

Ouderen met schizofrenie: prevalentie en verdeling naar ontstaansleeftijd in een psychiatrisch verzorgingsgebied in Amsterdam

P. D. MEESTERS, M. L. STEK

ACHTERGROND Oudere patiënten zijn sterk ondervertegenwoordigd in de wetenschappelijke literatuur over schizofrenie, terwijl het een snel groeiende groep betreft met meerdere specifieke kenmerken. In de Amsterdamse Schizofrenie op Oudere Leeftijd (SOUL)-studie bestuderen wij het klinisch en sociaal functioneren van een cohort ouderen met schizofrenie.

DOEL Vaststellen van de 1-jaarsprevalentie van schizofrenie en de verdeling naar ontstaansleeftijd en geslacht bij patiënten vanaf 60 jaar binnen een psychiatrisch verzorgingsgebied.

METHODE Studie aan de hand van casusregister van ggz-instelling in Amsterdam-Zuid over de periode 1 juli 2007-30 juni 2008.

RESULTATEN De 1-jaarsprevalentie van schizofrenie bedroeg 0,55% (95%-BI: 0,46-0,64). Bij meer dan een van elke drie patiënten ontstond schizofrenie pas na het 40ste jaar. Vrouwen waren oververtegenwoordigd, ook bij patiënten met een vroeg ontstane schizofrenie.

CONCLUSIE De gevonden prevalentie voor ouderen met schizofrenie is vergelijkbaar met die voor jongere populaties. Het aanzienlijke aantal patiënten met een late ontstaansleeftijd en de oververtegenwoordiging van vrouwen zijn onderscheidende kenmerken van oudere patiënten met schizofrenie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 669-675]

TREFWOORDEN ouderen, prevalentie, schizofrenie

Slechts 1% van alle wetenschappelijke publicaties over schizofrenie richt zich specifiek op ouderen, terwijl naar schatting één van elke vijf patiënten met schizofrenie ouder is dan 60 jaar. Door de toegenomen levensverwachting en vergrijzing van de bevolking zal de groep ouderen met schizofrenie de komende jaren snel in omvang toenemen. Een ruime meerderheid van hen woont, na de desinstitutionalisering van de afgelopen decennia, zelfstandig of in algemene ouderenvoorzieningen (Cohen e.a. 2008).

Ouderen met schizofrenie vormen een heterogene groep, die naast patiënten met vroeg ont-

stane schizofrenie tevens patiënten omvat die deze aandoening pas op latere leeftijd kregen. Voor een indeling naar ontstaansleeftijd bestaan er consensuscriteria, waarbij:

- de ontstaansleeftijd van *early-onset schizophrenia* (EOS) ligt voor het 40ste jaar;
- van *late-onset schizophrenia* (LOS) tussen het 40ste en het 59ste jaar;
- van *very-late-onset schizophrenia-like psychosis* (VLS) vanaf het 60ste jaar (Howard e.a. 2000).

Het Amsterdamse Schizofrenie op Oudere Leeftijd- ofwel SOUL-onderzoek is een descriptieve studie naar het klinisch en sociaal functioneren van

een cohort oudere patiënten met schizofrenie, inclusief spectrumstoornissen. De medisch-ethische toetsingscommissie van het VU medisch centrum verleende toestemming voor de studie. In dit artikel beschrijven wij eerst kort de bevindingen van een literatuuronderzoek naar het sociaal functioneren van schizofrene ouderen en vervolgens de 1-jaarsprevalentie van schizofrenie binnen het SOUL-verzorgingsgebied.

LITERATUURONDERZOEK NAAR SOCIAAL FUNCTIONEREN

Sociaal disfunctioneren bepaalt in belangrijke mate de ziektelast bij schizofrenie. Verbetering van sociaal functioneren is dan ook een belangrijk klinisch doel, dat het bestrijden van symptomen overstijgt. Wij onderzochten de literatuur over oudere ambulante patiënten met schizofrenie, specifiek gericht op hun sociale rolvervulling, sociale vaardigheden en sociale steun (Meesters e.a. 2010). Van de 1679 referenties die wij systematisch opspoorde, kwamen 36 artikelen in aanmerking voor dit literatuuronderzoek. Door methodologische verschillen tussen studies bleek een kwantitatieve benadering niet mogelijk.

Voor diverse aspecten van sociaal functioneren, zoals vriendschappen, partnerrelaties en zelfstandig wonen, zijn oudere patiënten met schizofrenie in het nadeel ten opzichte van leeftijdsgenoten zonder deze stoornis. Sociale handicaps die patiënten met vroeg ontstane schizofrenie reeds in het begin van hun ziekte opliepen, bijvoorbeeld door gemiste kansen op een relatie of opleiding, beïnvloeden vanzelfsprekend ook hun sociaal functioneren op oudere leeftijd. Patiënten die pas op latere leeftijd schizofrenie krijgen, zijn vaak beter sociaal geïntegreerd. Tegelijkertijd is er een aanzienlijke heterogeniteit en zijn er aanwijzingen dat een aantal patiënten met het ouder worden sociaal juist beter gaat functioneren.

Voor sociale vaardigheden is een duidelijke samenhang aangetoond met het cognitieve niveau en (in iets mindere mate) met de intensiteit van psychotische symptomen. Naar het effect van de

aanwezigheid en de kwaliteit van sociale steun op het functioneren van oudere patiënten met schizofrenie is nog weinig onderzoek verricht. Ook andere potentieel relevante omgevingsvariabelen, zoals beschikbaarheid van sociale voorzieningen, zijn tot dusver onderbelicht gebleven.

PREVALENTIEONDERZOEK

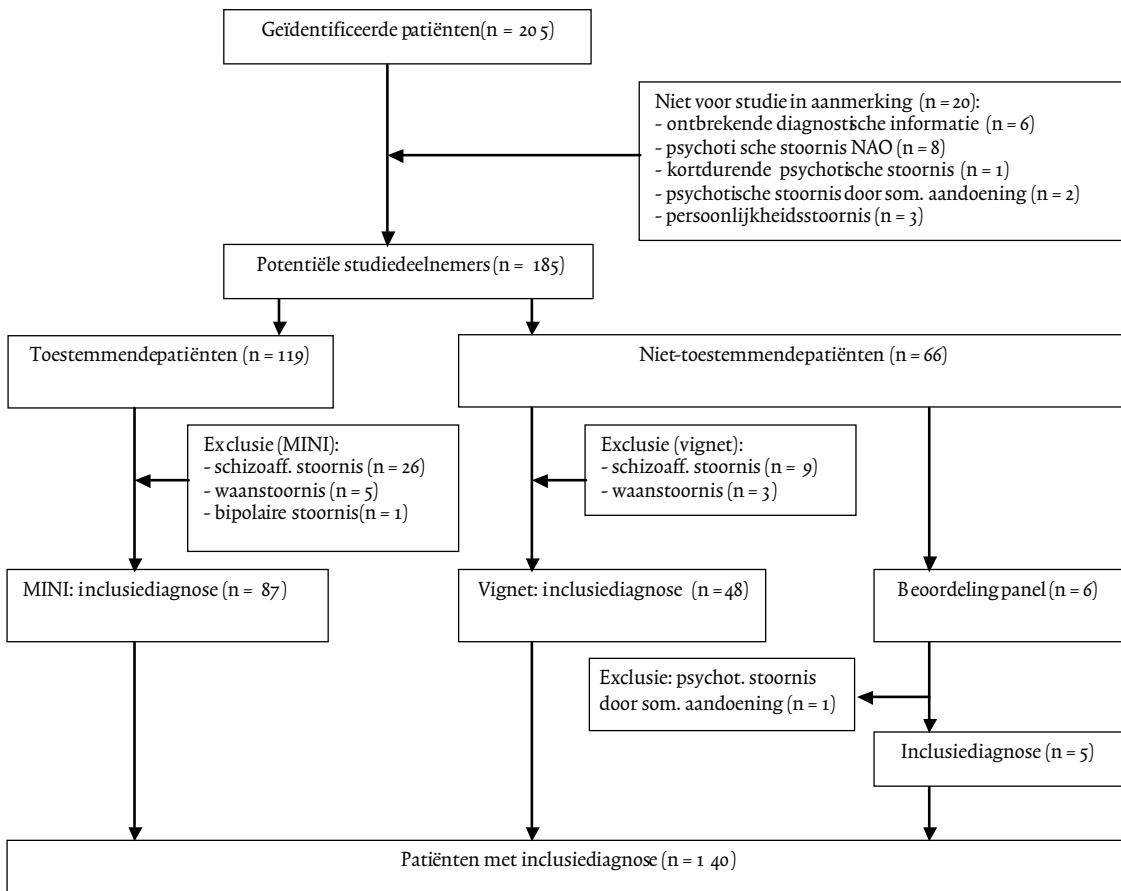
Eerder onderzoek naar de prevalentie van schizofrenie op oudere leeftijd leverde waarden op die varieerden van 0 tot 1,05%. Verschillen in onderzoeksmethodes, diagnostische criteria en onderzochte populaties zijn medeverklarend voor deze brede spreiding. De verdeling van oudere patiënten naar ontstaansleeftijd van schizofrenie is tot dusver slechts beperkt onderzocht. De auteurs van een vaak geciteerd literatuuroverzicht (Harris & Jeste 1988) schatten het aandeel patiënten dat na het 40ste jaar schizofrenie krijgt op 23,5%. De meeste van de 8 studies (gepubliceerd tussen 1931 en 1977) die aan dit cijfer bijdroegen, betroffen echter ongeselecteerde populaties van klinisch opgenomen patiënten.

Wij verrichtten een meting van de 1-jaarsprevalentie van schizofrenie, inclusief de verdeling naar ontstaansleeftijd en geslacht, onder ouderen binnen het psychiatrisch verzorgingsgebied Amsterdam-Zuid (Meesters e.a. ter perse).

METHODE

GGZ inGeest is verantwoordelijk voor de psychiatrische zorg in het verzorgingsgebied Amsterdam-Zuid, waar 17,5% van de totale Amsterdamse bevolking woont. Dit sterk geurbaniseerd gebied heeft een sociaaleconomische verscheidenheid aan buurten. Op 1 januari 2008 waren 25.631 (19,6%) inwoners 60 jaar of ouder, vergelijkbaar met het aandeel ouderen (20,8%) in de algemene bevolking. De afdeling Ouderenzorg van GGZ inGeest beschikt behalve over een ambulant team ook over 20 bedden voor acute opname en 27 bedden voor langdurige resocialisatie. Voorts wordt psychiatrische consultatie geboden aan een RIBW-voorzie-

FIGUUR 1 Stroomdiagram van de studie



ning en aan twee psychiatrische meerzorgafdelingen in verzorgingshuizen.

Via het patiëntenadministratiesysteem werden alle in het verzorgingsgebied woonachtige patiënten van 60 jaar en ouder geïdentificeerd die in de periode 1 juli 2007-30 juni 2008 psychiatrische zorg ontvingen. Alle dossiers van patiënten met een klinische diagnose die op schizofrenie zou kunnen wijzen (DSM-IV: 295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 298.8 en 298.9) werden door de eerste auteur (PDM) onderzocht. Figuur 1 toont het stroomdiagram van de studie.

Patiënten van wie diagnostische informatie ontbrak of overtuigend wees op een niet-inclusiediagnose vielen af voor nader onderzoek. Aan alle overige patiënten werd gevraagd om aan de SOUL-studie deel te nemen. Bij patiënten die toestemming verleenden, werd het Mini Internationaal

Neuropsychiatrisch Interview (MINI-Plus), een semi-structureerd diagnostisch interview, afgenomen. Voor de resterende patiënten stelde de eerste auteur op basis van hun dossier een klinisch vignet op, waarin hij de relevante diagnostische informatie samenvatte. Elk vignet werd vervolgens beoordeeld door een tweede psychiater. Wanneer deze niet met de diagnose instemde, werd het vignet voorgelegd aan een panel van drie klinisch ervaren psychiaters, die op basis van consensus de diagnose vaststelden. Alle patiënten bij wie de diagnose schizofrenie (DSM-IV: 295.10, 295.20, 295.30, 295.60 of 295.90) werd gesteld, werden voor deze studie geïncludeerd.

Wij definieerden ontstaansleeftijd als de jongste leeftijd waarop retrospectief aan de DSM-IV-criteria voor schizofrenie werd voldaan, inclusief de aanwezigheid van sociaal of beroepsmatig

TABEL 1 Patiëntkenmerken bij onderzoek naar prevalentie van schizofrenie in Amsterdam-Zuid (n = 140)

| Kenmerk | n (%) |
|---------------------------------|------------|
| Leeftijd | |
| 60-69 | 89 (63,6) |
| 70-79 | 40 (28,6) |
| ≥ 80 | 11 (7,9) |
| Geslacht | |
| man | 37 (26,4) |
| vrouw | 103 (73,6) |
| Ontstaansleeftijd | |
| < 40 jr. | 89 (63,6) |
| 40-59 jr. | 37 (26,4) |
| ≥ 60 jr. | 14 (10,0) |
| Burgerlijke staat | |
| nooit gehuwd | 76 (54,3) |
| gehuwd | 15 (10,7) |
| gescheiden | 34 (24,3) |
| weduwstaat | 15 (10,7) |
| Leefsituatie | |
| zelfstandig, alleen | 82 (58,6) |
| zelfstandig, met anderen | 18 (12,9) |
| verzorgingshuis | 3 (2,1) |
| psychiatrisch beschermd wonen | 25 (17,9) |
| psychiatrische opname (> 3 mnd) | 12 (8,6) |
| Geboorteland | |
| Nederland | 108 (77,1) |
| Europa | 11 (7,9) |
| buiten Europa | 21 (15,0) |
| Opleidingsniveau | |
| laag | 38 (27,1) |
| middel | 54 (38,5) |
| hoog | 31 (22,2) |
| onbekend | 17 (12,1) |
| Ggz-opnames | |
| geen | 35 (25,0) |
| eenmalig | 20 (14,3) |
| meermalen | 84 (60,0) |
| onbekend | 1 (0,7) |
| Dwangopnames (n = 104) | |
| ja | 48 (46,2) |
| nee | 49 (47,1) |
| onbekend | 7 (6,7) |
| mediane GAF-score (uitersten) | 40 (20-85) |

disfunctioneren (B-criterium). Voor het schatten van de ontstaansleeftijd werd een vergelijkbare procedure gevolgd als voor de diagnose. Op basis van de beschikbare informatiebronnen, te weten dossiers voor alle patiënten, anamnese en hetero-

anamnese van sleutelfiguren voor patiënten die toestemming gaven, vatte de eerste auteur relevante informatie samen in een klinisch vignet, vergezeld van een voorstel voor de aannemelijkste ontstaansleeftijd. Opnieuw werd elk vignet beoordeeld door de tweede psychiater. Wanneer de twee beoordelaars meer dan twee jaar verschilden in hun beoordeling van de ontstaansleeftijd, werd het vignet voorgelegd aan het eerdergenoemde panel, dat op basis van consensus de ontstaansleeftijd vaststelde. Dit gebeurde in 5 gevallen.

Verschillen tussen patiënten die wel en respectievelijk niet toestemden in afname van het diagnostisch interview werden geanalyseerd met χ^2 -toetsen voor categoriale variabelen en met t-toetsen voor continue variabelen. Prevalentiewaarden werden gewogen voor de verdeling van leeftijd en geslacht in de achtergrondbevolking en vergeleken met de exacte toets van Fisher. De 95%-betrouwbaarheidsintervallen werden berekend volgens de methode van Wilson met een continuïteitscorrectie.

RESULTATEN

Tabel 1 toont de demografische en klinische kenmerken van de 140 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden. De mediane leeftijd was 67 (uitersten 59-95) jaar, terwijl de mediane ontstaansleeftijd 32 (15-86) jaar bedroeg. Tussen de 87 patiënten (62,1%) bij wie een diagnostisch interview kon worden afgenomen en de 53 patiënten (37,9%) die hiervoor geen toestemming gaven, werden geen significante verschillen gevonden in demografische en klinische kenmerken.

De 1-jaarsprevalentie van schizofrenie bedroeg 0,55% (95%-BI: 0,46-0,64); zie tabel 2. Bij 36,4% van alle patiënten was de ontstaansleeftijd 40 jaar of ouder. De 1-jaarsprevalentie van EOS was 0,35%, van LOS 0,14% en van VLS 0,05%. De prevalentie bij vrouwen (0,68%) was bijna twee keer zo hoog als die bij mannen (0,35%). Ook binnen de groep patiënten met EOS was de prevalentie bij vrouwen (0,42%) hoger dan die bij mannen (0,24%); oddsratio: 1,80 (95%-BI: 1,13-2,86; $p = 0,01$).

TABEL 2 Gewogen 1-jaarsprevalentie (absolute aantallen met % (95%-BI)) voor schizofrenie, naar ontstaansleeftijd en geslacht

| | totaal | mannen | vrouwen |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| Schizofrenie; n | 140 | 37 | 103 |
| | 0,55 (0,46-0,64) | 0,35 (0,25-0,49) | 0,68 (0,56-0,83) |
| Ontstaan < 40 jr; n | 89 | 25 | 64 |
| | 0,35 (0,28-0,43) | 0,24 (0,16-0,35) | 0,42 (0,33-0,55) |
| Ontstaan 40-59 jr; n | 37 | 11 | 26 |
| | 0,14 (0,10-0,20) | 0,10 (0,05-0,19) | 0,17 (0,11-0,26) |
| Ontstaan ≥ 60 jr; n | 14 | 1 | 13 |
| | 0,05 (0,03-0,09) | 0,01 (0,00-0,06) | 0,09 (0,05-0,15) |

BESPREKING

Vergelijking met de literatuur

Vanuit een levensloopperspectief gezien, zijn er zowel ontwikkelingen die de prevalentie van schizofrenie doen afnemen (herstel en sterfte) als die deze doen toenemen (nieuwe gevallen met een latere ontstaansleeftijd). De in onze studie gevonden waarde van 0,55% voor de 1-jaarsprevalentie van schizofrenie suggereert dat het samenspel van deze ontwikkelingen resulteert in een prevalentie op oudere leeftijd die ruim binnen de waarden valt die voor schizofrenie in jongere patiëntpopulaties zijn gevonden (Saha e.a. 2005). De werkelijke prevalentie in de algemene bevolking zal bovendien hoger liggen, omdat wij in onze studie de prevalentie bepaalden bij een patiëntenpopulatie die in psychiatrische zorg was.

Een belangrijke bevinding van onze studie is dat schizofrenie bij meer dan 1 van elke 3 patiënten pas na het 40ste jaar ontstond. Ook in de enige twee ons bekende epidemiologische onderzoeken (beide van Britse origine) waarin men de ontstaansleeftijd van schizofrenie globaal documenteerde, vond men hoge percentages oudere patiënten met een late ontstaansleeftijd (McNulty e.a. 2003; Rodriguez-Ferrera e.a. 2004). Het in verhouding grote aantal patiënten in onze studie met laat ontstane schizofrenie wijst op uitval van patiënten met vroeg ontstane schizofrenie.

Waarschijnlijk zal het onttrekken aan psychiatrische zorg één van de oorzaken voor deze uitval zijn. Ook herstel is voor een substantieel aantal patiënten beschreven (Harrison e.a. 2001),

hoewel herstel op zich niet hoeft te betekenen dat patiënten geen psychiatrische zorg meer ontvangen. Ten slotte kan relatieve oversterfte een belangrijke rol spelen. De gestandaardiseerde mortaliteitsratio, waarbij men de mortaliteit van patiënten met een bepaalde aandoening vergelijkt met die in de algemene bevolking, wordt voor schizofrenie geschat op 2,6 (Saha e.a. 2007).

Man-vrouwverschillen

In onze studie waren meer dan 3 van elke 4 patiënten met een ontstaansleeftijd na het 40ste levensjaar vrouwen, overeenkomstig met eerdere literatuur. Gezien de aangetoonde hogere incidentie van EOS bij mannen (Aleman e.a. 2003) is het verrassend dat ook binnen de groep patiënten met EOS vrouwen een hogere prevalentie (0,42%) hadden dan mannen (0,24%). Dit suggereert een verhoudingsgewijs ongunstig ziektebeloop bij mannen met EOS, temeer omdat herstel zich juist vaker bij vrouwen lijkt voor te doen. Relatieve oversterfte bij mannen met schizofrenie, met name door onnatuurlijke doodsoorzaken, is vaak beschreven. Echter, in een recent literatuuronderzoek bleek de mortaliteit ten gevolge van alle doodsoorzaken samen bij mannen met schizofrenie statistisch niet significant hoger te zijn dan bij vrouwen met schizofrenie (Saha e.a. 2007). Ook een relatief hogere uitval van mannen door het zich onttrekken aan zorg is mogelijk een verklarende factor.

Kracht en beperkingen

Met ons onderzoek hebben wij voor het eerst de prevalentie in combinatie met een gedetailleerde verdeling naar ontstaansleeftijd en geslacht vastgesteld in een groep oudere patiënten met schizofrenie. Wij beschouwen de gevolgde procedure om de ontstaansleeftijd zo betrouwbaar mogelijk te schatten als een specifieke kracht van deze studie.

Een aantal beperkingen dient te worden genoemd. Hoewel wij de dossiers screenden van alle patiënten met een vermoeden op de diagnose schizofrenie, kunnen wij niet-geregistreerde patiënten hebben gemist. Ook werd mogelijk een aantal patiënten met schizofrenie in twee verpleeghuizen in de studieregio gemist, omdat psychiatrische consultatie daar niet door GGZ inGeest werd verricht. Evenmin konden wij patiënten opsporen die wellicht bij vrijgevestigde psychiaters in het verzorgingsgebied in behandeling waren, maar hun aantal was naar verwachting zeer gering. Ten slotte waren de beschikbare gegevens van patiënten die niet toestemden in studie-deelname beperkt.

CONCLUSIE

De in onze studie gevonden prevalentiewaarde onderstreept de klinische relevantie van schizofrenie op oudere leeftijd. De resultaten tonen bovendien dat de groep oudere patiënten met schizofrenie in een aantal opzichten wezenlijk verschilt van jongere patiënten. De groep omvat enerzijds oud geworden patiënten met EOS, die als 'overlevers' kunnen worden getypeerd, gezien de bij schizofrenie sterk verlaagde levensverwachting (Saha e.a. 2007). Anderzijds maakt ook een aanzienlijk aantal (overwegend vrouwelijke) patiënten die pas op latere leeftijd schizofrenie kregen deel uit van deze groep. Aan deze bevinding zijn duidelijke klinische implicaties verbonden. Zo zijn de executieve functies en de algemene dagelijkse levensverrichtingen bij later ontstane schizofrenie vaker intact (Vahia e.a. 2010), wat

samen met een premorbide hoger niveau van functioneren kan leiden tot betere sociale integratie en een lagere zorgbehoefte. De bevinding dat meer dan 70% van de patiënten in onze studiegroep zelfstandig functioneerde, wijst op het belang van een maatschappelijke oriëntatie van hulpverlening. Daarbij hebben interventies gericht op zelfredzaamheid prioriteit.

LITERATUUR

- Aleman A, Kahn RS, Seltzer JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 565-71.
- Cohen CI, Vahia I, Reyes P, Diwan S, Bankole AO, Palekar N, e.a. Schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 232-4.
- Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 1988; 14: 39-55.
- Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, e.a. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506-17.
- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157:172-8.
- McNulty SV, Duncan L, Semple M, Jackson GA, Pelosi AJ. Care needs of elderly people with schizophrenia. Assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 241-7.
- Meesters PD, Stek M, Comijs H, de Haan L, Patterson TL, Eikelenboom P, e.a. Social functioning among older community-dwelling patients with schizophrenia: a review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 862-78.
- Meesters PD, de Haan L, Comijs HC, Stek ML, Smeets-Janssen MMJ, Weeda MR, e.a. vervangen door: Schizophrenia spectrum disorders in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* (ter perse).
- Rodriguez-Ferrera S, Vassilas CA, Haque S. Older people with schizophrenia: a community study in a rural catchment area. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 1181-7.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005; 2: e141.
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-31.

Vahia IV, Palmer BW, Depp C, Fellows I, Golshan S, Kraemer HC, e.a.
 Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? Acta
 Psychiatr Scand 2010; 122: 414-26.

AUTEURS

PAUL DAVID MEESTERS is psychiater, GGZ inGeest en
 EMGO+ Instituut, VUmc, Amsterdam.

MAX STEK is hoogleraar Ouderenpsychiatrie, GGZ inGeest en
 het EMGO+ Instituut, VUmc, Amsterdam.

Correspondentieadres: Paul David Meesters, GGZ inGeest,
 Valeriusplein 14, 1075 BH Amsterdam.

E-mail: p.meesters@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-8-2010.

SUMMARY

Elderly patients with schizophrenia: prevalence and distribution of age at onset in a psychiatric catchment area in Amsterdam – P.D. Meesters, M.L. Stek –

BACKGROUND Elderly patients with schizophrenia are underrepresented in the literature on schizophrenia, although they constitute a rapidly growing group with specific characteristics. The Amsterdam-based study entitled ‘Schizophrenia in Old Age’ is currently examining the clinical and psychosocial functioning of a cohort of older patients with schizophrenia.

AIM To ascertain the one-year prevalence of schizophrenia and the distribution according to age at onset and gender in patients aged 60 years or over within a specific psychiatric catchment area.

METHOD The study is based on the case register of a Mental Health Organisation during 1-7-2007 to 30-6-2008.

RESULTS The one-year prevalence of schizophrenia was 0.55 % (95% CI: 0.46-0.64). In more than one in three patients the age of onset was 40 years or over. Women outnumbered men, even in the early-onset schizophrenia subgroup.

CONCLUSION We found the prevalence of schizophrenia among older persons to be comparable to the prevalence among younger populations. The considerable number of patients who developed schizophrenia at an advanced age and the preponderance of women are distinguishing features of older persons with schizophrenia.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 669-675]

KEY WORDS elderly, prevalence, schizophrenia