

Leefstijl bij jongvolwassenen met en zonder psychotische stoornis

W.E. Swildens, J. Kranenburg, W. van Ens, D. van Rijswijk, W. Cahn

- Achtergrond** Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben meer kans op lichamelijke gezondheidsproblemen dan de algemene bevolking door onder meer genetische aanleg, minder toegang tot somatische zorg, medicatiegebruik, omgevingsfactoren en een vaak ongezondere leefstijl. Een leefstijlanamnese kan van belang zijn om problemen te signaleren en tijdiger aan te pakken.
- Doel** Beschrijven van de leefstijl van patiënten (18-28 jaar) van een behandelafdeling voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis, vergeleken met jongvolwassenen uit de algemene populatie, gebruikmakend van onderdelen van het anamnese-instrument Leefstijl-in-beeld.
- Methode** We vergeleken de leefstijlkenmerken en het leefstijlgedrag van 90 jongvolwassenen met een psychotische stoornis en 137 jongvolwassenen uit de algemene populatie kwantitatief. Daarnaast hielden we interviews met leefstijlcoaches.
- Resultaten** De jongvolwassenen met een psychotische stoornis hadden aanzienlijk ongezonder leefstijlkenmerken dan de vergelijkingsgroep, zoals een verhoogde body mass index (BMI; 53% tegen 18%), meer roken en middelengebruik en weinig gezonde voeding en beweging. Ook waren zij minder tevreden over hun lichamelijke en psychische gezondheid. De leefstijlanamnese vormde volgens de leefstijlcoaches een goed startpunt om aan verbetering te werken; hiermee kunnen patiënten inzicht krijgen in gezonde en ongezonde aspecten van hun leefstijl en gericht verbeterdoelen opstellen in een leefstijlplan.
- Conclusies** Jongvolwassenen met een psychotische stoornis hebben een ongezonde leefstijl en hebben te maken met meer risicofactoren vergeleken met leeftijdgenoten. De inzet van leefstijlanamnese-instrumenten is belangrijk om risico's tijdig te bespreken en om inzicht te geven in mogelijke vervolgstappen. Het omzetten van dit inzicht in gezonder gedrag bij deze patiënten is echter een grote uitdaging.

Bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) ligt de prevalentie van lichamelijke aandoeningen 2,5 tot 3 keer hoger dan in de algemene populatie. In Europa is hun levensverwachting als gevolg van lichamelijke ziekte 10 tot 15 of 20 jaar korter.^{1,2} Zelfs al op jonge leeftijd wordt bij patiënten met psychotische stoornissen een verhoogd sterfterisico gevonden.³ Dit komt vermoedelijk door diverse factoren, waaronder een grotere genetische gevoeligheid voor lichamelijke ziektes, zoals diabetes of metabool syndroom, een verminderde toegang tot (specialistische) somatische zorg en bijwerkingen van antipsychoticagebruik.^{2,4-7} Daarnaast zijn het ervaren van stress of depressieve gevoelens en ongunstiger sociale omstandigheden (laag inkomen en werkloosheid) bij veel patiënten vermoedelijk gerelateerd aan de lagere levensverwachting. Tot slot hebben veel patiënten een ongezonde leefstijl.^{8,9} Velen van hen bewegen weinig, zitten veel, slapen slecht, eten ongezond, roken en kampen met verslavingen.

De laatste jaren is er heel wat onderzoek gedaan naar de leefstijl en leefstijlinterventies bij patiënten met EPA.⁸⁻¹² Maar er is minder bekend over de leefstijl van jonge patiënten met een psychotische aandoening. Dit terwijl juist in deze levensfase leefstijlfactoren zoals inactiviteit, roken, slecht dieet en alcoholgebruik worden gevormd, waardoor een leefstijltendens ontstaat.¹³ Ruim de helft van de patiënten met een psychotische stoornis maakte retrospectief gezien de eerste episode voor het 30ste levensjaar mee.¹⁴ Tijdens de eerste psychotische episode, waarbij wordt behandeld met antipsychotica, neemt het gewicht het meeste toe.¹⁵ In deze fase bewegen patiënten met een eerste psychose gemiddeld nog wel meer dan patiënten met een langere ziekteduur, maar ze ervaren ook al veel obstakels bij bewegen, variërend van psychotische klachten, negatieve symptomen, angst en negatieve gedachten tot ontoereikende financiële middelen.^{16,17} Het kan daarom extra belangrijk zijn om bij deze patiënten al vanaf het begin van de stoornis

AUTEURS

Wilma Swildens, lector Interprofessionele zorg in de ggz, senioronderzoeker, Altrecht GGZ, Utrecht, en Hogeschool Inholland, Amsterdam.

Jette Kranenburg, gedragsdeskundige, Woonzorg Lojal, Doetinchem.

Welmoed van Ens, psycholoog en promovenda, Altrecht GGZ, Utrecht.

Danine van Rijswijk, psycholoog, leefstijlcoach en yogadocent, Rotterdam.

Wiepke Cahn, hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen en psychiater, UMCU, Altrecht GGZ, Utrecht.

Correspondentie

Dr. W.E. Swildens (w.swildens@altrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-10-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(2):76-83

de leefstijl proactief te monitoren en te voorkomen dat ongezonde gewoontes ontstaan.

Een goede leefstijl is ook van belang voor psychisch herstel. Bewegen kan leiden tot vermindering van symptomen van schizofrenie, of een betere kwaliteit van leven bij psychische aandoeningen in het algemeen.¹⁸ Interventies ter vermindering van overgewicht hebben een positief resultaat op depressieve symptomen bij patiënten met psychotische problemen.¹⁹ Uit recente reviews blijkt dat bij jongvolwassenen met een psychotische aandoening met leefstijlinterventies goede resultaten worden bereikt op sociaal gebied (sociale inclusie), psychologisch gebied (positiever zelfbeeld en meer zelfvertrouwen) en lichamelijke gesteldheid (vitaliteit, fitheid en energieniveau).^{11,16} Dit is echter nog geen standaardpraktijk: er is een kloof tussen beschikbare evidentie over leefstijlinterventies en de daadwerkelijke toepassing ervan. Onderzoek naar de ervaringen met en obstakels voor een bredere implementatie is daarom bijzonder gewenst.^{10,20}

Een eerste aanloop naar leefstijlinterventies biedt volgens de ggz-richtlijnen een leefstijlanamnese die afgenomen dient te worden bij patiënten met een (risico op) EPA als aanvulling op de jaarlijkse somatische screening (gericht op metabool syndroom en medicatiemonitoring). De leefstijlanamnese richt zich op vragen over leefstijlgedrag zoals voeding en eetpatroon; bewegen en sport; welbevinden en ontspanning; middelengebruik (tabak, alcohol en drugs); slapen (dag- en nachtritme); seksueel gedrag en hygiëne.

Geschikte gestandaardiseerde instrumenten voor leefstijlanamnese zijn volgens de richtlijn somatische screening (2015): de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VSML-GGZ; <https://www.ggzstandaarden.nl>) en *Leefstijl-in-beeld*.²¹ Een recentere digitale opvolger van beide instrumenten is het instrument Gezond in lijf en leven (GILL <https://stichtinggill.nl/>). Zo'n anamnese biedt volgens de ggz-richtlijn een goed uitgangspunt voor het werken aan een betere leefstijl

indien dit gevolgd wordt door het maken van een leefstijlplan en gerichte ondersteuning bij de uitvoering ervan. Een naturalistische pilotstudie naar de *Leefstijl-in-beeld* methode liet bij patiënten met EPA een gewichtsafname zien en een verbetering van de subjectief ervaren gezondheid.²¹ Over de uitkomsten van en ervaringen met het *Leefstijl-in-beeld* instrument bij jongvolwassenen met een psychotische stoornis zijn voor zover ons bekend geen gegevens bekend.

In deze studie proberen we aan dit inzicht bij te dragen door onderzoek naar leefstijl van jongeren met en zonder een vroege psychose. We doen dit aan de hand van twee vragen:

- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in de leefstijl en ervaren gezondheid – gemeten met onderdelen van het anamnese-instrument *Leefstijl-in-beeld* – van jongvolwassenen met een psychotische stoornis in vergelijking met leeftijdgenoten zonder psychotische stoornis?
- Wat zijn de eerste ervaringen van leefstijlcoaches in de ggz met de praktische toepassing van het instrument *Leefstijl-in-beeld*?

METHODE

Wij verrichtten een kwantitatief onderzoek naar de leefstijlkenmerken van jongvolwassenen aangevuld met enkele kwalitatieve interviews met leefstijlcoaches.

Onderzoekssetting

We voerden de studie uit op een afdeling voor jongvolwassenen met een vroege psychose bij Altrecht. Hier verzorgen als leefstijlcoaches getrainde hulpverleners sinds 2015 een leefstijlanamnese met het digitale instrument *Leefstijl-in-beeld* (www.leefstijlinbeeld.nl), dat we ook deels gebruikten als meetinstrument voor dit onderzoek. Patiënten en hulpverleners kunnen op de website de individuele leefstijlgegevens en bijbehorende

gezondheidsadviezen inzien. Het instrument werkt met een stoplichtmethode, waarbij ingevulde waardes groen, oranje of rood kleuren op het moment dat het een gezonde of een ongezonde tot zeer ongezonde gedraging betreft met daarbij een toelichting op het wenselijke gedrag. Door vervolgens concrete doelen te formuleren krijgt het leefstijlplan richting.²¹

Participanten

Leefstijlcoaches verzamelden de gegevens onder 90 jongvolwassenen op een specialistische behandelafdeling voor vroege psychose (18-30 jaar). Alle patiënten die vanaf mei 2015 in behandeling kwamen bij deze afdeling werden in principe gevraagd om mee te doen aan *Leefstijl-in-beeld*. Een beperkt deel van de dataset uit de periode mei 2015 tot en met mei 2018 was als geanonimiseerd databestand te downloaden en te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

De vergelijkingsgroep van 151 leeftijdgenoten werd geworven als *convenience sample* onder studenten uit het lager, middelbaar en hoger (beroeps)onderwijs en hun familieleden. De vragenlijst was opgezet als onlinesurvey. Sociale media werden ingezet om de vragenlijst te verspreiden. De respondenten uit deze groep vulden in 2020 (juni-november) voor dit onderzoek anoniem onlinevragen in. Voor de vergelijkingsgroep werden 137 respondenten geïncludeerd; 14 van de oorspronkelijke 151 respondenten uit de vergelijkingsgroep werden geëxcludeerd omdat ze (in het verleden) bekend waren met psychotische symptomen. Voor het onderzoek met deze geanonimiseerde datasets werd toestemming verkregen van de commissie wetenschappelijk onderzoek van Altrecht (nr. 1913).

Om enig inzicht te krijgen in de toepassing van het instrument deden we drie aanvullende kwalitatieve interviews met de aanwezige leefstijlcoaches over de toepasbaarheid van het instrument bij de jongvolwassenen met een psychotische stoornis. Van deze geïnterviewde coaches hadden er twee een verpleegkundige achtergrond en was één als basispsycholoog opgeleid. Ze werden getraind in toepassing van het instrument ontwikkeld door een organisatie met een opleidingsaanbod gericht op leefstijlbevordering (Charly Green).

Onderzoeksinstrumenten

Leefstijl-in-beeld omvat een vragenlijst met leefstijlvragen die aangevuld kan worden met informatie die naar voren komt uit somatische screening en medicatiemonitoring. Thema's in de leefstijlanamnese betreffen: tevredenheid en beoordeling van leefstijlaspecten zoals het eetpatroon en het beweegpatroon, middelengebruik (roken, alcohol en drugs) en andere leefstijlfactoren. Aan de hand van een deel van deze items stelden we voor de vergelijkingsgroep een vergelijkbare onlinevragenlijst samen met vragen over roken, alcohol- en drugsgebruik, de hoeveelheid groente en fruit, en aantal minuten slapen, zitten en bewegen. Ook werd deelnemers gevraagd om een rapportcijfer te geven aan

Tabel 1. Leefstijlvariabelen als categorieën opgenomen in de statistische analyses

Aspecten	Indeling voor deze analyse Volgens o. a. normen WHO en Voedingscentrum 2021
BMI	Gezond: 18,5 tot 25 Ongezond, te laag/te hoog volgens normering: 17-18,5 of 25-30 Zeer ongezond, te laag/te hoog volgens normering: < 17 of > 30
Zituren	Gezond: 0-9 uur Ongezond, te veel volgens de norm: 10-15 uur Zeer ongezond, te veel volgens de norm: > 15 uur
Bewegen week-norm	Gezond: ≥ 2 keer en 150 minuten totaal Ongezond, te weinig volgens de norm: < 2 keer of < 150 minuten per week
Slaap	Gezond: 7-9 uur Ongezond, te weinig volgens de norm: < 7 uur Ongezond, te veel volgens de norm: > 9 uur
Voeding – fruit	Gezond: ≥ 2 stuks (200 gram) Ongezond, te weinig volgens de norm: ≤ 1 stuk
Voeding – groente	Gezond: ≥ 5 opscheplepels (250 gram) Ongezond, te weinig volgens de norm: 0-5 opscheplepels (0-200 gram)
Roken	Gezond: nee Ongezond: ja
Drugs-gebruik	Gezond: nee Ongezond: ja
Alcohol-gebruik	Aanvaardbaar volgens norm 2021: ≤ 1 glas per dag Aanvaardbaar volgens de norm 2021: ≥ 2 stopdagen per week

hun lichamelijke en mentale gezondheid en hun slaap-, eet- en beweegpatroon. Voor beide groepen waren verder enkele sociodemografische kenmerken beschikbaar: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

In enkele *aanvullende kwalitatieve interviews* met de bij de afdeling aanwezige leefstijlcoaches (n = 3) werd gevraagd naar de toepassing van de vragenlijst. Daarbij vroegen we hoe ze deze gebruikten met de patiënt, wat voor- en nadelen waren van afname van de lijst in relatie tot gebruiksvriendelijkheid en klinische toepassing, wat de meerwaarde, effecten of resultaten waren van het gebruik van de vragenlijst voor patiënten en voor de leefstijlcoaching en welke beperkingen werden ervaren. De onderzoekers (WS en JK) voerden een verkennende analyse uit door de thema's die uit de interviews naar voren kwamen systematisch te ordenen en te beschrijven.²²

Kwantitatieve analyse

In **tabel 1** is de normering voor indelingen in gezond, normaal en ongezond leefstijlgedrag weergegeven die we gebruikten in de analyses, gebaseerd op vigerende normen van onder meer het Voedingscentrum, National Sleep Foundation en de World Health Organization (WHO). De door ons gedichotomiseerde kwalificaties ‘on gezond/buiten de norm’ versus ‘normaal/gezond’ sluiten deels aan op de rode/oranje versus groene stoplichten van *Leefstijl-in-beeld*. Een aantal malen werd de *Leefstijl-in-beeld*indeling aangepast aan actuelere normen. Zo gold volgens het *Leefstijl-in-beeld*instrument negen uur slaap als enigszins ongezond (oranje stoplicht) terwijl volgens actuelere normen pas vanaf meer dan negen uur slaap als minder gezond wordt gezien. Data werden geanalyseerd met SPSS.28.

Sociodemografische kenmerken van patiënten en respondenten uit de algemene bevolking vergeleken we met χ^2 -analyses en students t-toetsen. In de patiëntengroep was er in beperkte mate sprake van missing data (zie **tabel 2 en 3**). Respondenten in de vergelijkingsgroep konden echter geen vragen overslaan omdat de onlinevragenlijst dit niet toestond. Dientengevolge was de MCAR-test voor systematische (niet random) data-uitval significant. In dat geval wordt multipele imputatie aangeraden, hetgeen we uitvoerden met MICE, FCS-methode, 25 iteraties. Na het checken van de assumpties werden verschillen in gezond-ongezond leefstijlgedrag tussen patiënten- en vergelijkingsgroep weergegeven en daarna, afhankelijk van de diverse uitkomstmaten, vergeleken via ordinale, logistische of lineaire regressieanalyses.

RESULTATEN

Kwantitatieve uitkomsten

De kenmerken van de groep met een psychotische stoornis en van de vergelijkingsgroep staan weergegeven in **tabel 2**. Omdat de patiëntengroep meer mannen en lager opgeleiden bevatte dan de vergelijkingsgroep namen we deze aspecten mee als controlevariabelen in alle vervolganalyses.

Meer dan de helft van de jongeren met een psychotische stoornis (56,5%) had een ongezonde BMI, tegen 21,8% van de vergelijkingsgroep ($p < 0,001$; **tabel 3a**). In het bijzonder was het gewicht bij de meerderheid van de patiëntengroep (53% tegen 18% bij de controlegroep) te hoog, waarvan 14% met obesitas terwijl dit percentage 3% was bij de controlegroep.

Het percentage van de patiëntengroep dat overdag dagelijks langer dan 9 uur ‘zit of ligt zonder energieverbruik’ was hoger dan in de vergelijkingsgroep (respectievelijk 17% en 3%; $p = 0,002$; **tabel 3a**). De wekelijkse norm voor matig intensief bewegen ($> 2,5$ uur en > 2 keer per week) werd door 63% van de patiënten niet gehaald, tegenover 46% van de vergelijkingsgroep ($p = 0,02$; **tabel 3a**).

Meer dan een derde van de patiënten sliep volgens recente gezondheidsnormen te weinig dan wel te veel uren (< 7 en > 9 uur). Dit verschilde van de vergelijkingsgroep waarvan ongeveer een vijfde een ongezond aantal slaapuren had. De patiënten sliepen vooral meer dan de maximale hoeveelheid van 9 uur.

Afgezet tegen voedingsnormen was de fruitconsumptie bij 62% van de patiëntengroep en 45% van de vergelijkingsgroep onvoldoende; een net niet significant verschil ($p = 0,060$; **tabel 3a**). Van de patiëntengroep at volgens deze normen 94,5% te weinig groente en van de vergelijkingsgroep 74,5% ($p < 0,001$).

Tabel 2. Sociodemografische kenmerken patiënten met een psychosegevoeligheid en leeftijdgenoten; χ^2 - en t-toetsen

Kenmerken	Patiënten; n (%) (n = 90)	Vergelijkingsgroep; n (%) (n = 137)	Verschil	p
Geslacht*				
Vrouwen	26 (28,9%)	80 (58,4%)	$\chi^2(2) = 21,37$	$< 0,001$
Mannen	64 (71,1%)	55 (40,1%)		
Opleiding				
Lo-mbo	42 (46,7%)	28 (20,4%)	$\chi^2(1) = 17,52$	$< 0,001$
Havo-wo	48 (53,3%)	109 (79,6%)		
	M (SD)	M (SD)		
Leeftijd in j	22,89 (2,48)	23,61 (3,32)	$T(225) = -1,769$	0,078

*Bij de vergelijkingsgroep waren er 2 respondenten met ‘geslacht anders’.

Tabel 3a. Leefstijl van patiënten en vergelijkingsgroep; logistische en ordinale regressieanalyses gecontroleerd op variabelen geslacht en opleidingsniveau*

	Patiënten (n = 90)	Vergelijkingsgroep (n = 137)			
	%	%	OR	p	95%-BI
BMI					
Gezond	43,5	78,1	0,25	< 0,001	0,13-0,46
Ongezond (te hoge BMI 25-30/te lage 17-18,5)	42,4 (39,1/3,3)	18,2 (14,6/3,6)			
Zeer ongezond; obesitas (BMI >30)	14,0	3,6			
Zituren					
Gezond	83,1	97,1	0,15	0,002	0,05-0,50
Ongezond, te veel (10-15 uur)	15,8	2,9			
Zeer ongezond, te veel (> 15 uur)	1,1	0			
Uren slaap					
Gezond	64,4	78,9	0,52	0,042	0,27-0,98
Ongezond te weinig (< 7 uur)	6,0	19,0			
Ongezond te veel (> 9 uur)	29,6	2,1			
Bewegen weeknorm					
Gezond	36,7	54,2	0,46	0,020	0,24-0,88
Ongezond, onvoldoende	63,3	45,8			
Voeding – fruit					
Gezond/	37,6	54,7	0,56	0,060	0,31-1,02
Ongezond, te weinig	62,4	45,3			
Voeding – groente					
Gezond/	5,5	25,5	0,15	<0,001	0,05-0,45
Ongezond, te weinig	94,5	74,5			
Roken					
Ja versus nee	82,8	30,7	804,72	0,999	-
Verleden van middelengebruik					
Ja versus nee	48,7	16,1	3,31	<0,001	1,65-6,64
Alcoholgebruik					
Ja versus nee	90,4	86,8	2,01	0,256	0,59-6,86
Alcoholgebruik	(n = 80)	(n = 119)			
Gebruikers met > 5 glazen per week	54,9	57,6	0,78	0,883	0,78-2,19
Gebruikers met < 2 stopdagen per week	7,7	5,8	1,05	0,951	0,24-4,57

*Missende waarden werden geïmputeerd. De aantallen missende waarden voor imputatie bij de patiëntengroep waren: BMI: 3; zituren: 10; bewegen: 9; slaap: 8; fruit: 4; groente: 4; roken: 65. Het aantal missende waarden bij roken kwam door onduidelijkheid over de vraag of niet ingevuld betekende 'onbekend' of 'niet rokend'. Het verschil in percentage rokers konden we ook met imputatie niet betrouwbaar berekenen vanwege te veel missende waarden bij de patiëntengroep.

**Voor BMI, zit- en slaapuren deden we een ordinale regressieanalyse met de categorie gezond als uitgangspunt voor analyse.

Tabel 3b. Leefstijl patiënten en vergelijkingsgroep; regressieanalyses gecontroleerd op variabelen geslacht en opleidingsniveau*

	Patiënten (n = 90)	Vergelijkingsgroep (n = 137)			
	Gem. (SD)	Gem. (SD)	Regressiecoëfficiënt B	95%-BI	p
Roken hoeveelheid					
Sigaretten per dag gemiddeld (alleen rokers)	11,68 (5,72)	7,21 (7,47)	3,74	0,98-6,49	0,008
Rookjaren gemiddeld (alleen rokers)	5,99 (3,67)	6,70 (3,35)	-1,09	-2,79-0,73	0,245
B Rapportcijfers 0-10					
Psychische gezondheid	6,38 (1,63)	7,61 (1,22)	-1,44	-1,84- -0,04	< 0,001
Lichamelijke gezondheid	6,36 (1,48)	7,61 (1,01)	-1,28	-1,64-0,93	< 0,001
Tevredenheid slaappatroon**	6,54 (1,80)	6,62 (1,86)	-0,08	-0,62-0,45	0,759
Tevredenheid eetpatroon	6,57 (1,68)	6,98 (1,30)	-0,42	-0,85-0,00	0,052
Tevredenheid gezondheid eetpatroon	6,58 (1,61)	6,95 (1,23)	-0,48	-0,88- -0,08	0,020
Tevredenheid beweegpatroon**	5,77 (1,96)	6,61 (1,70)	-1,01	-0,54- -0,48	< 0,001
Gezondheid Bewegingspatroon**	5,76 (2,01)	6,76 (1,78)	-1,15	-1,69- -0,60	< 0,001

*Missende waarden werden geïmputeerd. De aantallen missende waarden voor imputatie bij de patiëntengroep: tevredenheid psychische gezondheid: 2; lichamelijke gezondheid: 1; slaappatroon: 7; (gezondheid) eetpatroon: 2; (gezondheid) beweegpatroon: 5.

**Deze maten waren enigszins scheef verdeeld, daarom voerden we tevens een extra non-parametrische regressieanalyse uit (Quade). Het significantieniveau wijzigde niet.

Van de patiëntengroep rookte 83% tegen 31% van de vergelijkingsgroep. De significantie van dit verschil konden we niet betrouwbaar berekenen (tabel 3a). Doordat in de *Leefstijl-in-beeld* dataset geen onderscheid werd gemaakt tussen onbekend en niet roken konden we de data niet anders ordenen dan roken ja-versus onbekend, wat leidde tot een te groot aantal imputaties.

Gemiddeld rookten de patiënten die rookten meer: dagelijks 11,7 (SD: 5,7) sigaretten, tegen 7,2 sigaretten (SD: 7,5) bij de vergelijkingsgroep ($p < 0,001$; tabel 3b). Het aantal rookjaren was vergelijkbaar.

Op de vraag naar een heden of verleden met middelenmisbruik van drugs, alcohol of niet voorgeschreven medicatie zei 49% van de patiëntengroep en 16% van de vergelijkingsgroep dat dit aan de orde was ($p < 0,001$; tabel 3a).

De meeste jongvolwassenen uit de patiëntengroep en uit de vergelijkingsgroep gaven aan alcohol te gebruiken (rond de 90%; tabel 3a). Het aantal patiënten en personen uit de vergelijkingsgroep dat meer en vaker dronk dan de op dat moment geldende uiterste waarden was vergelijkbaar.

Alle respondenten werd gevraagd hoe tevreden zij

waren met (onderdelen van) hun leefstijl. De gemiddelde rapportcijfers voor psychische en lichamelijke gezondheid, (de gezondheid van) het beweegpatroon en eetpatroon waren lager bij de patiënten (tabel 3b). Voor de patiëntengroep varieerden de zelf beoordeelde rapportcijfers van leefstijlgezondheid gemiddeld van 5,8 (beweegpatroon) tot 6,6 (eetpatroon), terwijl de jongeren uit de vergelijkingsgroep op deze aspecten tussen de 6,6 en 7 gemiddeld scoorden.

Kwalitatieve bevindingen

Gebruik en toepassing instrument

De drie leefstijlcoaches werkten gedurende de onderzoeksperiode parttime als coach en daarnaast als case-manager bij de afdeling. Alle patiënten van de afdeling kregen vanaf 2015 een leefstijlanamnese aangeboden, maar ze gaven er niet altijd prioriteit aan. Gedurende de onderzoeksperiode slaagden de coaches erin bij ruim een derde van de patiënten van de afdeling voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis een of

meerdere malen een leefstijlanamnese af te nemen. De toepasbaarheid werd als goed ervaren, wat inhoudt dat de coaches de vragen in het leefstijlanamnese-instrument helder vonden en de ervaring hadden dat het goed lukte om dit bij de patiënten af te nemen. De afnameduur varieerde van 45 tot 75 minuten in een eenmalige sessie of bij concentratieproblemen van de patiënt in maximaal twee sessies.

Meerwaarde voor patiënten

Voor de meeste patiënten leverde *Leefstijl-in-beeld* volgens de coaches nuttige en nieuwe inzichten op over de gezondheid van het eigen leefstijlgedrag en volgens hen was het een goed startpunt voor een gesprek over gedragsaspecten die al gezond waren of die nog verandering behoeften. Patiënten hadden voorheen dikwijls onvoldoende kennis over wat gezond en ongezond is aan het eigen gedrag, zo bleek uit de leefstijlanamnese. De leefstijlcoaches vonden de stoplichtindeling nuttig en motiverend voor leefstijlcoaching omdat het patiënten ondersteunt bij het formuleren van kleinere en dus haalbare stappen, zoals van zeer ongezond eetgedrag (rood stoplicht) naar enigszins ongezond eetgedrag (oranje) en naar gezond eetgedrag (groen) en bij het na verloop van tijd beeldend volgen van vooruitgang. Aanvullend werd vanuit de afdeling een gezond klimaat aangeboden met sportactiviteiten en samen gezond koken.

Opvolging adviezen

Geformuleerde leefstijldoelen werden door de leefstijlcoaches met de patiënten na verloop van tijd geëvalueerd en soms bijgesteld. Het vormgeven van een verandertraject vonden de coaches het lastigste deel. Opgemerkt werd dat patiënten in de vroege fase van een psychose sterk gericht waren op hun psychiatrische problemen en gezond leefstijlgedrag lager prioriteerden. Het belang ervan werd volgens de leefstijlcoaches ook nog onvoldoende door het hele team en families ondersteund. Ook ervoeren patiënten financiële en sociale obstakels bij het nastreven van leefstijldoelen, zoals weinig geld voor en (verwachte) stigmatisering bij sportactiviteiten.

DISCUSSIE

Ons onderzoek levert aanwijzingen op dat de onderzochte jongvolwassenen bij een afdeling voor vroege psychose een aanmerkelijk ongezonder leefstijl hebben dan leeftijdgenoten zonder psychotische stoornis. Zij hadden vaker een heden of verleden van middelenmisbruik, een te hoog gewicht (BMI), een ongezond aantal slaapuren, met name te lang slapen, en onvoldoende dagelijkse beweging. Ook rookten zij meer en langer vergeleken met de vergelijkingsgroep en aten ze gemiddeld genomen minder groente. Overigens wordt de WHO-norm van 250 gram groente dagelijks door veel burgers niet gehaald (gemiddeld 94% niet volgens het RIVM) en

in ons onderzoek voldeden zowel patiënten als jongeren uit de vergelijkingsgroep in meerderheid niet aan de norm. Verder waardeerden deze patiënten hun gezondheid lager dan leeftijdgenoten uit de vergelijkingsgroep, zowel hun psychische gezondheid als hun lichamelijke gezondheid en de gezondheid van hun eet- en beweegpatroon.

De leefstijlcoaches vonden het programma *Leefstijl-in-beeld* bruikbaar en voldoende uitgebreid om inzicht te krijgen in de leefstijl van jongvolwassenen met een psychotische stoornis. Zij gaven aan dat deze jongvolwassen patiënten vaak onvoldoende inzicht hebben in wat gezond leefstijlgedrag is. Het programma vormt volgens de coaches een goed startpunt voor een gesprek over gebieden waarop verbetering wenselijk is en hoe patiënten dit stapsgewijs kunnen verbeteren. Volgens de coaches was het lastig om vervolgstappen op het gebied van leefstijl daadwerkelijk uit te voeren en te evalueren, mede omdat zowel de patiënten als personen uit hun formele en informele zorgnetwerk hier te weinig prioriteit aan gaven.

Al met al sluiten de uitkomsten goed aan op eerdere onderzoeksbevindingen over patiënten met een psychotische stoornis. Bij deze groep is er sprake van een ongezonder zit- en beweegpatroon, een ongezonder eetpatroon met minder vezels, groenten en fruit, en een sterk verhoogd risico op obesitas.^{2,15,23} Voorts is het aantal patiënten met slaapproblemen drie keer zo hoog als in de algemene bevolking, waarbij vooral vaak sprake is van een verstoord 24-uurswaak-slaapritme of een ongezond aantal uren in bed.²⁴

Sterke kanten onderzoek

Een sterke kant van dit onderzoek is dat we de bevindingen over een aanzienlijk aantal jongvolwassenen met een psychotische stoornis vergeleken hebben met een vergelijkingsgroep van leeftijdgenoten uit de algemene bevolking zonder psychotische stoornis. Bovendien waren er over de leefstijlkenmerken van deze specifieke groep überhaupt nog weinig empirische gegevens beschikbaar in Nederland. Een ander sterk punt was dat er, rekening houdend met het leeftijdsgebonden karakter van leefstijl, een zinvolle vergelijkingsgroep was gecreëerd. Tot slot gaven de interviews met leefstijlcoaches de nodige informatie over de toepassing van het instrument in de praktijk.

Beperkingen onderzoek

Het onderzoek kende ook beperkingen. Allereerst gaat het bij *Leefstijl-in-beeld* niet om een voor onderzoek gevalideerde vragenlijst, maar om een praktijkinstrument. Verder hebben we in het onderzoek groepen vergeleken, maar vanwege de gevonden verschillen in geslacht en leeftijd was het nodig om in de analyses hiervoor te corrigeren. Het is echter aannemelijk dat er meer sociodemografische en ziektespecifieke factoren ten grondslag lagen aan de gevonden verschillen. Zo kan antipsychotica-gebruik een probleem vormen bij het volhouden van

een gezonde leefstijl; het bevordert zowel de eetlust als lichamelijke inactiviteit. Ook het gegeven dat de meeste patiënten geen werk hebben, kan hun slechtere lichamelijke gezondheid in vergelijking tot leeftijdgenoten deels verklaren.

Een andere beperking is dat het gaat om een zelfbeoordeling van respondenten. Daarbij hadden respondenten in de patiëntengroep een gesprek met een deskundige leefstijlcoach terwijl de respondenten in de vergelijkingsgroep zonder verdere gelegenheid tot doorvragen de vragenlijst invulden. Het is mogelijk dat laatstgenoemden door het ontbreken van een kritisch doorvragende coach sommige vragen te rooskleurig hebben beantwoord. Echter, een anonieme vragenlijst nodigt minder uit tot sociaal wenselijke antwoorden omdat er geen beoordeling plaatsvindt. Tot slot is een beperking dat we de kwalitatieve ervaringen met het programma *Leefstijl-in-beeld* vanuit het perspectief van slechts drie leefstijlcoaches en niet vanuit het perspectief van de patiënten hebben geanalyseerd. Een uitgebreider kwalitatief onderzoek bij meer leefstijlcoaches en cliënten en meerdere settingen is van belang om in toekomstig onderzoek tot generaliseerbare uitkomsten te komen. Daarnaast zou het wenselijk zijn om uitgebreider kwantitatief onderzoek te doen naar de validiteit van leefstijlinstrumenten zoals *Leefstijl-in-beeld*.

Mogelijkheden om leefstijl te verbeteren

De betreffende Altrecht-afdeling voor jongeren met een psychosekwetsbaarheid heeft veel geïnvesteerd in het bevorderen van een gezonde leefstijl. Behalve dat er drie leefstijlcoaches werkzaam waren, werd er ook veel aandacht besteed aan een goed gezondheidsklimaat, met zowel somatische screening en leefstijlanamnese, coaching en activiteiten zoals samen sporten en ontspannen, en gezond koken. Het zou de moeite waard zijn om de uitkomsten van deze praktijk longitudinaal te volgen en de meerwaarde voor de gezondheid van patiënten te onderzoeken.

De leefstijlcoaches merkten op dat de praktijk van leefstijlverbetering bij jongvolwassenen met een psychotische stoornis weerbarstig is. Zij ervaren dat naast de jongeren zelf ook hun familie en de hulpverleners vaak nog te weinig prioriteit geven aan leefstijl. In de coaching laveren zij regelmatig tussen enerzijds aangeven wat goed is en anderzijds geen normen opleggen om de patiënt niet te verliezen; dit beschreef Hens eerder ook in dit tijdschrift.²⁵

Het is de vraag in hoeverre de inzet van instrumenten zoals *Leefstijl-in-beeld* niet te laat komt om het gezondheidsgedrag nog in positieve zin bij te stellen. Dit zou jammer zijn, temeer daar onderzoek erop wijst dat er veel winst is te behalen door veel eerder en breder in te zetten op het bevorderen van gezond gedrag en het creëren van gezonde omgevingen.^{9,12} Daarbij laten ook RCT's over leefstijlprogramma's een positief beeld zien met goede uitkomsten, juist bij jongeren met ernstige psychiatrische problemen.^{11,16} Wellicht kan na de leefstijlanamnese bij een jongvolwassen patiëntengroep

nog extra ingezet worden op succeselementen zoals die uit andere onderzoeken naar voren komen,¹⁶ namelijk: cocreatie van gebruikers bij leefstijlinterventies, betrokkenheid van families en zorgverleners en het vormgeven van voor jongeren aansprekende activiteiten.

CONCLUSIE

Jonge patiënten met een psychotische stoornis leiden op veel leefstijlgebieden een ongezonder leven en zijn ook ontevredener over hun leefstijl dan hun leeftijdgenoten. De onderzochte groep verkeert in een levensfase waarin gezond gedrag nog voor een belangrijk deel gevormd moet worden. Gesprekken met leefstijlcoaches zijn dan ook zinvol om de problemen zichtbaar te maken, maar moeten wel een vervolg krijgen in gerichte interventies voor deze groep. Vervolgonderzoek moet uitwijzen in hoeverre men hierin slaagt en of dit de gewenste resultaten oplevert.

LITERATUUR

- Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, e.a. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 295-301.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10: 52-77.
- Termorshuizen F, Wierdsma AI, Smeets HM, e.a. Cause-specific mortality among patients with psychosis: disentangling the effects of age and illness duration. *Psychosomatics* 2013; 54: 536-45.
- Malan-Müller S, Kilian S, van den Heuvel LL, e.a. A systematic review of genetic variants associated with metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2016; 170: 1-17.
- Van Welie H, Derks EM, Verweij KH, e.a. The prevalence of diabetes mellitus is increased in relatives of patients with a non-affective psychotic disorder. *Schizophr Res* 2013; 143: 354-7.
- Swildens W, Termorshuizen F, de Ridder A, e.a. Somatic care with a psychotic disorder. Lower somatic health care utilization of patients with a psychotic disorder compared to other patient groups and to controls without a psychiatric diagnosis. *Adm Policy Ment Health* 2016; 43: 650-62.
- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, e.a. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 579-91.
- Stubbs B, Firth J, Berry A, e.a. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res* 2016; 176: 431-40.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020; 19: 360-80.
- Deenik J, Looijmans A, Kruisdijk FR, e.a. De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 981-9.
- Hui TT, Garvey L, Olasoji M. Improving the physical health of young people with early psychosis with lifestyle interventions: Scoping review *Int J Ment Health Nurs*. 2021; 30: 1498-524.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.