

Screening vereist meer wetenschappelijk bewijs dan diagnostiek of behandeling

H.J. GIJSMAN



ARTIKEL



Zou het niet geweldig zijn om een methode te hebben om psychotische symptomen zó vroeg op te sporen en te behandelen dat we een chronisch of recidiverend beloop en het daarmee gepaard gaande leed voor patiënt en omgeving kunnen voorkomen?

Getrapte screening

Rietdijk en Van der Gaag (2014) bespreken hun onderzoek dat laat zien dat het mogelijk is om aan de voordeur van de ggz meteen getrapte screening patiënten met een verhoogd risico op een psychose op te sporen. De eerste trap bestaat uit het invullen van een – inmiddels tot 16 items ingekorte (Ising e.a. 2012) – vragenlijst door alle nieuwe patiënten verwezen voor niet-psychotische klachten. Hierbij scoorden 639 van de 3671 patiënten (17,4%) boven de grenswaarde voor psychoserisico. De tweede trap is een gestructureerd interview door een getrainde hulpverlener. Hier deden 420 van de 639 patiënten aan mee, van wie er 52 (1,4% van 3671) een psychose bleken te hebben en 147 (4,0% van 3671) een hoog risico op psychose.

Een belangrijke vraag is in hoeverre deze aanpak het grote risico van screening beperkt, namelijk het optreden van fout-positieve bevindingen. Dit is het geven van het predicaat 'ziek' of 'hoog risico' aan mensen zonder hulpvraag die bij nadere diagnostiek niet ziek blijken te zijn. Zeker in het geval van psychose moeten we hier erg voorzichtig mee zijn, want het risico op stigmatisering is helaas nog altijd groot.

De in dit onderzoek gescreende 'algemene hulpzoekende populatie' heeft doorgaans wél een hulpvraag. Dat lijkt het genoemde risico te beperken, hoewel de hulpvraag niet het voorkómen van psychose betreft. Verder heeft deze groep op zichzelf al een verhoogd risico op psychose en daarmee is de kans op fout-positieve bevindingen kleiner. Daar staat tegenover dat er vaak sprake is van comorbiditeit. Daardoor kan het risico op een fout-positieve uitslag weer toenemen: psychotische symptomen kunnen ook voorkomen bij andere stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen. Alles bij elkaar zijn dit goede redenen waarom we bij een screeningstest méér wetenschappelijke onderbouwing

mogen verwachten dan bij reguliere diagnostiek en behandeling (Fletcher e.a. 2014), dus dat rechtvaardigt een kritische beschouwing.

Kritische vragen

Een belangrijke eerste vaststelling is dat men met deze screening niet alleen mensen met een verhoogd risico op psychose opspoort, maar ook mensen die al een psychose hebben. Ook bij bijvoorbeeld screening op baarmoederskanker vindt men zowel voorstadia als de ziekte zelf. Bij patiënten die al een psychose hebben, is er overtuigend bewijs dat vroege opsporing de prognose positief kan beïnvloeden (Sterk e.a. 2013). Deze groep kunnen we dus in een onderzoek als dit niet slechts als 'bijvangst' zien; dit resultaat zou zelfs de enige reden voor deze screening kunnen zijn.

De belangrijkste tekortkoming van het onderzoek is dat de screeningsmethode tot dusver uitsluitend is beoordeeld als een crossectionele diagnostische test. Hieruit komen een op zich acceptabele sensitiviteit en specificiteit van beide 87% (Ising e.a. 2012), waarbij overigens degenen met hoog risico en psychose ten onrechte zijn samengenomen. Bij screening speelt aanvullend ook de tijd een belangrijke rol: het beloop leert ons namelijk in hoeverre de negatieve bevindingen fout-negatief zijn wanneer betreffende personen later toch een psychose blijken te hebben gekregen. Hier weten we nu nog niets van, en dat gegeven hebben we nodig om de kwaliteit van de screeningstest te kunnen vaststellen.

In dit geval zouden we ook nog willen weten hoe het gaat met één derde van de positief gescreende patiënten die niet deelnamen aan de tweede trap: hoeveel van hen hebben een psychose of een hoog risico? Juist bij de psychosegroep zijn behandeltrouw en prognose positief gecorreleerd en kan er dus een sterke compliantiebias optreden. Daarbij schrikt de test en/of de uitnodiging voor een interview mogelijk juist de patiënten met de slechtste prognose af, waardoor zij misschien zelfs ook afzien van de behandeling waarvoor zij verwezen waren.

Voor het vaststellen van de sensitiviteit van de screening willen we ook weten hoeveel patiënten er gediagnosticeerd worden in een setting zónder screening. De beschreven controlepopulatie betreft spontane eerste- en tweede-lijnsverwijzingen uit Amsterdam en daarbuiten naar een gespecialiseerd academisch centrum. Deze vergelijking zegt misschien iets over de ineffectiviteit van de laatste methode, maar ze levert geen bewijs dat de screening effectief is. Zonder controlegroep is niet vast te stellen hoe goed een screening is, want ook in de routinepraktijk worden mensen met psychotische symptomen tijdens intake en eerste behandeling opgemerkt en doorverwezen. Een laatste belangrijke vraag is of er een behandeling is voor de opgespoorde patiënten, want als dat niet zo is, hoeven we ook niet te screenen. De auteurs hebben inmiddels laten zien dat een aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie (cgt), aangeboden naast behandeling voor de klacht waarvoor de patiënt was verwezen, veilig en kosteneffectief is. Deze behandeling halveert bij patiënten met een verhoogd psychoserisico de kans op het ontstaan van een psychose (Van der Gaag e.a. 2012). Dit is een prachtig resultaat, dat sterk bijdraagt aan de rechtvaardiging van deze screening, want tot dusver bleken de onderzochte behandelingen voor deze doelgroep weinig effectief. Implementatie van de screening zal er ook toe leiden dat er meer patiënten met een psychose in een vroeg stadium in behandeling komen bij de gespecialiseerde ggz. De behandeling van deze groep kan het beste worden uitgevoerd door een team dat gespecialiseerd is in de vroege interventie bij psychose en dat zich specifiek richt op behoud en herstel van sociale rollen en het beperken van (zelf)stigma (NHS NICE 2009). Een dergelijke gespecialiseerde behandeling is helaas nog niet overal beschikbaar, mede door gebrek aan ambulante behandelcapaciteit.

Conclusie

Ik concludeer dat deze ontwikkeling op het gebied van screening voor risico op psychose zeer veelbelovend is, maar dat de prestatie van de screeningstest nog onvoldoende is onderzocht. Het gevaar is dat de behandeling voor psychoserisico onnodig veel behandelcapaciteit gebruikt, terwijl de behandeling voor eerste psychose onder de maat blijft.

LITERATUUR

- Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Clinical epidemiology, the essentials. (5de druk). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, e.a. The validity of the 16-item version of the prodromal questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1288-96.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Par. 1.2. Initiation of treatment. Londen: NICE; 2009. www.guidance.nice.org.uk/cg82
- Rietdijk J, van der Gaag M. De detectie van mensen met een verhoogd risico op een psychose: detectie methoden en basiskarakteristieken van een populatie. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 257-65.
- Sterk B, Gijsman HJ, Boonstra N, Linszen D. Duur van onbehandelde psychose. In: Veling W, van der Wal M, Jansen S, van Weeghel J, Linszen D, red. *Handboek vroege psychose*. Amsterdam: SWP; 2013.
- Gaag M van der, Nieman D, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RMC, e.a. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1180-8.

AUTEUR

HARM GIJSMAN, psychiater en hoofd zorgprogramma psychose van Pro Persona.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Harm Gijsman, Pro Persona Expertisecentrum Vroege Interventie Psychose, Reinier Postlaan 6, 6525 GC Nijmegen.
E-mail: h.gijsman@propersona.nl

Strijdige belangen: auteur zit in de deelnemersraad van Phrenos, waarbij de landelijke implementatie van EDIE is ondergebracht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-2-2014.

TITLE IN ENGLISH

Screening requires more scientific evidence than diagnosis and treatment