**	.27**										
5	.54**	.37**	.29**	.57**									
6	.37**	.29**	.39**	.19**	.23**								
7	.36**	.18**	.17**	.28**	.31**	.42**							
8	.48**	.26**	.29**	.26**	.27**	.47**	.38**						
9	.40**	.17**	.21**	.34**	.32**	.20**	.23**	.37**					
10	.32**	.20**	.24**	.31**	.28**	.25**	.17**	.28**	.22**				
11	.29**	.25**	.22**	.26**	.29**	.15**	.29**	.11	.22**	.27**			
12	.59**	.34**	.25**	.37**	.48**	.23**	.33**	.30**	.32**	.24**	.49**		
gem	.75**	.57**	.57**	.63**	.67**	.58**	.55**	.62**	.57**	.53**	.53**	.67**	

\*\* $p < .01$

Oudere psychiatrische patiënten

Tabel D3.1: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Oudere psychiatrische patiënten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.30**												
3	.14	.22**											
4	.37**	.21**	.17*										
5	.40**	.14 -	-.01	.31**									
6	.41**	.19*	.04	.25**	.32**								
7	.25**	.18*	.21**	.18*	.21**	.24**							
8	.25**	.14	.08	.31**	.27**	.42**	.18*						
9	.21**	.21**	.13	.27**	.13	.19*	.14	.16*					
10	.43**	.33**	.24**	.36**	.26**	.23**	.13	.03	.26**				
11	.42**	.24**	.06	.23**	.46**	.34**	.17*	.21**	.08	.27**			
12	.50**	.16*	.07	.20**	.43**	.28**	.23**	.19*	.21**	.24**	.57**		
gem	.72**	.50**	.35**	.59**	.59**	.59**	.45**	.47**	.45**	.59**	.64**	.64**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$



Methadongebruikers

Tabel D4.1: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Methadongebruikers

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.32**												
3	.41**	.34**											
4	.35**	.17*	.17*										
5	.50**	.30**	.37**	.42**									
6	.29**	.16*	.20*	.33**	.45**								
7	.19*	.22**	.12	.26**	.27**	.25**							
8	.43**	.37**	.34**	.28**	.50**	.41**	.49**						
9	.40**	.13	.15	.28**	.24**	.19*	.23**	.35**					
10	.30**	.28**	.22**	.11	.21**	.11	.18*	.31**	.17*				
11	.36**	.25**	.27**	.26**	.25**	.26**	.23**	.20*	.27**	.19*			
12	.39**	.12	.09	.14	.26**	.19*	.23**	.26**	.31**	.17*	.51**		
gem	.71**	.54**	.54**	.55**	.68**	.56**	.51**	.71**	.55**	.49**	.57**	.51**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Algemene bevolking

Tabel D5.1: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Studenten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.22**												
3	.13*	.17**											
4	.29**	.18**	.01										
5	.43**	.13*	.13*	.34**									
6	.22**	.13*	.16**	.11*	.22**								
7	.18**	-.04	.05	.05	.13*	.18**							
8	.21**	.05	.14*	.06	.09	.51**	.09						
9	.33**	.11	.14*	.14*	.28**	.17**	.02	.14**					
10	.27**	.15**	.12*	.13*	.22**	.23**	.20**	.16**	.07				
11	.47**	.16**	.12*	.15**	.37**	.29**	.14*	.18**	.25**	.20**			
12	.60**	.17**	.11*	.21**	.39**	.27**	.20**	.23**	.27**	.22**	.56**		
gem	.69**	.39**	.41**	.43**	.60**	.56**	.31**	.46**	.53**	.48**	.63**	.67**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Tabel D5.2: Item-testcorrelaties onderzoekspopulatie Gezonde populatie

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gem
1													
2	.25**												
3	.28**	.37**											
4	.32**	.08	.07										
5	.37**	.19**	.20**	.28**									
6	.23**	.28**	.37**	.17**	.34**								
7	.12*	-.01	.07	.22**	.19**	.22**							
8	.29**	.07	.18**	.26**	.24**	.28**	.13*						
9	.25**	.09	.12*	.22**	.27**	.09	.13*	.28**					
10	.23**	.11	.11*	.34**	.18**	.06	.15*	.22**	.20**				
11	.30**	.11	.13*	.10	.27**	.20**	.08	.04	.18**	.15**			
12	.44**	.18**	.02	.28**	.39**	.09	.17**	.28**	.23**	.22**	.22**		
gem	.63**	.45**	.51**	.51**	.62**	.55**	.35**	.53**	.54**	.49**	.46**	.53**	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Tabel D6: Item-rest correlaties subjectieve items MANSA

Onderzoekspopulatie <sup>1</sup> :	Patiënten met EPA		Patiënten met psychiatrische problemen	Oudere psychiatrische patiënten	Methadon-gebruikers	Algemene bevolking	
	1	2				6	7
1 Leven als geheel	.61	.61	.69	.61	.64	.60	.55
2 (Geen) betaalde baan/pensioen	.42	.54	.46	.37	.41	.25	.31
3 Hoe goed bij kas	.24	.29	.45	.23	.42	.22	.36
4 Aantal en kwaliteit vriendschappen	.41	.53	.52	.44	.43	.28	.37
5 Vrije tijd	.52	.61	.59	.50	.61	.49	.50
6 Woonomstandigheden	.39	.42	.47	.43	.44	.43	.41
7 Persoonlijke veiligheid	.41	.41	.45	.32	.42	.20	.26
8 Mensen met wie u samenleeft	.37	.45	.53	.33	.63	.33	.39
9 Seksuele leven	.46	.32	.43	.35	.41	.33	.34
10 Relatie met familie	.30	.39	.41	.46	.35	.33	.32
11 Lichamelijke gezondheid	.31	.42	.43	.49	.48	.51	.31
12 Psychische gezondheid	.56	.59	.59	.48	.40	.57	.43

<sup>1</sup> De onderzoekspopulaties staan beschreven op de pagina's 10 t/m 15.

**MANSA**

**Manchester Short Assessment  
of Quality of Life**

Handleiding

2017