

De administratieve incidentie van niet-affectieve psychosen in Friesland en Twente

N. BOONSTRA, L. WUNDERINK, P.H.M. DE WIT, E. NOORTHOORN, D. WIERSMA

ACHTERGROND Onderzoek naar risicofactoren van schizofrenie leidde tot hernieuwde aandacht voor geografische verschillen in de incidentie en geslachtsverdeling van schizofrenie. De bij de ggz geregistreerde incidentie van niet-affectieve psychotische stoornissen bij mannen en vrouwen in diverse regio's in Nederland is niet bekend.

DOEL Vaststellen van de bij de ggz geregistreerde jaarincidentie naar geslacht in 2002 van niet-affectieve psychotische stoornissen in Friesland en Twente.

METHODE De dossiers van alle volwassenen met een eerste zorgcontact in 2002 ($n = 6477$) in twee ggz-instellingen in Nederland werden gescreend op vermelding van psychotische symptomen. Alle patiënten met psychotische symptomen ($n = 242$) werden geïncludeerd en hun klinische diagnose werd geregistreerd. Dertig maanden later werd de recentste diagnose opnieuw geregistreerd.

RESULTATEN Bij 75 patiënten werd de diagnose niet-affectieve psychotische stoornis gesteld en deze diagnose bleef na dertig maanden gehandhaafd; een incidentie van 2,2/10.000 inwoners. De man-vrouwverhouding was 1,8:1. De incidentie van niet-affectieve psychosen verschilde niet significant in de beide onderzoeksgebieden.

CONCLUSIE De gevonden incidentie komt overeen met de incidentie die in eerdere Nederlandse studies gevonden werd en ligt op het 75ste percentiel van de cumulatieve incidentie in een internationale review.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 637-643]

TREFWOORDEN detectie, eerste psychose, incidentie, niet-affectieve psychose, schizofrenie

Geografische verschillen in de incidentie van schizofrenie zijn weliswaar al lang bekend, maar bij de interpretatie van de gegevens zijn deze verschillen dikwijls veronachtzaamd (Crow 2000). De algemene visie was dat de incidentie van schizofrenie over de hele wereld ongeveer gelijk was en niet of nauwelijks werd beïnvloed door omgevingsfactoren, geslacht, etniciteit of andere demografische variabelen. Grote datasets, zoals die van de Ten Country Study van de Wereldgezondheidsorganisatie, tonen weliswaar duidelijke verschillen in de

incidentiecijfers over de wereld, maar deze werden vooral toegeschreven aan vertekeningen door de onderzoeksopzet en niet aan werkelijke geografische incidentieverschillen (Crow 2000; Jablensky e.a. 1992).

Een nieuw gezichtspunt vormde een systematische review (McGrath e.a. 2004). Daarin werd aangetoond dat de gevonden geografische verschillen in incidentie wel degelijk substantieel waren. Mogelijk zouden deze verschillen kunnen worden verklaard door de uiteenlopende distribu-

tie van risicofactoren zoals urbanisatiegraad, migratie, sociale exclusie, alcohol en drugsmisbruik. In deze review, met 55 studies uit 25 landen, varieerde de incidentie van 0,77 tot 4,3 per 10.000 inwoners; de mediaan was 1,52/10.000 inwoners. De incidentie veranderde niet significant wanneer werd gecorrigeerd voor mogelijke beïnvloedende factoren, zoals diagnostische criteria, onderzoeksmethode, afkappunt voor leeftijd of kwaliteit van de studie. Als gevolg van dit inzicht kan de incidentie van schizofrenie in Nederland niet zonder meer worden afgeleid uit gegevens van andere landen. Het is goed denkbaar dat risicofactoren in Nederland anders gedistribueerd zijn dan elders in de wereld, zoals het gebruik van cannabis, immigratie, sociale exclusie en urbanisatie.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de Nederlandse studies die de ggz-incidentie en de geslachtsverdeling van psychotische stoornissen in Nederland beschrijven (Giel e.a. 1980; Selten e.a. 2001; Wunderink e.a. 2006). In deze studies wordt

een incidentie gevonden die varieert van 1,12 tot 4,0 per 10.000 inwoners. Er zijn geen recente studies beschikbaar die zich primair richten op de ggz-incidentie van psychotische stoornissen in Nederland; de genoemde studies hadden allemaal een andere primaire doelstelling.

De doelstelling van de studie die wij in dit artikel beschrijven, was het vaststellen van het aantal geregistreerde patiënten met een niet-affectieve psychotische stoornis onder alle eerste aanmeldingen in twee rurale ggz-regio's in Nederland, waarbij wij onderscheid maakten naar geslacht en leeftijd. Een nevendoelestelling was te bekijken of de incidentie tussen beide regio's varieert, onder andere vanwege de enigszins uiteenlopende urbanisatiegraad.

METHODE

Onderzoeksgebied De studie werd uitgevoerd bij twee ggz-instellingen met een totaal

TABEL 1 Overzicht van studies naar incidentie van niet-affectieve functionele psychosen in Nederland

1ste auteur, jaar	Incidentie per 10.000 inwoners	Incidentie per 10.000 inwoners; mannen	Gem. leeftijd in jaren (SD)	Incidentie per 10.000 inwoners; vrouwen	Gem. leeftijd in jaren (SD)	man-vrouw-ratio	populatie; n	Leeftijd	Diagnostisch instrument	Onderzoekperiode
Giel, 1980	1,12 at risk functionele psychosen	0,88 at risk functionele psychosen		1,37 at risk functionele psychosen		0,64:1	216.228 inwoners provincie Groningen en Drenthe n = 47	15-44	PSE DSM-III	1978-'79
Selten, 2001	3,5 at risk (95%-BI: 3,0-4,0)	126/264.510 = 4,8 at risk	28,3 (9,2)	55/251.217 = 2,2 at risk	32,0 (9,5)	2,2:1	258.493 inwoners at risk; n = 181 in 2 jaar	15-54	CASH IRAOS	1997-'99
Wunderink, 2006 Mesifos-studie	1,55 at risk functionele psychosen		25,7 (6,6)		29,0 (8,1)	3:1	1.333.000 at risk; n = 206	18-45	SCAN DSM-IV	2002
Boonstra, 2008 (huidige studie)	2,2 at risk niet-affectieve psychosen	2,7 at risk niet-affectieve psychosen	27,1 (6,0)	1,6 at risk niet-affectieve psychosen	29,6 (8,7)	1,8:1	404.909 at risk; n = 75	18-45	DSM-IV	2002

SD = standaarddeviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval; PSE = Present State Examination; CASH = Comprehensive Assessment of Symptoms and History; IRAOS = Interview for the Retrospective Assessment of the Onset and Course of Schizophrenia and Other Psychoses; SCAN = Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.

verzorgingsgebied van 1,028 miljoen inwoners. Het verzorgingsgebied van GGZ Friesland bedroeg op 1 januari 2002 636.000 inwoners, met 189 inwoners per km². Het inwonertal in het verzorgingsgebied van Mediant, Twente, telde op dat moment 392.000 inwoners met 751 inwoners per km².

Patiënten De medische dossiers van alle patiënten tussen 18-45 jaar die een eerste zorgcontact hadden met één van de twee ggz-instellingen in 2002 werden gescreend op gerapporteerde psychotische symptomen. Deze symptomen waren ontleend aan de symptomen zoals beschreven onder paragraaf A in de sectie 'Schizofrenie en andere psychotische stoornissen' van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994): wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak en ernstig chaotisch of katatoon gedrag. Alle beschikbare documenten over de eerste zes maanden van de behandeling werden hiervoor gebruikt. Niet geïnccludeerd in de screening werden patiënten die al eerder waren behandeld wegens psychotische symptomen; wel gescreend werden patiënten die eerder voor een ander probleem werden behandeld. Geselecteerd voor het onderzoek werden alle patiënten bij wie in het medische dossier gerapporteerd werd over ten minste 1 van de 4 psychotische symptomen. Bij deze patiënten werd de gestelde klinische diagnose geregistreerd en na 30 maanden follow-up werd dit opnieuw gedaan. Alleen patiënten bij wie de gestelde klinische diagnose aanvankelijk een niet-affectieve psychotische stoornis was (DSM-IV: schizofre-

nie, schizofreniforme stoornis, kortdurende psychose, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis of psychotische stoornis niet anders omschreven) en bij wie dat na 30 maanden follow-up nog het geval was, werden opgenomen in de berekening van de administratieve incidentie.

Statistische analyse De betrouwbaarheidsintervallen van de incidenties werden berekend volgens de gebruikelijke formules, met als aanname dat de binomiale verdeling normaal was (zie Brown e.a. 2001).

RESULTATEN

Het totale aantal inwoners in de leeftijdscategorie 18-45 jaar, de risicopopulatie, bedroeg 404.909 inwoners, van wie 210.294 (51,9%) mannen. Van de personen in deze leeftijdscategorie werden er in 2002 6477 verwezen naar een van beide ggz-instellingen. De dossiers van 892 patiënten konden om verschillende redenen niet worden gescreend: van 526 bevatte het dossier geen bruikbare informatie en van 366 was het onvindbaar. De 5585 overblijvende dossiers (86,2%) waren geschikt voor verder onderzoek.

In 242 dossiers (4,3%) werden één of meer specifieke psychotische symptomen gerapporteerd. Het betrof 140 (58%) mannen en 102 (42%) vrouwen. In 182 dossiers werden wanen gerapporteerd, in 90 hallucinaties, in 37 chaotisch of katatoon gedrag en in 17 onsamenhangende spraak.

Bij 90 patiënten werd gedurende de eerste zes maanden na het eerste contact een klinische diag-

TABEL 2 Verdeling psychotische symptomen per diagnostische groep volgens classificatie na 6 maanden (%)

aantal symptomen*	n	NAPS	APS	Anders	Geen
1	167	45 (27)	12 (7)	61 (37)	49 (29)
2	66	40 (61)	3 (5)	15 (23)	8 (12)
3	8	4 (50)	2 (25)	1 (12,5)	1 (12,5)
4	1	1 (100)	0	0	0
Totaal	242	90 (37)	17 (7)	77 (32)	58 (24)

NAPS = niet-affectieve psychotische stoornis; APS = affectieve psychotische stoornis; anders = andere diagnostische groepen; geen = geen diagnose;

*Symptoom zoals beschreven onder paragraaf A in de sectie 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' in de DSM-IV.

nose gesteld van een niet-affectieve psychotische stoornis. In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van het aantal symptomen en de klinische diagnoses van de onderzoekspopulatie. Van de 90 patiënten met een niet-affectieve psychotische stoornis was de diagnose bij 75 na 30 maanden follow-up nog altijd een niet-affectieve psychotische stoornis. Deze 75 patiënten werden gerekend tot de geregistreerde of administratieve incidentie. Aangezien 86% van de dossiers werd onderzocht, werd bij de berekening van de incidentie overeenkomstig gedeeld door 86% van het totale inwoneraantal. Dit leverde een administratieve incidentie op van 2,2 (95%-BI: 1,7-2,6) per 10.000 inwoners at risk. Van de 75 patiënten waren er 49 (65%) man. Dit betekende een incidentie voor mannen van 2,7 (95%-BI: 2,1-3,4) en voor vrouwen van 1,6 (95%-BI: 1,0-2,1) per 10.000 inwoners at risk. De administratieve incidentie van niet-affectieve psychotische stoornissen voor mannen was dus bijna twee keer zo hoog als die voor vrouwen. 24 patiënten met een begindiagnose van een niet-affectieve psychotische stoornis (inclusief schizofrenie) behielden of kregen na 30 maanden follow-up de diagnose schizofrenie, hetgeen neerkwam op een administratieve incidentie van 0,7 (95%-BI: 0,4-1,0) per 10.000 inwoners at risk. Naast de 15 patiënten met een begindiagnose van een niet-affectieve psychotische stoornis die na 30 maanden follow-up niet gehandhaafd werd, waren er 16 patiënten met een andere begindiagnose bij wie na 30 maanden follow-up een niet-affectieve psychotische stoornis werd gediagnosticeerd. Deze patiënten werden niet opgenomen in de incidentieberekening. Als dit wel zou zijn gedaan, zou de incidentie een stuk hoger zijn uitgekomen.

Het eerste zorgcontact met de ggz in verband met een niet-affectieve psychotische stoornis was bij mannen op jongere leeftijd dan bij vrouwen. De gemiddelde leeftijd voor mannen was met 27,1 jaar (SD: 6,0) significant lager ($p < 0,003$) dan die voor vrouwen (29,6 jaar; SD: 8,7). Beide regio's verschilden niet significant van elkaar ($p > 0,2$). De incidentie in het verzorgingsgebied van GGZ Friesland was 2,0/10.000 inwoners at risk (95%-BI:

1,5-2,5) en die bij Mediant Twente 2,4/10.000 inwoners at risk (95%-BI: 1,7-3,1).

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De belangrijkste bevindingen van deze studie zijn dat de administratieve incidentie van beide regio's overeenkomt met de gevonden incidentie in andere Nederlandse studies (Giel e.a. 1980; Wunderink e.a. 2006) en lager ligt dan die in de bij uitstek verstedelijkte Haagse regio met de verwachte scheve geslachtsverdeling (meer mannen dan vrouwen) (Selten e.a. 2001). Er waren geen grote verschillen te zien tussen het overwegend rurale Friesland en het meer urbane Twente.

Incidentie In vergelijking met de incidentiecijfers uit de internationale review (McGrath e.a. 2004) zit de in deze studie gevonden incidentie van niet-affectieve psychotische stoornissen van 2,2/10.000 in het 75ste percentiel van die studie. Dat betekent dat 75% van de in de review geïnccludeerde patiënten uit een studie afkomstig was met een incidentie lager dan 2,2/10.000 inwoners.

De gevonden administratieve incidentie komt overeen met de gemiddelde incidentie van de Nederlandse studies in de afgelopen 30 jaar. De incidentie van niet-affectieve psychosen van 2,2/10.000 inwoners van 18-45 jaar is, behalve vanwege de overeenkomst met andere Nederlandse studies, ook vanwege de gebruikte onderzoeksmethode en de langdurig stabiele klinische diagnose een relatief betrouwbaar gegeven. Het betrof een op gangbare wijze gestelde klinische diagnose, en geen gestandaardiseerde diagnostiek met behulp van een gevalideerd diagnostisch instrument.

Betrouwbaarheid De methode van onderbouwing van de klinische diagnose met een of meer gerapporteerde symptomen is in analogie met die van de Operational Criteria Checklist (OPCRIT) verantwoord om van een klinische diagnose tot een onderzoeksdiagnose te komen (McGuffin e.a. 1991; Vares e.a. 2006). Hoewel de

gevolgde procedure in dit onderzoek verschilt van die van elders, hetgeen een zekere beperking met zich meebrengt, is een vergelijking met andere studies wetenschappelijk verantwoord. Dit hangt samen met de kwaliteit van het diagnostische proces, de verslaglegging daarover, de zorgvuldigheid waarmee tot een klinische diagnose is gekomen en de langdurige stabiliteit van de diagnose (follow-up van 30 maanden). De betrouwbaarheid van deze procedure is bovendien voldoende gebleken. Daarbij is eerder sprake van onder- dan van overschatting van de incidentie, alleen al vanwege het niet meerekenen van patiënten met een andere begindiagnose en van patiënten met een begindiagnose van een niet-affectieve psychotische stoornis die niet na 30 maanden gehandhaafd bleef. Zouden die allen alsnog tot de doelgroep worden gerekend, dan wordt de incidentie 3/10.000 inwoners.

Daarnaast kunnen onderdetectie van psychotische symptomen, de gehanteerde leeftijdsgrens van 18-45 jaar en mogelijk onvoldoende valide diagnostiek bijdragen aan een onderschatting van de werkelijke incidentie. Zowel de diagnose als symptoombepaling is gebaseerd op rapportage in het dossier en daarmee volledig gebaseerd op de klinische blik van de hulpverlener. Systematische screening op psychotische symptomen, systematische diagnostiek van patiënten met dergelijke symptomen en monitoring van patiënten met een psychotische stoornis zouden dan ook alleszins gerechtvaardigd zijn.

Geslachtsverdeling Tot voor kort was de dominante opvatting dat de incidentie voor mannen gelijk was aan de incidentie voor vrouwen. In recentere studies wordt aangetoond dat mannen een hoger risico hebben op een niet-affectieve psychotische stoornis. In een meta-analyse hiernaar werd aangetoond dat er verschil is tussen man en vrouw in het risico op schizofrenie in de verhouding van 1,42:1 (95%-BI: 1,30-1,56) (Aleman e.a. 2003). Deze zelfde geslachtsverdeling van 1,4:1 vinden McGrath e.a. (2004) ook. De geslachtsverschillen waren significant lager in studies

met geboortejaren van voor 1980 dan in studies met steekproeven uit geboortejaren na 1980. Het grotere risico voor mannen kon niet worden verklaard door de invloed van leeftijdsgrenzen of diagnostische criteria. De man-vrouwverhouding in onze onderzoekspopulatie wordt schever naarmate de diagnostische criteria strenger worden. In de patiëntenpopulatie met gerapporteerde psychotische symptomen was de man-vrouwverhouding 1,4 ($p > 0,06$), in de groep patiënten met een diagnose van niet-affectieve psychotische stoornis was deze 1,7 ($p < 0,03$) en onder de patiënten met de diagnose schizofrenie was deze verhouding 3 ($p < 0,04$).

Leeftijd waarop de psychose begint De leeftijd waarop de eerste psychose zich voordoet, is bij vrouwen over het algemeen hoger dan bij mannen (Aleman e.a. 2003; Häfner 1998): gemiddeld zijn vrouwen ongeveer 3-4 jaar ouder dan mannen. In deze studie werd een leeftijdsverschil van 2,5 jaar gevonden. De gemiddelde leeftijd van 27,1 jaar voor mannen en 29,6 jaar voor vrouwen met een niet-affectieve psychotische stoornis komt redelijk overeen met die in de recentere incidentiestudies in Nederland.

Verschillen per gebied De incidenties tussen beide regio's verschilden niet significant van elkaar ($p > 0,2$), al is er wel sprake van een hogere incidentie in het meer verstedelijkte Twente. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de gevonden incidentie voor rurale gebieden; de gegevens zijn mogelijk niet representatief voor sterk stedelijke gebieden, zoals rond de grote steden.

LITERATUUR

- Aleman, A., Kahn, R.S., & Selten, J.P. (2003). Sex differences in the risk for schizophrenia, evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60, 565-571.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (4de versie). Washington: APA.
- Brown, L.D., Cai, T.T., & DasGupta, A. (2001). Interval estimation for a binomial proportion. *Statistical Science*, 16, 101-117.

- Crow, T.J. (2000). Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Research. Brain Research Reviews*, 31, 118-129.
- Giel, R., Sauer, H.C., & Slooff, C.J. (1980). Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 11-12.
- Häfner, H. (1998). Onset and course of first schizophrenic episode. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 7, 413-431.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., e.a. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1-97.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., e.a. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13.
- McGuffin, P., Farmer, A., & Harvey, I. (1991). A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Archives of General Psychiatry*, 48, 764-770.
- Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., e.a. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.
- Vares, M., Ekholm, A., Sedvall, G.C., e.a. (2006). Characterization of patients with schizophrenia and related psychoses: evaluation of different diagnostic procedures. *Psychopathology*, 39, 286-295.
- Wunderink, A., Nienhuis, F.J., Sytema, S., e.a. (2006). Treatment delay and response rate in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 332-339.

AUTEURS

N. BOONSTRA is wetenschappelijk onderzoeker aan de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek & Opleiding GGZ Friesland en docent aan de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

L. WUNDERINK is psychiater en hoofd afdeling Wetenschappelijk Onderzoek & Opleiding GGZ Friesland.

P.H.M. DE WIT is psychiater en programmaleider van het vroegepsychoseteam van Mediant te Enschede en consultatief psychiater bij Tactus verslavingszorg.

E. NOORTHOORN is senior-onderzoeker bij het kenniscentrum GGNet te Warnsveld en staffunctionaris onderzoek bij Mediant te Enschede.

D. WIERSMA is medisch socioloog en werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen en is programmaleider bij het Rob Giel Onderzoekscentrum te Groningen.

Correspondentieadres: drs. N. Boonstra, GGZ Friesland, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek & Opleiding, Sixmastraat 2, 8901 BS Leeuwarden.

E-mail: nynke.boonstra@ggzfriesland.nl.

Strijdige belangen: L. Wunderink ontving van Eli Lilly Nederland BV onderzoekssubsidie en is lid van de adviesraad van Eli Lilly Nederland BV en van Janssen Cilag; voorts ontving hij als spreker honoraria van AstraZeneca, Eli Lilly Nederland BV, Janssen Cilag BV, Organon Nederland BV, Bristol-Myers Squibb en Lundbeck BV.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-3-2008.

SUMMARY

The administrative incidence of non-affective psychoses in Friesland and Twente – N. Boonstra, L. Wunderink, P.H.M. de Wit, E. Noorthoorn, D. Wiersma –

BACKGROUND Research into the risk factors for schizophrenia has once again drawn attention to the geographical differences in the incidence and gender distribution of schizophrenia. The incidence – as recorded by the mental health care services – of non-affective psychotic disorders in the Netherlands is unknown.

AIM To ascertain the mental-health-care recorded incidence of non-affective psychotic disorders in Friesland and Twente in 2002.

METHOD The medical files of all adults who made their first contact with mental health care services in 2002 ($n = 6477$) via two clinics in the Netherlands were screened for psychotic symptoms. All patients with psychotic symptoms ($n = 242$) were included and the clinical diagnosis was recorded. Thirty months later the most recent clinical diagnosis was recorded again.

RESULTS Within six months of their first contact 75 patients were diagnosed with non-affective disorder. This diagnosis was still valid after 30 months. These results demonstrate an incidence of 2.2/10,000 inhabitants. The male-female ration was 1.8:1. The incidence of psychotic disorder did not differ significantly between the two regions under study.

CONCLUSION The incidence found corresponds to the incidence reported in earlier Dutch studies; it lies on the 75th percentile of the cumulative incidence given in an international review.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 637-643]

KEY WORDS detection, incidence, first episode psychosis, non-affective psychotic disorder, schizophrenia