

Ron de Graaf, Margreet ten Have, Marlous Tuithof,
Saskia van Dorsselaer

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Incidentie van psychische aandoeningen

Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de
studie NEMESIS-2

 **NEMESIS**
Netherlands Mental Health
Survey and Incidence Study

Incidentie van psychische aandoeningen

Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2



Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Projectleiding
Ron de Graaf
Margreet ten Have

Auteurs
Ron de Graaf
Margreet ten Have
Marlous Tuithof
Saskia van Dorselaer

Productiebegeleiding
Joris Staal

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV

Logo NEMESIS
Inne ten Have

Opmaak & productie
Océ Business Services

ISBN: 978-90-5253-737-5

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1184**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

Psychische stoornissen geven een grote ziektelast, voor de betreffende patiënt maar ook voor de maatschappij als geheel. Dit komt doordat deze stoornissen veel voorkomen, vaak al starten op jonge leeftijd en vaak een chronisch beloop hebben. Daarnaast is de negatieve impact van psychische stoornissen op het welbevinden en functioneren van de betrokkene vaak heel groot. De nationale bevolkingsonderzoeken NEMESIS-1 en NEMESIS-2 geven ons al vele jaren inzicht in het vóórkomen en de impact van psychische stoornissen in Nederland. Dat is belangrijk want dit soort cijfers vormen de basis voor beleid op gebied van behandeling en preventie van psychische stoornissen.

Onze huidige maatschappij wordt in toenemende mate gekarakteriseerd als één waarbij individualisering, intensivering en materialisme centraal staan. Er wordt veel gespeculeerd over wat de gevolgen hiervan zijn voor onze geestelijke gezondheid. Die zouden wel eens ongunstig kunnen zijn getuige recente aandacht in de media rondom comazuipen door de jeugd, de depressie epidemie, en toename van (medicatie voor) ADHD. Maar op speculaties en verwachtingen kun je geen beleid bouwen. Daarvoor is evidentie nodig. En dat geven de NEMESIS-studies al jaren. Het NEMESIS-2 onderzoek, op vergelijkbare wijze maar ruim een decennium later uitgevoerd dan de NEMESIS-1 studie, heeft overtuigend laten zien dat psychische stoornissen in Nederland nu even vaak voorkomen als ruim 10 jaar geleden. Psychische stoornissen zijn dus relatief stabiele maar veelvoorkomende ziektebeelden in de Nederlandse samenleving.

Dit rapport beschrijft de eerste vervolgegegevens van het NEMESIS-2 onderzoek. Deze gegevens zijn drie jaar na de basismeting verzameld bij meer dan 80% van de oorspronkelijke deelnemers. Dat is een prima resultaat en betekent dat het NEMESIS-2 onderzoek ons een representatief en betrouwbaar beeld geeft van nieuw ontstane stoornissen.

Van alle Nederlanders die nooit eerder in hun leven een psychische stoornis hebben gehad ontwikkelt per jaar ongeveer 3% een psychische stoornis. Dat betekent dat jaarlijks zo'n 191.000 Nederlanders voor het eerst te maken krijgen met de last van een psychische stoornis. Vrouwen, jongere volwassenen, mensen met een lagere opleiding of inkomen, en mensen die vervelende gebeurtenissen meemaken of een lichamelijke ziekte ontwikkelen, lopen hierbij de grootste risico's. Deze uiteenlopende risicofactoren laten zien dat de oorzaken van psychische stoornissen in een veelheid van factoren liggen.

Al met al biedt dit rapport diverse aanknopingspunten voor nieuw te ontwikkelen preventie-activiteiten. Om de ziektelast van psychische stoornissen terug te dringen is het essentieel om in de vroege fase van eerste symptomen in te grijpen. Er zijn inmiddels diverse effectieve middelen voorhanden. Deze zouden met name ingezet moeten worden bij de groepen die het meeste risico lopen op psychische stoornissen.

Wederom geven de gegevens van het NEMESIS-2 onderzoek ons hiervoor een duidelijke richting aan. Het bewijst eens te meer de schat aan waardevolle, beleidsrelevante informatie die psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek ons oplevert.

*Prof. Dr. Brenda Penninx
Hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie
VU Medisch Center / GGZinGeest
Amsterdam*

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	11
2. Methode van de tweede meting van de studie	13
Korte beschrijving van de eerste meting	13
Panel-onderhoud	14
Veldwerk van de tweede meting	14
Interviewers	17
Diagnostisch instrument	19
Aanvullende vragenlijst	23
Respons en weging	27
Toekomstige derde meting	28
3. Uitval van respondenten	29
Inleiding	29
Methode	30
Resultaten	33
Respons	33
Redenen van uitval	34
Determinanten van enigerlei uitval	38
Determinanten van verschillende typen uitval	42
4. Incidentie van psychische aandoeningen	45
Inleiding	45
Methode	46
Resultaten	49
Incidentie-cijfers	49
Aantallen Nederlanders met een nieuw ontstane aandoening per jaar	49
Determinanten van incidentie	50
Sekse-verschillen in determinanten van incidentie	52
5. Discussie	57
Kracht van onderhavige studie	57
Beperkingen van onderhavige studie	57
Uitval van respondenten: belangrijkste resultaten	59
Incidentie van psychische aandoeningen: belangrijkste resultaten	62
Conclusies	65
Referenties	67
Bijlage 1. Leden van de externe en interne wetenschappelijke adviescommissie van NEMESIS-2	79

Samenvatting

NEMESIS-2 - dat staat voor 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' - is een psychiatrisch-epidemiologische studie onder de algemene bevolking van 18 tot en met 64 jarigen met meerdere meetmomenten. De eerste meting werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009; de tweede meting werd drie jaar later uitgevoerd van november 2010 tot en met juni 2012. De belangrijkste doelen van NEMESIS-2 zijn om actuele gegevens te verkrijgen over het vóórkomen, ontstaan, beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen. NEMESIS-2 is niet alleen een herhaling, maar ook een uitbreiding van de voorgaande studie NEMESIS-1, waarvan de eerste meting werd uitgevoerd in 1996. Uitbreidingen in NEMESIS-2 werden onder meer gemaakt naar het bepalen van aandachtstekort- en gedragsstoornissen en enkele persoonlijkheidsstoornissen die niet eerder in NEMESIS-1 werden gemeten.

Deze publicatie gaat in op de opzet en het veldwerk van de tweede meting van deze studie; op de methodologische vraag of respondenten die voor een tweede keer aan de studie deelnamen op een aantal kenmerken verschillen van degenen die dat niet deden; en op de eerste resultaten met betrekking tot het ontstaan - ook wel incidentie genoemd - van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking.

Opzet van de tweede meting

NEMESIS-2 is een longitudinale studie met drie metingen bij 6.646 personen uit de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar, met drie jaar tussen elke meting. Evenals in de eerste meting werden in de tweede meting 'face-to-face' interviews uitgevoerd met het diagnostisch instrument de 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) versie 3.0. In de tweede meting konden 5.303 mensen opnieuw worden geïnterviewd. Hiermee was de respons van de tweede meting 80,4% (overledenen zijn in dit percentage buiten beschouwing gelaten). Dit betekent dat we 8 van de 10 mensen die aan de eerste meting deelnamen opnieuw konden interviewen. Daarmee krijgen we een goed beeld van hoe het die mensen is vergaan in de afgelopen 3 jaar en wat bepalend is voor eventuele veranderingen in hun psychische gezondheid.

Kenmerken van uitvallers

Op een aantal kenmerken gemeten in het eerste interview werden respondenten die wel aan de tweede meting deelnamen vergeleken met degenen die dat niet meer deden, de zogenaamde uitvallers. Uitval van respondenten kwam vaker voor indien men jonger was, een lagere opleiding had genoten, geen betaald werk had en niet in Nederland geboren was. Na constant houding voor demografische variabelen had voorgaande psychopathologie geen invloed op de kans op uitval van respondenten.

Bij de mensen met een psychische aandoening in de 12 maanden voorafgaand aan het eerste interview hadden klinische kenmerken van die aandoening - zoals vroege ontstaansleeftijd, duur en ernst - eveneens geen invloed op uitval. Dit betekent dat van de mensen met een psychische aandoening, diegenen met een meer ernstige aandoening niet vaker van een tweede interview afzagen. Een negatieve ervaring hebben gehad met het eerste interview en een kortere interviewduur hingen wel samen met uitval. Geconcludeerd kan worden dat de mensen die aan de tweede meting deelnamen representatief zijn voor alle mensen die aan de eerste meting deelnamen op belangrijke kenmerken van hun voorafgaande psychische gezondheid. Door middel van een constructie van een weegfactor op basis van de demografische variabelen die verschilden tussen respondenten en uitvallers werden de data representatief gemaakt voor de gehele Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jarigen.

Uitval van respondenten kan worden onderscheiden in verschillende typen: geen contact kunnen leggen, weigering, en niet kunnen deelnemen aan het vervol interview vanwege lichamelijke of psychische gezondheidsredenen of overlijden. Weigering kwam het vaakste voor. Deze drie typen uitval bleken verschillende determinanten te hebben. Zo kwam geen contact kunnen leggen significant vaker voor bij een jongere leeftijd, een lager opleidingsniveau, het wonen in de stad, het niet hebben van een vaste partner, het niet hebben van betaald werk en indien men niet in Nederland geboren was. Weigering kwam vaker voor bij een jongere leeftijd, een lager opleidingsniveau en indien men niet in Nederland geboren was. Niet kunnen deelnemen vanwege lichamelijke of psychische redenen of overlijden, was geassocieerd met een hogere leeftijd en een lichamelijke aandoening hebben, en zagen we ook weer vaker bij lager opgeleiden, respondenten zonder vaste partner en respondenten zonder betaald werk. Voorgaande psychopathologie had eveneens geen invloed op de verschillende typen van uitval. De enige uitzondering was dat antisociale persoonlijkheid geassocieerd was met - opvallenderwijs - een lagere kans op weigering.

Ontstaan van psychische aandoeningen in de algemene bevolking

Onderzocht werd hoe vaak psychische aandoeningen voor het eerst ontstonden tussen de beide meetmomenten, gemiddeld is dat een periode van 3 jaar en 7 dagen. De incidentie van enigerlei DSM-IV aandoening tussen het eerste en tweede meetmoment was 8,86% ofwel 3,09 nieuwe gevallen per 100 persoonsjaren waarin men risico loopt op de aandoening. In aantallen uitgedrukt: van de mensen die nooit eerder in hun leven een psychische aandoening hebben gehad krijgen per jaar naar schatting 191.400 mensen voor het eerst een psychische aandoening.

De incidentie was het hoogst voor de hoofdgroep angststoornis (1,69 per 100 persoonsjaren) en stemmingsstoornis (1,65), gevolgd door middelenstoornis (0,97). De meest voorkomende incidentie afzonderlijke aandoeningen waren depressieve stoornis (1,58), specifieke fobie (0,79), alcoholmisbruik (0,73), gegeneraliseerde angststoornis (0,64) en paniekstoornis (0,53).

Vrouwen, jongere respondenten, lager opgeleiden, mensen met een lager inkomen, mensen die tussen beide meetmomenten een scheiding of het overlijden

van hun partner meemaakten, mensen die in die periode hun werk verloren en mensen die toen een beduidende teruggang in hun inkomen meemaakten, hadden een verhoogde kans op een nieuwe stemmingsstoornis. Vrouwen, jongere respondenten, mensen die een scheiding of het overlijden van hun partner meemaakten, mensen die een beduidende teruggang in hun inkomen meemaakten en mensen die voor het eerst een lichamelijke aandoening kregen hadden een verhoogde kans op een nieuwe angststoornis. Een nieuwe middenstoornis kwam vaker voor bij mannen, jongeren, lager opgeleiden, mensen met een lager inkomen en mensen die een scheiding of het overlijden van hun partner meemaakten.

De invloed van voorgaande psychopathologie op het latere ontstaan van andere psychische aandoeningen werd eveneens onderzocht. Incidentie van stemmingsstoornis hangt samen met de aanwezigheid van eerdere psychische aandoeningen: zowel angststoornis als middenstoornis op het eerste meetmoment voorspelden het latere ontstaan van stemmingsstoornis. Incidente angststoornis werd voorspeld door voorafgaande stemmingsstoornis en middenstoornis; en incidente middenstoornis alleen door voorafgaande ADHD in de volwassenheid.

Conclusie

Met de uitvoering van het veldwerk van de tweede meting van NEMESIS-2 is een kwalitatief goede dataset verkregen. Hiermee kunnen in de toekomst verschillende onderwerpen op het gebied van het ontstaan en het beloop van psychische problematiek in de Nederlandse bevolking worden bestudeerd.

Respondenten die aan de tweede meting deelnamen verschilden met degenen die niet meer hieraan deelnamen wel op een aantal demografische variabelen, maar niet of nauwelijks op het onderwerp van onderzoek van de studie, namelijk de aanwezigheid van psychische aandoeningen. In tegenstelling tot veel andere studies, bleek de uitval nauwelijks selectief te zijn. Door middel van de constructie van een weegfactor voor de data van de tweede meting is bovendien de selectiviteit zoveel mogelijk teniet gedaan, waardoor de gegevens representatief zijn voor alle in Nederland woonachtige volwassenen.

Het voor het eerst ontstaan van psychische aandoeningen in een periode van drie jaar bleek geen zeldzaam verschijnsel in de Nederlandse bevolking, zoals ook in andere westerse landen wordt gezien. Ongeveer 9% van degenen zonder enige voorafgaande psychopathologie in het leven ontwikkelde een psychische aandoening in een periode van drie jaar. Voor de vergelijking: de 12-maands en lifetime prevalenties in de eerste meting van de studie waren respectievelijk 18,0% en 43,5%. De onderzochte determinanten van incidentie - zoals overlijden van de partner of scheiding meemaken, werk verliezen, te maken krijgen met een beduidende teruggang in inkomen, en het voor het eerst krijgen van een lichamelijke aandoening - bieden aanknopingspunten voor preventie-activiteiten. Onze studie laat ook zien dat preventie van psychiatrische comorbiditeit - dat is het samengaan van meerdere psychische aandoeningen - van belang is omdat het risico op een latere extra aandoening bij mensen die al een aandoening hebben, hoog is.

1. Inleiding

NEMESIS-2

Om over nieuwe en kwalitatief goede beleidsinformatie te kunnen beschikken op het terrein van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg is de algemene bevolkingstudie NEMESIS-2 gestart. NEMESIS-2 staat voor 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'. Deze landelijke representatieve studie is longitudinaal van opzet en heeft dus meerdere meetmomenten waarbij dezelfde respondenten meerdere keren worden geïnterviewd. De eerste meting is uitgevoerd van eind 2007 tot medio 2009 (de Graaf e.a., 2010a). Over de tweede meting die drie jaar later is uitgevoerd, dus van eind 2010 tot medio 2012, vindt u hier de eerste resultaten.

NEMESIS-2 is een herhaling van de eerder uitgevoerde epidemiologische bevolkingsstudie NEMESIS-1 (eerste meting uitgevoerd in 1996; derde meting in 1999), maar breidt het onderzoek ook uit met nieuwe onderwerpen. Zo werd in de eerste meting van NEMESIS-2 voor het eerst bij een grote steekproef Nederlanders ook het vóórkomen van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis gemeten. NEMESIS-2 maakt gebruik van de allernieuwste 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) 3.0, een instrument waarmee diagnoses kunnen worden bepaald die gebaseerd zijn op de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, vierde versie), het classificatiesysteem van psychische aandoeningen dat psychiaters en andere hulpverleners gebruiken bij het stellen van diagnoses.

Over de data van de eerste meting van NEMESIS-2 zijn reeds verschillende onderwerpen gepubliceerd. Zo is ingegaan op het vóórkomen (prevalentie) van psychische aandoeningen (de Graaf e.a., 2010a, 2012a, 2012b) en het zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte (de Graaf e.a., 2010a). Speciale aandacht werd besteed aan de epidemiologie van ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis (Tuithof e.a., 2010), en aan het verband tussen ADHD en het latere ontstaan van alcoholproblematiek (Tuithof e.a., 2012). In verschillende publicaties is uitgebreid ingegaan op de duur van de periode tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact daarvoor (ten Have e.a., 2012a, 2012b) en op het verband tussen de ernst van recente aandoeningen en de aard en intensiteit van het zorggebruik daarvoor (ten Have e.a., 2012c). Tevens is de epidemiologie van suïcidaliteit beschreven (ten Have e.a., 2011). Eveneens verscheen op basis van de data van de eerste meting van NEMESIS-2 een rapport over de kosten van verzuim door psychische en lichamelijke aandoeningen (de Graaf e.a., 2011, 2012c). Aan diverse publicaties werd en wordt gewerkt, in samenwerking met externe partners, over onderwerpen zoals psychotische symptomen (Van Nierop e.a., 2012), seksuele voorkeur (Sandfort e.a., voor publicatie aangeboden; Gevonden e.a., voor publicatie aangeboden), religie (Verhagen e.a., 2012), en psychiatrische comorbiditeit (Rhebergen e.a., voor publicatie aangeboden). Zoals ook in NEMESIS-1 het geval

was, zullen er in de loop van de tijd nog veel publicaties over allerlei onderwerpen met betrekking tot de psychische gezondheid van de bevolking of van deelpopulaties daarvan worden geschreven met de data van deze meting van NEMESIS-2.

Met de uitvoering van de tweede meting van NEMESIS-2 stonden ons drie doelstellingen voor ogen. Ten eerste, gegevens verzamelen over het ontstaan van nieuwe aandoeningen in de periode tussen de beide meetmomenten. Ten tweede, gegevens verzamelen over het beloop van aandoeningen die al op het eerste meetmoment aanwezig waren. Dit soort longitudinale gegevens naar psychische problematiek onder de algemene bevolking zijn wereldwijd op deze schaal nauwelijks verzameld (zie Hoofdstuk 4, paragraaf 'Inleiding'). Ten derde, het verzamelen van gegevens over een aantal nieuwe onderwerpen die niet in de eerste meting konden worden meegenomen omdat de duur van het interview beperkt moest blijven (tot gemiddeld anderhalf uur).

Doordat de determinanten van het ontstaan van nieuwe aandoeningen en van het beloop van bestaande aandoeningen voorafgaand aan dit ontstaan en beloop werden gemeten, kunnen oorzaak-gevolg relaties (causaliteit) met deze data goed worden onderzocht.

In dit rapport wordt ingegaan op de opzet van de tweede meting van NEMESIS-2. Hierbij zal ook worden ingegaan op uitval van respondenten. Belangrijk is namelijk te weten in hoeverre de respondenten die meegedaan hebben aan het tweede interview op een aantal kenmerken verschillen van degenen die dat niet hebben gedaan, dus alleen deelnamen aan het eerste interview. Uitval van respondenten kan namelijk selectief zijn, en kan daardoor vertekening van de onderzoeksbevindingen veroorzaken. Tenslotte zullen in dit rapport de eerste resultaten met betrekking tot het ontstaan van psychische aandoeningen worden beschreven.

Ook hier geldt dat de gegevens van de tweede meting nog veelvuldig gebruikt zullen worden in latere publicaties. Dit rapport geeft dus slechts een eerste aanzet tot de beschrijving van de data van de tweede meting.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van deze publicatie wordt de opzet en het veldwerk van de tweede meting van de studie beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methodologische vraag in hoeverre uitval bij diverse groepen, zoals mannen en vrouwen, hoger en lager opgeleiden, mensen met en zonder psychische aandoeningen, even vaak voorkomt. In hoofdstuk 4 worden de eerste resultaten gepresenteerd met betrekking tot het ontstaan van psychische aandoeningen in de bevolking, ook wel incidentie genoemd. Daar wordt ook ingegaan op demografische en andere determinanten van incidentie. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de kracht en de beperkingen van onderhavige studie en worden de gevonden resultaten bediscussieerd.

2. Methode van de tweede meting van de studie

Korte beschrijving van de eerste meting

De opzet van de eerste meting van de studie is elders uitvoerig beschreven (de Graaf e.a., 2010a, 2010b, 2012d). In het kort komt het design van de eerste meting op het volgende neer. Om een aselechte steekproef van personen uit de Nederlandse bevolking te verkrijgen werd een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure toegepast. Eerst werd een aselechte steekproef getrokken van 184 uit de in totaal 443 gemeenten die in 2007 bestonden, Daarna werd uit post-registraties een aselechte steekproef getrokken van adressen van privé-huishoudens van de geselecteerde gemeenten, waarbij elk adres dezelfde kans had om geselecteerd te worden. Tenslotte werd aselekt een individu van tenminste 18 jaar en ten hoogste 64 jaar, die de Nederlandse taal voldoende machtig was, gekozen uit het huishouden. Het veldwerk van de eerste meting werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009.

Het onderzoeksvoorstel, de veldwerkprocedures en de informatie voor potentiële respondenten werden goedgekeurd door de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de studie was gegeven voorafgaand en bij de start van het interview van de eerste meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier ('informed consent') over hun deelname aan het interview.

Aan de geselecteerde huishoudens werd een introductiebrief gestuurd die ondertekend was door de minister van VWS. Hij gaf hierin uitleg over de studie, beviel de studie aan en vroeg om deelname. Deze brief werd vergezeld van een brochure die meer gedetailleerd de doelen van de studie aangaf; de brochure verwees ook naar een website die speciaal ontworpen was voor potentiële respondenten. De huishoudens werden telefonisch benaderd of er werd door de interviewer persoonlijk contact gezocht aan de deur indien geen telefoonnummer aanwezig was. Er werden tenminste 10 telefonische of persoonlijke contactpogingen op verschillende tijden van de dag en op verschillende dagen van de week uitgevoerd.

De respons van de eerste meting was 65,1% en 6.646 respondenten participeerden. Deze respons is voor Nederlands onderzoek hoog te noemen. De uiteindelijke steekproef was representatief voor de Nederlandse bevolking, hoewel jongeren (18-25 jarigen) wat ondervertegenwoordigd waren.

Panel-onderhoud

Er werd tussen beide meetmomenten in contact met de respondenten onderhouden om hen aan de studie te binden en om op de hoogte te blijven van een eventuele verhuizing, zodat zo weinig mogelijk van hen bij de tweede meting deelname zouden weigeren of niet meer traceerbaar zouden zijn. Aan het einde van de eerste meting was aan de respondenten gevraagd of men bereid was om deel te nemen aan de tweede meting. Van de respondenten was 96,4% daartoe bereid (de Graaf e.a., 2010a). Ook werd aan het einde van de eerste meting gevraagd naar het telefoonnummer (mobiel en vast) en e-mailadres van de respondent. Bovendien werd naar het telefoonnummer en adres van een familielid, vriend of goede bekende gevraagd, zodat in het geval van verhuizing naar een onbekend adres dit relatief makkelijk te achterhalen zou zijn. Tevens werd aan het eind van het eerste interview een adreswijzigingskaart achtergelaten om in te vullen indien men ging verhuizen. Deze gegevens maakten herbenadering bij de tweede meting gemakkelijker.

Tussen de beide meetmomenten werd met de respondenten contact onderhouden door middel van het versturen van Kerst- en verjaardagskaarten, en een flyer over het uitkomen van een publicatie over de eerste resultaten van de studie. Bij iedere mailing werd ook een adreswijzigingskaart meegestuurd. Ook de website voor respondenten werd regelmatig vernieuwd, onder meer met informatie over de voortgang van het veldwerk van de tweede meting en met berichten in de pers over nieuwe resultaten van de studie.

Veldwerk van de tweede meting

Eerste contact met de respondent

Het veldwerk van de tweede meting werd, evenals dat van de eerste meting, uitgevoerd door 'GfK (Growth from Knowledge) Panel Services Benelux' in Dongen. Alle 6.646 respondenten die participeerden in de eerste meting werden opnieuw benaderd om aan de tweede meting deel te nemen. Het veldwerk van de tweede meting werd drie jaar na dat van de eerste meting uitgevoerd, van november 2010 tot medio juni 2012. Het voordeel van deze relatief lange veldwerkperiode was dat er voldoende tijd was om met respondenten op een later moment opnieuw contact op te kunnen nemen in geval van zachte weigering, of indien het niet mogelijk was contact te maken daartoe opnieuw pogingen te ondernemen, of in geval van verhuizing het nieuwe adres te traceren. Dit verhoogde de respons van deze meting. In principe werd elk interview drie jaar na het eerste interview uitgevoerd, met een speling van één maand ervoor en één maand erna. Deze regel werd echter niet strikt toegepast, omdat dit anders ten koste zou gaan van de respons. Bij 78,7% van de uiteindelijk geïnterviewde respondenten vond het gesprek binnen drie jaar plus of min één maand plaats; bij 15,7% was die tijd langer en bij 5,6% wat korter. De gemiddelde duur tussen de eerste en tweede meting bedroeg 3 jaar en 7 dagen (1.102 dagen; standaarddeviatie=64).

Van belang bij een studie waarin respondenten vaker dan één keer worden geïnterviewd is het terugvinden van respondenten, met name als zij verhuisd zijn. Hierboven is al iets aangegeven hoe dat met het versturen van o.a. Kerst- en verjaardagskaarten met een bijbehorende adreswijzigingskaart werd vergemakkelijkt. Hierna zal worden aangegeven wat in de verschillende fasen van het veldwerk werd gedaan om een zo hoog mogelijke respons te bewerkstelligen.

Om de veldwerkperiode optimaal te benutten en de steekproef uitputtend uit te werken, bestond het veldwerk van de tweede meting uit drie fasen. Deze worden hierna beschreven.

Eerste fase

In fase 1 werden de eerste contactpogingen uitgevoerd. Aan de respondenten werd een introductiebrief gestuurd vergezeld van een brochure die het belang van deze vervolgmeting aangaf; de brochure verwees ook weer naar de website voor respondenten. De brief en brochure vermeldden een gratis telefoonnummer indien men behoefte had aan aanvullende informatie. Binnen twee weken na verzending van de brief werd door de interviewer contact gelegd om een afspraak te maken voor het interview. In principe werd dat gedaan door de interviewer met wie ook het eerste gesprek had plaatsgevonden en die ook het tweede gesprek zou voeren. Aan de interviewer werd overgelaten of het eerste contact telefonisch of aan de deur werd gelegd. Het veldwerkbureau hield daarbij in de gaten of de gekozen strategie van de interviewer succesvol was wat betreft de respons.

De interviewer diende in deze fase minimaal zes contactpogingen uit te voeren, op verschillende dagdelen verspreid over de eerste twee weken na 'uitzetting' van het adres van de respondent. Omdat het veldwerkbureau uit ervaring wist dat het beste resultaat zou worden behaald als de eerste contactpoging 's avonds of in het weekend plaats zou vinden, dienden minimaal vier van die pogingen 's avonds of op zaterdag plaats te vinden. In de eerste zes weken na uitzetting werden in totaal minimaal tien contactpogingen uitgevoerd. Fase 1 werd in principe twaalf weken na uitzetting van het adres van de respondent beëindigd.

Indien de respondent onvindbaar was (verhuisd naar onbekend adres), werd door de interviewer bij de huidige bewoner of bij de bureaus geïnformeerd waar de respondent naartoe was verhuisd. Indien dit geen succes had gaf de veldwerkafdeling van GfK aan de interviewer de door de respondent in meting 1 opgegeven contactpersoon door. Zo probeerde de interviewer de respondent alsnog te traceren. De veldwerkbureau probeerde respondenten ook terug te vinden via sociale media (Facebook, Hyves, LinkedIn), maar dat had geen reacties tot gevolg.

In deze fase werd als dank voor de medewerking aan het ongeveer anderhalf uur durende gesprek aan het eind van het interview een cadeaubon van 10 euro gegeven. Men kon ook kiezen voor een gift van 10 euro aan een goed doel (27,0% deed dit). De interviewer had in deze fase enige ruimte voor onderhandeling indien zij/hij merkte dat de respondent voor een iets hoger bedrag wel mee zou willen doen.

Tweede fase

In fase 2 werden degenen die in fase 1 geen duidelijke harde weigeraars waren, en degenen die niet konden worden bereikt, opnieuw benaderd. Het betrof 851 personen.

Indien de interviewer in fase 1 geen contact had kunnen maken werd in fase 2 een andere interviewer hiervoor ingezet. De respondent ontving opnieuw een aankondigingsbrief over de studie. In deze fase werden minstens tien contactpogingen uitgevoerd, verspreid over verschillende dagen van de week en verschillende dagdelen. Hiervan dienden minimaal vijf contactpogingen persoonlijk aan de deur te worden gedaan.

Indien in fase 1 de respondent had geweigerd werd door het veldwerkbureau, op basis van de reden van weigering, besloten of dit adres opnieuw zou worden uitgezet. De heruitzetting gebeurde drie maanden na datum van weigering, om de kans op instemming te vergroten. Indien de respondent in fase 1 bij een telefonische benadering had geweigerd, werd het adres in de herbenadering door dezelfde interviewer behandeld, maar dan aan de deur. Alle overige weigeringen werden door een andere interviewer behandeld. Deze respondenten ontvingen vooraf geen nieuwe aankondigingsbrief. Een deel van de respondenten zou hierdoor namelijk een antwoord klaar kunnen hebben en de vraag van de interviewer aan de deur om deel te nemen snel af kunnen wijzen. Wel kon de interviewer deze brief (en folder) aan de deur overhandigen. In de eerste vier weken na heruitzetting diende de nieuwe interviewer minimaal 10 contactpogingen uit te voeren, weer verspreid over verschillende dagen van de week en verschillende dagdelen.

In deze fase was de financiële tegemoetkoming hetzelfde als in fase 1.

Derde fase

Indien na afronding van fase 2 slechts één keer was geweigerd, volgde een derde fase, afhankelijk van de aard van de weigering. De selectie van deze adressen werd gemaakt door het veldwerkbureau. De 'zeer harde weigeraars' uit fase 1 die niet in fase 2 waren uitgezet om de kans op een hernieuwde weigering binnen een korte tijd na de vorige weigering te voorkomen, werden ook in deze fase opnieuw benaderd. Dat werd nu in eerste instantie niet gedaan door de interviewers, maar door 'non-respons specialisten' van de telefoonunit van GfK. Zij belden de aanvankelijke weigeraars. Het aantal personen in deze fase was 120. De financiële tegemoetkoming was overeenkomstig die in fase 2.

De totale financiële tegemoetkoming voor alle drie fasen tezamen bedroeg gemiddeld 11,40 euro per respondent.

Het interview

Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de vervolgstudie was gegeven voorafgaand aan en bij de start van het interview van de tweede meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier over hun deelname hieraan.

Net zoals bij het eerste interview werden bijna alle interviews van de tweede meting bij de respondent thuis afgenomen. Hoewel bij de werving werd aangegeven

dat het interview bij voorkeur onder vier ogen plaatsvond, was dit niet altijd mogelijk: bij 17,5% van de interviews was ten minste één derde persoon aanwezig in de kamer waar het gesprek plaatsvond; in 72,3% van die gevallen was dat ten minste de helft van de tijd. Dit was ongeveer even vaak als in de eerste meting; bovengenoemde percentages waren toen 18,2%, respectievelijk 69,3% (de Graaf e.a., 2010a). Net als bij de eerste meting waren er geen aanwijzingen voor onderrapportage van psychische aandoeningen bij degenen die geïnterviewd werden waarbij ten minste een derde persoon gedurende minstens de helft van de tijd aanwezig was: zij verschilden niet significant van de overige respondenten voor wat betreft de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening in de periode sinds het eerste interview, en enigerlei psychische aandoening in de 12 maanden voorafgaand aan het tweede interview.

De gemiddelde duur van het totale interview bedroeg 84 minuten (standaard-deviatie=26). Dat was minder dan in het eerste interview (95 minuten), vooral omdat het diagnostisch interview niet informeerde naar psychische problematiek gedurende het hele leven zoals tijdens het eerste interview maar naar psychische problematiek sinds het vorige interview (ongeveer drie jaar geleden; hierna voor het gemak 'drie-jaars' CIDI genoemd).

Aan het eind van het interview werd aan de respondenten gevraagd hoe zij het gesprek hadden ervaren: 84,4% vond het positief, 15,3% neutraal en 0,3% negatief. Deze waardering is beduidend beter dan bij de eerste meting; daar waren deze percentages respectievelijk 67,9%, 30,8% en 1,4%. Twee aspecten spelen hierbij een rol. In hoofdstuk 3 laten we zien dat respondenten die het eerste interview minder positief waardeerden vaker tot de uitvallers behoorden bij de tweede meting. Daarnaast blijken de respondenten die aan het tweede interview deelnamen dit positiever te waarderen dan het eerste gesprek. Vergeleken met degenen die positief waren over het tweede interview, hadden degenen met een negatieve of neutrale evaluatie vaker enigerlei psychische aandoening in de periode sinds het vorige interview en enigerlei psychische aandoening in de 12 maanden voorafgaand aan het tweede gesprek. Demografische kenmerken (seks, leeftijd, opleidingsniveau, werksituatie, woonsituatie, urbanisatiegraad en etnische afkomst) en de duur van het tweede interview waren niet van invloed op hoe men het tweede gesprek waardeerde. Ongeveer hetzelfde zagen we ook voor het eerste interview (de Graaf e.a., 2010a).

Interviewers

78 professionele interviewers van het veldwerkbureau GfK, met een team van 3 supervisors, voerden het veldwerk uit. Van de interviewers hadden er 65 ook aan de eerste meting deelgenomen. De interviewers werden geselecteerd op basis van hun ervaring met systematische face-to-face dataverzameling en met gevoelige onderwerpen, en hun vermogen om een goede respons te verkrijgen zoals bleek uit eerdere uitgevoerde studies. Omdat respondenten zich mogelijk minder prettig zouden voelen bij het bespreken van hun psychische problematiek met jonge interviewers, gold als criterium dat interviewers minstens 25 jaar oud waren.

De reeds voor de eerste meting getrainde interviewers werden voorafgaand aan het veldwerk van de tweede meting getraind in het afnemen van het diagnostisch instrument, de driejaars CIDI, en de aanvullende vragenlijst tijdens een cursus van een dag gegeven door het NEMESIS-team en het veldwerkbureau. De nieuwe interviewers volgden een eendaagse training; deze was korter dan de interviewers voor de eerste meting kregen, daarom moesten de nieuwe interviewers vooraf meer over het onderzoek en de opzet lezen. Voor de start van het veldwerk van de tweede meting moesten interviewers een aantal interviews oefenen met behulp van uitgeschreven casussen. Na controle hiervan door het veldwerkbureau, kon de interviewer pas van start gaan. Tijdens de veldwerkperiode had het veldwerkbureau minstens twee keer per maand persoonlijk contact met de interviewers. Om hen gemotiveerd te houden werden zij met verschillende nieuwsbrieven geïnformeerd over het verloop van de studie en werden er tips over bepaalde onderwerpen gegeven. Ruim een half jaar na de start van het veldwerk werd een terugkomdag georganiseerd, om het veldwerk te bespreken.

Evenals bij de eerste meting, werd het veldwerk van de tweede meting tijdens de hele dataverzamelingsperiode gevolgd door het NEMESIS-team van het Trimbos-instituut en het veldwerkbureau. De onderzoekers van het Trimbos-instituut bekeken alle opmerkingen die interviewers maakten bij de antwoorden. In het geval van (belangrijke) missende gegevens moesten interviewers opnieuw contact opnemen met de respondent. Per interviewer bekeken de onderzoekers de respons, de gemiddelde duur van het interview en van het diagnostische gedeelte (de CIDI), het aantal positieve antwoorden op de kernsymptomen van psychische aandoeningen in de screener (de eerste sectie van de CIDI), het aantal inconsistenties bij enkele vragen die op beide meetmomenten werden gesteld, de evaluatie van het interview door de respondent en de toestemming voor de derde meting. Het controleren van het aantal positieve antwoorden op de vragen in de screener was van belang omdat er namelijk een negatief leereffect kan plaatsvinden waarbij een interviewer de gewoonte kan krijgen het aantal af te nemen CIDI-secties onbewust of bewust te beperken door negatieve antwoorden op de screeningsvragen te stimuleren. Dit kan tot gevolg hebben dat het rapporteren van psychische aandoeningen daalt naarmate het veldwerk vordert, zoals in een Duitse studie bleek (Matschinger e.a., 2005). In de eerste meting van NEMESIS-2 werd daarvoor geen bewijs gevonden, en dat gold ook voor de tweede meting. Indien er twijfels over de kwaliteit van een interviewer ontstonden, werd de interviewer gevraagd enkele gesprekken op band op te nemen. Eén van de onderzoekers van het Trimbos-instituut luisterde de opnames af en gaf via het veldwerkbureau feedback aan de interviewer. Naar aanleiding hiervan werden twee interviewers van het veldwerk gehaald, omdat zij niet volgens de geleerde interviewmethode (alle vragen volledig voorlezen, herhalen bij onduidelijkheid, en een neutrale houding aannemen) werkten. Om de kwaliteit van het veldwerk te volgen werd daarnaast enkele weken na het interview aan 20% van de respondenten een brief gezonden om na te gaan of het gesprek had plaatsgevonden met de juiste persoon, hoe de persoon het interview had ervaren en of de lengte conform de opgegeven tijdsduur van de interviewer

was (respons 50%). Dit leverde geen bijzondere zaken op. De interviewers waren op de hoogte dat er verschillende kwaliteitscontroles zouden plaatsvinden.

Diagnostisch instrument

Het vaststellen van psychische aandoeningen op het tweede meetmoment is gebaseerd op een aangepaste versie van de CIDI 3.0 die in het eerste interview was gebruikt. In het eerste interview werd gevraagd naar psychische symptomen ooit in het leven (kortweg aangeduid met lifetime CIDI); in het tweede interview werd gevraagd naar symptomen sinds het vorige gesprek (driejaars CIDI). De lifetime versie was eerder ontwikkeld door de 'WHO-World Mental Health (WMH) Survey Initiative', een wereldwijd consortium van psychiatrisch-epidemiologische studies onder de algemene bevolking. Voor uitgebreidere informatie over dit instrument, zie De Graaf e.a. (2010a) en Kessler & Üstün (2004). Deze versie kon eenvoudig worden aangepast zodat de vragen betrekking hadden op de periode sinds het vorige interview.

Klinische validatie-studies uitgevoerd in verschillende landen (Haro e.a., 2006) laten zien dat de CIDI 3.0 stemmings-, angst- en middelenstoornissen over het algemeen met een goede validiteit (dat wil zeggen dat het meetinstrument daadwerkelijk meet wat het beoogt te meten) bepaalt in vergelijking tot geblindeerde klinische interviews die gebruik maken van de SCID ('Structured Clinical Interview for DSM-IV'). Studies met een eerdere versie van de CIDI concludeerden eerder eveneens dat de CIDI psychische aandoeningen over het algemeen met een acceptabele tot goede betrouwbaarheid en validiteit bepaalt, met uitzondering van schizofrenie (Wittchen, 1994; Andrews & Peters, 1998).

De Nederlandstalige lifetime CIDI 3.0 die in de eerste meting van NEMESIS-2 werd gebruikt werd in de Verenigde Staten geprogrammeerd door de Harvard University in Boston met het Blaise software systeem. De programmering werd uitvoerig gecontroleerd en getest door de onderzoekers van het NEMESIS-team waarbij van elke sectie alle mogelijke interviewpaden werden nagelopen. De aanvullende programmering waarbij de lifetime CIDI werd omgevormd in een driejaars CIDI die voor de tweede meting werd gebruikt, werd gedaan door medewerkers van het Trimbos-instituut.

Afgenomen CIDI-secties

In de tweede meting van NEMESIS-2 zijn veel secties over psychische aandoeningen van de CIDI 3.0 gebruikt die ook in de eerste meting zijn nagevraagd, te weten stemmings-, angst-, en middelenstoornissen en de sectie over suïcidaliteit. ADHD in de volwassenheid werd nu afgenomen met een ander instrument, namelijk de Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) versie 1.1 (Kessler e.a., 2005a, 2007a), en niet met de ADHD CIDI-sectie, omdat in het laatste geval opnieuw de symptomen van ADHD in de kindertijd zouden moeten worden afgenomen en er relatief weinig informatie verkregen zou worden over symptomen van ADHD in de volwassenheid. Tevens werden er vragenlijsten meegenomen over de volgende persoonlijkheidsstoornissen: antisociale persoonlijkheidsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis (International

Personality Disorder Examination (IPDE); Loranger e.a., 1994). Antisociale persoonlijkheidsstoornis was ook bij de eerste meting al afgenomen, maar borderline persoonlijkheidsstoornis niet. Vragen over andere onderwerpen dan psychische aandoeningen werden opgenomen in de aanvullende vragenlijst (zie hierna). De vragen om psychotische symptomen en genoemde persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen werden ook in deze aanvullende vragenlijst opgenomen. De CIDI en de aanvullende vragenlijst werden met een laptop afgenomen tijdens de face-to-face interviews.

Psychotische symptomen

Omdat de diagnose schizofrenie minder betrouwbaar kan worden vastgesteld met de CIDI werd opnieuw een klinisch herinterview gehouden indien een respondent één of meer psychotische symptomen uit een lijst van 20 rapporteerde sinds het vorige interview. Hiervoor kwamen 440 personen in aanmerking. Net zoals in de eerste meting waren de vragen om psychotische symptomen vast te stellen een uitbreiding en verbetering van de vragen die onderdeel vormen van de psychose-sectie van de CIDI 1.1. Een 'driejaars' versie werd in de tweede meting gebruikt. Binnen enkele weken na het interview werd in het geval van minstens één psychotisch symptoom volgens de CIDI telefonisch contact opgenomen met de respondent om een afspraak te maken voor het klinische herinterview. Dit interview werd telefonisch afgenomen met vragen uit de SCID ('Structured Clinical Interview for DSM-IV'), door psychologen die getraind waren in het afnemen van dit instrument. De respons van dit deelonderzoek bedroeg 83,6% (n=368); wat hoger is dan bij de eerste meting het geval was (73,3%). De klinische herinterviews werden uitgevoerd en gefinancierd door de Afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Tabel 1. Onderwerpen en instrumenten gebruikt in NEMESIS-2.

Onderwerp	Instrument	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolgmeting T ₁	2e vervolgmeting T ₂
I. Demografie				
Geslacht	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Leeftijd	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Opleiding (ook van partner)	Zelfontworpen vragen	X		
Woonsituatie (op T ₁ ook aantal en leeftijd van kinderen)	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Werksituatie (ook van partner)	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Inkomen (ook van partner)	Zelfontworpen vragen	X		
Etnische afkomst	Zelfontworpen vragen	X		
Religie, geloofsovertuiging	Zelfontworpen vragen	X		
Urbanisatiegraad van de woonplaats (op T ₀ ook gedurende de jeugd)	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Inkomensverandering (ook van partner)	Zelfontworpen vragen		X	X
Schulden	Zelfontworpen vragen		X	X
II. Psychische gezondheid				
Internaliserende en middelenstoornissen:				
Depressieve stoornis	CIDI 3.0	X	X	X
Dysthymie	CIDI 3.0	X	X	X
Bipolaire stoornis	CIDI 3.0	X	X	X
Paniekstoornis	CIDI 3.0	X	X	X
Agorafobie	CIDI 3.0	X	X	X
Sociale fobie	CIDI 3.0	X	X	X
Specifieke fobie	CIDI 3.0	X	X	X
Gegeneraliseerde angststoornis	CIDI 3.0	X	X	X
Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid	CIDI 3.0	X	X	X
Drugsmisbruik en –afhankelijkheid	CIDI 3.0	X	X	X
Externaliserende stoornissen:				
ADHD	CIDI 3.0	X		
Gedragsstoornis	CIDI 3.0	X		
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	CIDI 3.0	X		
ADHD in de volwassenheid	ASRS 1.1		X	
Psychotische symptomen	CIDI 1.1	X	X	X
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	IPDE	X	X	X
Borderline persoonlijkheidsstoornis	IPDE		X	X
Roken	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Gokken	SOGS		X	
Cognitieve problemen	Cijferreeksen		X	X

Onderwerp	Instrument	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolgmeting T ₁	2e vervolgmeting T ₂
Positieve psychische gezondheid	MHC-SF 2.1		X	X
III. Lichamelijke gezondheid				
Lichamelijke aandoeningen	Gebaseerd op NEMESIS-1 vragenlijst	X	X	X
Fysieke activiteit	Gebaseerd op IPAQ	X	X	X
Actieve sportbeoefening	Gebaseerd op NEMESIS-1 vragenlijst		X	X
IV. Kwetsbaarheidsfactoren				
Neuroticisme	Eysenck	X		
Extraversie	Eysenck	X		
Consciëntieusheid	NEO-FFI		X	
Kindertraumata	Gebaseerd op NEMESIS-1-vragenlijst	X		
Psychiatrische problemen bij eigen ouders en de partner	Gebaseerd op NEMESIS-1-vragenlijst		X	
Psychiatrische problemen bij eigen kinderen	Gebaseerd op NEMESIS-1-vragenlijst			X
Suïcidaliteit	CIDI 3.0	X	X	X
V. Bevorderende en belemmerende factoren				
Recente levensgebeurtenissen (op T ₀ negatieve, op T ₁ ook positieve gebeurtenissen)	Gebaseerd op Brugha Life events section	X	X	X
Eenzaamheid	Gebaseerd op De Jong Gierveld vragenlijst			X
Sociale steun	Zelfontworpen vragen		X	
Mantelzorg	Zelfontworpen vragen		X	X
Veerkracht, zelfredzaamheid	Nog te bepalen			X
VI. Functioneren				
Functioneren: algemeen	SF-36	X	X	X
Functionele beperkingen: stoornisspecifiek	Sheehan Disability Scales in CIDI 3.0	X	X	X
Werkverzuim	Gebaseerd op WHODAS	X	X	X
Arbeidsomstandigheden en psychische belasting van het werk	JCQ		X	X
Interviewerobservatie van functioneren en gezondheid respondent	Zelfontworpen vragen		X	
VII. Hulpzoekgedrag				
Zorggebruik: algemeen	Gebaseerd op NEMESIS-1 vragenlijst	X	X	X
Therapietrouw	Zelfontworpen vragen			X
Zorggebruik: stoornisspecifiek	CIDI 3.0	X	X	X
Medicatiegebruik	Gebaseerd op NEMESIS-1 vragenlijst	X	X	X
Medicatierouw	Zelfontworpen vragen		X	X
Onvervulde zorgbehoefte	Gebaseerd op NEMESIS-1 vragenlijst	X	X	X
Attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten	Gebaseerd op Kwekkeboom, 2000	X		

Onderwerp	Instrument	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolgmeting T ₁	2e vervolgmeting T ₂
Attitude ten aanzien van het zoeken van professionele hulp	ESEMeD-CIDI 3.0	X		
II. Seksualiteit				
Seksueel gedrag en seksuele oriëntatie	Zelfontworpen vragen	X	X	
Seksueel misbruik	Zelfontworpen vragen	X	X	X
Seksuele problemen	Zelfontworpen vragen	X		
Zorggebruik vanwege seksuele problemen	Zelfontworpen vragen	X		
IX. Misbruik en geweld				
Geweld binnen partnerrelaties	Zelfontworpen vragen	X		
Geweld tegen eigen kinderen	Zelfontworpen vragen	X		
Geweld in het algemeen	Zelfontworpen vragen mede op basis van de veiligheidsmonitor		X	X
X. Overig				
Voeding	Zelfontworpen vragen		X	
Uitgaan	Zelfontworpen vragen		X	
Ervaren criminaliteit en buurtkenmerken	Zelfontworpen vragen mede op basis van de veiligheidsmonitor en NESDA-vragenlijsten		X	

Aanvullende vragenlijst

Tabel 1 laat de onderwerpen zien die zijn opgenomen in de aanvullende vragenlijst van de tweede meting. Deze onderwerpen hebben vooral betrekking op niet-klinische secties, zoals demografie, lichamelijke gezondheid, kwetsbaarheidsfactoren, functioneren, hulpzoekgedrag, en misbruik en geweld. Nieuwe onderwerpen vergeleken met de eerste meting waren onder andere arbeidsomstandigheden en psychische belasting van het werk, sociale steun, mantelzorg, geweld, ervaren criminaliteit, buurtkenmerken, gokken, schulden, cognitieve problemen, positieve psychische gezondheid, voeding, en psychische problemen bij de ouders en de partner. Daarnaast werden bestaande onderwerpen uitgebreider behandeld, zoals door te vragen naar gezinssamenstelling, medicatietrouw, positieve levensgebeurtenissen, consciëntieusheid, actieve sportbeoefening alleen of in een groep, en mate van verslaving aan roken.

Sommige van deze onderwerpen kunnen in de toekomst zelfstandig worden onderzocht, andere onderwerpen kunnen als voorspellers van het ontstaan en beloop van psychische aandoeningen op de derde meting worden meegenomen. Bij het eerste kan worden gedacht aan onderwerpen zoals mantelzorg, werk of gokken, waarbij vragen kunnen worden beantwoord zoals hoe vaak wordt mantelzorg verleend en hoe vaak kan dat leiden tot psychische problematiek door overbelasting, welke aspecten van werk kunnen psychische problematiek uitlokken, etc. Bij het

tweede kan worden gedacht aan onderwerpen zoals lichamelijke gezondheid, fysieke activiteit, roken of sociale steun, waarbij het de vraag is in hoeverre deze aspecten incidentie en beloop van aandoeningen kunnen voorspellen.

Demografie

Gevraagd werd naar de woonsituatie van de respondent en de werksituatie van de respondent en van de eventuele partner op het moment van de tweede meting. Tevens werd gevraagd naar verandering in inkomen van de respondent en van de partner sinds het vorige interview.

Psychische gezondheid

Met de CIDI 3.0 werd een brede range aan psychische aandoeningen bepaald. In de aanvullende vragenlijst kwamen daarnaast ook andere psychische problemen aan bod, zoals psychotische symptomen (zie boven), persoonlijkheidsstoornissen (idem) en gokken. Met de South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987) werd problematisch en risicovol gokgedrag in de afgelopen 12 maanden bepaald. Onder gokken werden diverse vormen van gokken of kansspelen verstaan, zoals het besteden van geld aan krasloten, speelautomaten, pokeren, kaarten, dobbelen, bingo, sportpoules, het wedden op paarden, en speculeren op de beurs.

Positieve psychische gezondheid

Met de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005, 2007; Keyes e.a., 2008; Westerhof e.a., 2008; Lamers e.a., 2011) versie 2.1 is de psychische gezondheid gemeten door te vragen naar de frequentie van positieve gevoelens in de afgelopen maand. Het instrument omvat drie subschalen voor welbevinden (subjectief, psychologisch, sociaal) en levert een totaalscore voor psychische gezondheid die vervolgens gecategoriseerd kan worden in zwak, matig, goed.

Lichamelijke gezondheid, fysieke activiteit, roken en voeding

Een lijst van 17 chronische lichamelijke aandoeningen werd afgenomen. Deze lijst was ook bij de eerste meting gebruikt en sluit aan bij vergelijkbaar buitenlands onderzoek (Von Korff e.a., 2005). De vragen hadden betrekking op de aanwezigheid van deze aandoeningen, het zorggebruik daarvoor in de afgelopen 12 maanden, en de leeftijd van het ontstaan ervan.

Daarnaast werd fysieke activiteit bepaald. Gevraagd werd naar het aantal fysiek actieve dagen, dat wil zeggen het aantal dagen dat men minstens 30 minuten per dag minstens matig intensieve activiteiten heeft uitgevoerd, in een gemiddelde week in de afgelopen 12 maanden, een vraag gebaseerd op de 'International Physical Activity Questionnaire' (IPAQ; Craig e.a., 2003); en naar actieve sportbeoefening (gemiddeld aantal uur per week; en of men alleen sport beoefent of in een groep).

Over roken werd gevraagd naar de leeftijd waarop men hiermee voor het eerst begon; hoeveel men rookt; de mate van verslaving aan roken; en het aantal onderbroken stoppogingen.

De vragen over voeding hadden betrekking op het aantal dagen in de week dat

men bepaalde dingen eet (warme groente of rauwkost, fruit, gefrituurde maaltijd, zoete tussendoortjes, zoute tussendoortjes, bruin of volkoren brood), drinkt (frisdranken met suiker) of doet (ontbijten).

Kwetsbaarheidsfactoren

In meting 1 werden neuroticisme en extraversie gemeten met de Nederlandse verkorte 24-item versie van de 'Eysenck Personality Questionnaire' (the EPQ-Revised Short Scale; Eysenck e.a., 1976, 1985). In meting 2 werd een ander aspect van de persoonlijkheid gemeten; consciëntieusheid. Dit werd gemeten met de gelijknamige schaal bestaande uit 12 items van de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), hetgeen een verkorte versie is van de NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992).

Sociale steun

Sociale steun is gemeten met vragen over ervaren hulp en steun die men krijgt van de partner, familie en vrienden, en buurtgenoten (denk aan: op hulp kunnen rekenen, hart kunnen luchten, niet overvraagd worden). Deze zijn gebaseerd op vragen uit een eerdere versie van de CIDI 3.0 en NEMESIS-1.

Recente levensgebeurtenissen

De aanwezigheid van 9 negatieve levensgebeurtenissen sinds het vorige interview werd nagevraagd. Voorbeelden hiervan zijn: dood van een partner, familielid of goede vriend; scheiding; en ernstige financiële moeilijkheden. Deze lijst was gebaseerd op de 'Brugha Life events section' (Brugha e.a., 1985). In de tweede meting werd deze lijst aangevuld met nog enkele negatieve en vooral positieve levensgebeurtenissen. Voorbeelden van die laatste categorie zijn: naast familielid of partner is hersteld van een ernstige ziekte; een belangrijke nieuwe vriendschap gesloten; een nieuwe relatie gekregen; en een nieuwe baan begonnen of promotie gemaakt. Bovendien werd gevraagd wanneer deze gebeurtenissen sinds het vorige interview hadden plaatsgevonden.

Werk en arbeidsomstandigheden

Naast de feitelijk werksituatie (denk aan al of niet in loondienst/als zelfstandige werkzaam zijn, aantal uren werkzaam, beroep) is in de tweede meting ook gevraagd naar hoe het werk wordt ervaren met de Job Characteristics Questionnaire (JCQ; Karasek & Theorell, 1990; Karasek e.a., 1998; www.jcqcenter.org). Deze vragenlijst bestaat uit acht schalen, variërend van baanonzekerheid en sociale steun tot psychologische baanvereisten. Daarnaast werd gevraagd naar een samenvattend oordeel over het werk, het verwaarlozen van familie- of gezinsactiviteiten door het werk en omgekeerd, alcoholgebruik op het werk, pesten en agressie op het werk, en de wil om na het 65ste levensjaar te blijven werken.

Functioneren

Het functioneren in het algemeen werd gemeten met de 'MOS Short-Form Health Survey' (SF-36; Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992). Het aantal verloren 'werk'-dagen werd gemeten door middel van het aantal dagen in de afgelopen maand dat men verzuimde op het werk of bij andere normale bezigheden, en het

aantal dagen in de afgelopen maand waarop men in staat was deze bezigheden te verrichten maar minder kwaliteit of kwantiteit leverde dan gewoonlijk (drie vragen gebaseerd op de 'WHO Disability Assessment Schedule' (WHODAS; Von Korff e.a., 2008).

Zorggebruik

Zorggebruik in het algemeen werd nagevraagd met behulp van de sectie over zorggebruik in NEMESIS-1 (Bijl & Ravelli, 2000), voor de periode sinds het vorige interview en voor de afgelopen 12 maanden. Zorggebruik werd bepaald met de vraag: 'Heeft u sinds het vorige interview voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan...?' Deze vraag werd gesteld voor 16 hulpverleners, instellingen of voorzieningen: algemene gezondheidszorg (huisarts; bedrijfsarts of ARBO-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg), GGZ (psychiater, psycholoog of psychotherapeut; instelling voor verslavingszorg; psychiatrische dagbehandeling; opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of soortgelijke instelling), of andere vormen van zorg (alternatieve genezer; pastorale zorgverlener; iemand uit het eigen sociale netwerk; zelfhulpgroep; telefonische hulpdienst; en informatie of hulp via internet). Indien de respondent een hulpverlener of instelling had bezocht, werden vragen gesteld over het type hulp, de aantallen en de gemiddelde duur van de bezoeken. Medicatie vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, type en gemiddelde duur, en medicatietrouw, en onvervulde zorgbehoeften in de afgelopen 12 maanden, werden eveneens nagevraagd.

Seksualiteit

In de eerste meting waren enkele vragen over seksuele voorkeur en seksueel gedrag opgenomen. In de tweede meting is aan personen met een homoseksuele voorkeur gevraagd naar de leeftijd waarop men daar voor het eerst achter kwam en er voor het eerst voor uit kwam.

Misbruik en geweld

In meting 1 was al één en ander gevraagd over meegemaakt en zelf uitgeoefend geweld in iemands jeugd, in vroegere of huidige vaste relatie(s), en tegen iemands kinderen gedurende de opvoeding. In meting 2 is gevraagd of men sinds het vorige interview psychische en lichamelijke mishandeling had meegemaakt, zowel in de rol van slachtoffer als dader. Dat kon zijn gebeurd op straat, het werk, bij de respondent thuis of ergens anders, en kon zijn gepleegd door of tegen een vreemde of bekende.

Psychiatrische problemen bij eigen ouders en partner

Hoewel in de CIDI 3.0 gevraagd wordt naar psychiatrische kernsymptomen bij eerstegraads familieleden, gebeurt dit alleen bij respondenten met een 12-maands aandoening. In meting 2 zijn in de aanvullende vragenlijst vragen voor alle respon-

denten opgenomen over psychiatrische problemen bij ouders (ooit in het leven) en de partner (ooit in het leven en sinds het vorige interview). Deze problemen hadden o.a. betrekking op ernstige depressies, wanen of hallucinaties, ernstige angsten of een fobie, en problemen met alcohol of drugs. Daarmee kan worden bepaald in welke mate psychische problemen in de eigen familie voorkomen en of problemen bij de partner van invloed zijn op de gezondheid van de respondent.

Mantelzorg

In meting 2 is gevraagd of men in de afgelopen 12 maanden mantelzorg had verleend aan een familielid, de partner, een vriend(in) of kennis die hulp nodig had vanwege lichamelijke problemen, psychische problemen, ouderdom of een verstandelijke handicap. Indien men mantelzorg had verleend, werd gevraagd aan wie men het gaf, vanwege welke gezondheidsproblemen van de hulpbehoevende, en hoe de hulp eruit zag. Ook werd gevraagd naar het aantal uur per week en sinds wanneer men de hulp gaf, alsook in welke mate de mantelzorg een negatief effect had op de eigen gezondheid van de respondent.

Cognitieve problemen

In meting 2 is aan respondenten gevraagd cijferreeksen na te zeggen (Wechsler, 1997, 2000). Naarmate de test vorderde werden deze reeksen langer. Eerst moesten de respondenten de reeksen in gewone volgorde nazeggen, daarna in omgekeerde volgorde. Deze test geeft informatie over korte termijn aandacht en/of -geheugen, en het werkgeheugen van mensen, en kan in verband worden gebracht met het ontstaan en ziekteverloop van psychische aandoeningen.

Op basis van een pilot werden geen aanpassingen gemaakt in de gecomputeriseerde versie van de CIDI en slechts kleine aanpassingen in de aanvullende vragenlijst.

Respons en weging

Voor een uitvoerige beschrijving van de respons van de tweede meting en voor verschillen tussen uitvallers en respondenten op een aantal kenmerken wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk. Hier kan worden opgemerkt dat in totaal van de 6.646 respondenten die aan de eerste meting deelnamen er 5.303 opnieuw konden worden geïnterviewd. De respons was daarmee 80,4%. In deze berekening zijn 50 respondenten die overleden waren buiten beschouwing gelaten.

Item non-respons, dat wil zeggen geen respons op bepaalde vragen in het interview, was verwaarloosbaar als gevolg van de computergestuurde afname van het interview.

Om de resultaten van de tweede meting te kunnen generaliseren naar de algemene bevolking werd een wegingsfactor geconstrueerd. Daartoe werd eerst onderzocht of de uitval selectief was: welke variabelen die in de eerste meting waren bepaald, hangen samen met de uitval van respondenten op de tweede meting (zie

hoofdstuk 3). In de analyses werd eerst bepaald welke demografische kenmerken samenhangen met deze uitval. Daarna werd gekeken of 12-maands psychische aandoeningen op het eerste meetmoment daarmee samenhangen, na controle voor demografie.

Significante determinanten van uitval van respondenten op de tweede meting bleken: jongere leeftijd, lager opleidingsniveau, het niet hebben van betaald werk en niet in Nederland geboren zijn. Het niet hebben van een partner was bijna significant geassocieerd ($p=0,06$). Het hebben van een 12-maands psychische aandoening bleek uitval niet te voorspellen, na controle voor demografie. Omdat het niet gebruikelijk is andere determinanten dan demografie en psychopathologie op te nemen in de weegfactor, en om het aantal variabelen bij de constructie van de weegfactor beperkt te houden, werden geen andere determinanten van uitval meegenomen in de constructie van de weegfactor dan demografische.

Voor het maken van de weegfactor die generalisatie naar de algemene bevolking mogelijk maakt, werd voor elke combinatie van de vijf genoemde demografische variabelen (inclusief partnerstatus) een respons/non-respons ratio berekend. De weegfactor voor de tweede meting werd geconstrueerd door deze ratio te vermenigvuldigen met de weegfactor die al van de eerste meting was gemaakt.

Toekomstige derde meting

Bereidheid om mee te doen aan de derde meting

Opnieuw werd aan het eind van het gesprek gevraagd naar de bereidheid deel te nemen aan de volgende meting. Van de respondenten was 98,2% bereid om deel te nemen aan de derde meting over drie jaar na het tweede interview. Deze bereidheid is nog groter dan in het vorige gesprek werd aangegeven; dat was toen 96,4%. Degenen die tot een derde interview niet bereid waren hadden vaker een neutrale of negatieve evaluatie over het interview. Geen verschil werd gevonden in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, inkomen, etnische afkomst, urbanisatiegraad, enigerlei psychische aandoening in de periode sinds het vorige interview, enigerlei 12-maands psychische aandoening en interviewduur.

Onderwerpen derde meting

Tabel 1 laat zien welke onderwerpen we van plan zijn om mee te nemen in de vragenlijst van de derde meting. Voor een deel komen de onderwerpen uit de eerste en tweede meting terug, omdat we op die manier goed de ontwikkelingen op deze terreinen kunnen volgen. Te denken valt aan functioneren, zorggebruik, fysieke activiteit, arbeidsomstandigheden en psychische belasting van het werk, mantelzorg en geweld. Nieuwe onderwerpen zouden kunnen zijn: vroegtijdige beëindiging van behandeling (therapie-trouw), eenzaamheid, veerkracht/zelfredzaamheid, doorwerken na het 65e levensjaar, en psychiatrische problemen bij de eigen kinderen. Een definitieve selectie van onderwerpen zal worden bepaald in de voorbereidende fase van de derde meting na overleg met het veld en het Ministerie van VWS.

3. Uitval van respondenten

Inleiding

Uitval van respondenten in epidemiologische studies met meerdere meetmomenten kan selectief zijn, dat betekent dat de mensen die aan een vervolgmeting meedoen op belangrijke kenmerken kunnen verschillen van de mensen die dat niet doen. Dit kan vertekening ('bias') van de onderzoeksbevindingen veroorzaken. Daarom is kennis over verschillen in karakteristieken tussen degenen die blijven participeren en degenen die dat niet meer doen, van belang om de kwaliteit van de studie te kunnen bepalen en om te weten hoe de resultaten kunnen worden geïnterpreteerd. Ook voor de toekomstige planning van dit soort longitudinale studies is die kennis van belang (Eaton e.a., 1992). Verder kunnen gegevens over verschillen tussen mensen die wel en niet blijven participeren worden gebruikt voor het construeren van een zogenaamde weefactor om de gegevens van een vervolgmeting representatief te maken voor de hele populatie (zie Hoofdstuk 2, paragraaf 'Respons en weging').

Uitval van respondenten kan worden onderscheiden in drie verschillende typen. Het eerste type is geen contact kunnen maken, of het niet kunnen lokaliseren van de respondent nadat deze is verhuisd (hierna non-contact genoemd). Als wel contact mogelijk was met de respondent of met een huisgenoot, zijn de volgende twee typen uitval mogelijk: weigering om verder te participeren in de studie, en niet kunnen deelnemen door lichamelijke of psychische gezondheidsredenen of overlijden (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000; Lamers e.a., 2012).

Longitudinale epidemiologische studies over psychische gezondheid hebben verschillende typen determinanten van enigerlei uitval van respondenten, en van de verschillende typen, onderzocht. Dit zijn demografische kenmerken, lichamelijke gezondheid, psychopathologie en klinische kenmerken van psychische aandoeningen. Deze determinanten werden bepaald op het meetmoment voorafgaand aan de uitval. Verschillende demografische variabelen bleken met uitval samen te hangen; zo was een jongere leeftijd geassocieerd met enigerlei uitval en vooral met non-contact (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000; Lamers e.a., 2012). Lichamelijke gezondheid of aantal lichamelijke aandoeningen was met geen van de onderscheiden typen uitval geassocieerd in twee studies, de ECA ('Epidemiologic Catchment Area study') (Eaton e.a., 1992) en NESDA ('Netherlands Study of Depression and Anxiety') (Lamers e.a., 2012). In NEMESIS-1 was de aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening wel geassocieerd met het niet kunnen deelnemen door lichamelijke of psychische gezondheidsredenen of overlijden, maar niet met non-contact en weigering (de Graaf e.a., 2000). Verschillende studies vonden dat psychopathologie op het eerste meetmoment, na constanthouding voor demografische variabelen, een zwak tot matig effect had op enigerlei uitval bij de tweede meting (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000; Eaton e.a., 2007; Bellón e.a., 2010; Lamers e.a., 2012), en dat psychopathologie veel meer geassocieerd was met non-contact en onmogelijkheid om

te participeren door lichamelijke of psychische redenen dan met weigering (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000; Lamers e.a., 2012). Niet alleen As I aandoeningen werden bestudeerd, maar ook persoonlijkheidsstoornissen. Antisociale persoonlijkheidsstoornis bleek in twee studies met non-contact samen te hangen, echter niet met weigering (Eaton e.a., 1992; Badawi e.a., 1999). Klinische kenmerken van psychische aandoeningen zijn nauwelijks eerder geëvalueerd als determinanten van uitval, met uitzondering van psychiatrische comorbiditeit, dat wil zeggen het samengaan van meerdere psychische aandoeningen. Het aantal psychische aandoeningen was geassocieerd met enigerlei uitval (Lamers e.a., 2012), en met non-contact maar niet met weigering (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000). Eén studie onderzocht ook andere klinische kenmerken. Vroege leeftijd van ontstaan van de aandoening, duur en ernst van de aandoening, en psychiatrische problematiek bij eerstegraads familieleden waren geassocieerd met enigerlei uitval (Lamers e.a., 2012). Tenslotte kunnen aspecten van het onderzoek zelf ook een rol spelen bij uitval. Zo bleken attitude ten opzichte van het onderzoeksproces (Eaton e.a., 1992) en geen eerdere ervaring hebben met onderzoek (Lamers e.a., 2012) geassocieerd met weigering.

In dit hoofdstuk presenteren we kenmerken van uitvallers in de tweede meting van de studie. Uitval werd onderscheiden in de drie bovengenoemde typen. In de eerste meting bepaalde demografische kenmerken, psychopathologie (12-maands DSM-IV As I aandoeningen en antisociale persoonlijkheidsstoornis) en lichamelijke gezondheid werden bestudeerd als determinanten van uitval. Daarnaast werd bij de respondenten die een 12-maands psychische aandoening hadden bij de eerste meting, het verband tussen een aantal klinische kenmerken ervan en uitval bestudeerd. Die klinische kenmerken waren: aantal psychische aandoeningen, al of niet vroeg ontstaan zijn van de aandoening, en duur en ernst van de aandoening. Omdat de verwachting was dat de ervaring van de respondent met het voorgaande interview ook een rol kan spelen bij haar of zijn beslissing om te participeren in het vervol ginterview, werd deze factor ook bestudeerd.

Methode

Afhankelijke variabelen

De non-respons-analyse werd uitgevoerd door eerst de uitvallers op een aantal kenmerken te vergelijken met de respondenten, ongeacht wat de reden van de uitval was. Daarna werd gekeken of er verschillen waren naar type uitval. De afhankelijke variabelen waren uitval status (uitvaller, respondent [referentie-categorie]), en de drie genoemde typen van uitval (ook hier vormen de respondent die aan de studie bleven deelnemen de referentie-categorie).

Determinant van uitval

De volgende variabelen gemeten in de eerste meting werden meegenomen in de analyses als mogelijke determinanten van uitval in de tweede meting:

Demografie: Geslacht, leeftijd (5 categorieën), hoogst genoten opleiding (4 categorieën),

urbanisatiegraad van de woonplaats (ruraal; urbaan), woonsituatie (wonend met een vaste partner of niet), werksituatie (betaald werk of niet) en al of niet in Nederland geboren zijn.

Lichamelijke aandoeningen: De aanwezigheid in de 12 maanden voorafgaand aan het eerste interview van één of meer condities uit een checklist van 17 chronische lichamelijke aandoeningen waarvoor men in behandeling was (geweest) bij een arts of waarvoor men voorgeschreven medicijnen had gebruikt. Deze condities waren: aandoeningen aan de luchtwegen, cardiovasculaire aandoeningen, spijsverteringsproblemen, diabetes, schildklierafwijking, chronische rugpijn, artritis, migraine, aandoeningen aan het gezichtsvermogen of gehoor en overige chronische lichamelijke aandoeningen. Er is dus geen gebruik gemaakt van medische diagnoses gediagnosticeerd en geregistreerd door een arts. Vergelijkingen tussen zelfrapportages van chronische lichamelijke aandoeningen en medische registratiegegevens laten overigens over het algemeen een redelijk tot goede overeenkomst zien (National Center for Health Statistics 1994; Baker e.a. 2001; Knight e.a. 2001).

Psychische aandoeningen: De aanwezigheid van de volgende 12-maands aandoeningen op het eerste meetmoment: stemmingsstoornissen (depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornis), angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis), middelenstoornissen (alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid), ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) in de volwassenheid en antisociale persoonlijkheidsstoornis. ADHD werd in de eerste meting alleen vastgesteld bij respondenten van 18 tot en met 44 jaar, omdat oudere respondenten zich de symptomen uit de kindertijd en vroege adolescentie minder goed zouden kunnen herinneren (zie Kessler e.a., 2007b). Het hebben van ADHD in de kindertijd is namelijk een voorwaarde voor het hebben van ADHD in de volwassenheid.

Klinische kenmerken: Bij respondenten met een 12-maands psychische aandoening werden de volgende klinische kenmerken bestudeerd als determinanten van uitval: comorbiditeit (aantal 12-maands psychische aandoeningen), vroeg ontstaan van de psychische aandoening (<21 jaar; overeenkomstig Lamers e.a., 2012), duur en ernst van de psychische aandoening. In de CIDI werd naar de leeftijd van het ontstaan van de psychische aandoening gevraagd. In het geval van psychiatrische comorbiditeit werd de vroegste leeftijd van ontstaan van de psychische aandoeningen gekozen. De duur van de aandoening werd gedefinieerd als leeftijd op de eerste meting minus (vroegste) leeftijd van ontstaan van de psychische aandoening(en).

De ernst van de 12-maands aandoening is op een vergelijkbare wijze bepaald als in eerdere studies (Demyttenaere e.a., 2004; Medina-Mora e.a., 2005). Iemand heeft een ernstige psychische aandoening indien hij of zij aan één van de volgende criteria voldoet: bipolaire I stoornis; middelenafhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidssyndroom; suïcide poging ondernomen in de afgelopen 12 maanden; ernstige beperkingen in het functioneren op ten minste twee gebieden, vastgesteld met de Sheehan Disability schaal (Leon e.a., 1997). Deze schaal meet de last die mensen van hun psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden hebben ervaren in hun meest ernstige periode op vier gebieden: huishouden, werk, vrienden en sociale

contacten. Op elk gebied wordt de last die men van de aandoening had gescoord op een schaal van 0 tot en met 10: geen last (0), milde last (1-3), matige last (4-6), ernstige last (7-9) en zeer ernstige last (10). Iemand heeft een matige psychische aandoening indien hij of zij geen ernstige psychische aandoening heeft en aan ten minste één van de volgende criteria voldoet: middelenaafhankelijkheid zonder lichamelijke afhankelijkheidssyndroom; ten minste matige beperkingen in het functioneren op ten minste één gebied, vastgesteld met de Sheehan Disability schaal. Iemand heeft een lichte psychische aandoening indien hij of zij een aandoening heeft die niet aan bovenstaande criteria voldoet.

Ervaringen met het eerste interview: Dit betrof 3 verschillende aspecten: de evaluatie door de respondent van het eerste interview aan het eind van het gesprek (prettig; neutraal of onprettig), de duur van het eerste interview en het zijn geweest van een makkelijk of moeilijk te werven respondent gedurende het veldwerk van de eerste meting. Het veldwerk van die meting werd onderscheiden in drie fasen, waarbij respondenten uit de eerste fase de makkelijkst te werven respondenten waren en die uit de derde fase de moeilijkste (zie de Graaf e.a., 2010a).

Statistische analyses

Zogenaamde logistische regressie-analyses werden uitgevoerd om de associatie tussen bovengenoemde variabelen en enigerlei uitval van respondenten te onderzoeken. Bij de logistische regressie-analyse is de afhankelijke variabele dichotoom (dat wil zeggen dat deze slechts twee uitkomsten heeft, namelijk de waarde 0 en 1, hier respectievelijk respondent en uitvaller). Deze associaties worden uitgedrukt in odds ratio's (OR) en hun 95 procent betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). De odds ratio is een maat voor de kans dat een bepaalde groep (bijvoorbeeld vrouwen) meer of minder kans hebben op uitval dan de referentiegroep (mannen). In geval van significantie van de odds ratio bevat de bijbehorende 95 procent betrouwbaarheidsinterval niet de waarde 1.

Voor de onderscheiden drie typen van uitval werden gelijksoortige analyses uitgevoerd met multinomiale logistische regressie-analyse. Bij multinomiale logistische regressie-analyse heeft de afhankelijke variabele meer dan twee uitkomsten (bijvoorbeeld: 0, 1, 2 en 3; hier respectievelijk respondent, uitvaller door non-contact, uitvaller door weigering en uitvaller door onmogelijkheid om te participeren door lichamelijke of psychische redenen of overlijden. Zoals eerder aangegeven fungeerden in de analyses de daadwerkelijk geïnterviewde respondenten als de referentie-categorie. De associatiemaat die bij dit type analyse hoort is de 'Relative Risk' Ratio (RRR).

Omdat psychopathologie sterk samenhangt met demografische variabelen (Bijl e.a., 1998; Kessler e.a., 2005b; de Graaf e.a., 2012a), werden de analyses over het verband tussen psychopathologie en uitval constantgehouden voor demografie en enigerlei lichamelijke aandoening. De associaties werden berekend in een serie van modellen, met daarin opgenomen de aanwezigheid van een psychische aandoening (of hoofdgroep van psychische aandoeningen) en de demografische variabelen en enigerlei lichamelijke aandoening. In de analyses van de klinische kenmerken en van de ervaringen met het eerste interview werd daarnaast constantgehouden voor

de aanwezigheid van enigerlei stemmingsstoornis, enigerlei angststoornis, enigerlei middenstoornis, ADHD en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Om ook lineaire trends te kunnen toetsen ('p for trend'), werden potentiële determinanten in het model opgenomen als continue variabelen.

Resultaten

Respons

In totaal deden er 5.303 respondenten aan de tweede meting mee. Tabel 2 laat de resultaten zien van de respons. In de berekening van het responspercentage zijn de mensen die overleden zijn buiten beschouwing gelaten. De respons van de tweede meting was 80,4%, wat iets hoger was dan dat van NEMESIS-1 (79,4%; de Graaf e.a., 2000), en beduidend hoger dan de initiële respons, d.w.z. de respons bij de eerste meting, van NEMESIS-2 (65,1%; de Graaf e.a., 2010a). Hierbij kan nog worden opgemerkt dat de tweede meting van NEMESIS-1 één jaar na de eerste meting plaatsvond, terwijl dat in NEMESIS-2 na drie jaar was. Bij een langere duur tussen de meetmomenten kan een lagere respons worden verwacht, maar dat was dus niet het geval.

Tabel 2. De respons en non-respons van de tweede meting van NEMESIS-2

	N	%
Bruto aantal respondenten in de eerste meting	6.646	100,0
Overleden	50	0,8
Netto aantal respondenten in de eerste meting	6.596	100,0
Geïnterviewde respondenten tweede meting	5.303	80,4
Uitval in de tweede meting	1.293	19,6
Reden van uitval:		
<i>Non-contact</i>		
- Niet mogelijk om contact te leggen	109	1,7
- Verhuisd naar niet traceerbaar adres	155	2,4
- Verhuisd naar het buitenland	43	0,7
<i>Weigering</i>	941	14,3
<i>Niet in staat</i>		
- Wegens lichamelijke redenen	29	0,4
- Wegens psychische redenen	13	0,2
<i>Andere reden</i>		
- Fout in de uitvoering van het veldwerk	3	0,0

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven was het veldwerk van de tweede meting onderverdeeld in verschillende fasen. De respons in fase 1 was 75,8%, in fase 2 30,3%, en in fase 3 29,2%. Van de in totaal 5.303 respondenten uit de tweede meting werden er 5.011 geworven in fase 1, 257 in fase 2 en 35 in fase 3. Analyse van demografische verschillen tussen de makkelijker (in fase 1) en moeilijker (in fase 2 of 3) geworven respondenten laat zien dat hoe jonger de leeftijd en hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter de kans was op een fase 2 of 3 respondent. Bovendien hadden respondenten uit fase 2 of 3 vaker een niet-westerse achtergrond dan die uit fase 1. Er werden geen significante verschillen gevonden voor andere demografische variabelen (geslacht, woon-situatie, werksituatie, inkomen en urbanisatiegraad). Daarnaast bleek dat respondenten uit fase 2 of 3 vergeleken met respondenten uit fase 1 significant iets vaker een enigerlei 3-jaars aandoening hadden, gecontroleerd voor demografische variabelen (Tabel 3). Dat gold echter niet voor enigerlei 12-maands aandoening. Voor de hoofdgroepen van 3-jaars en 12-maands aandoeningen werden eveneens geen verschillen gezien.

Tabel 3. Vergelijking van de prevalentie van psychische aandoeningen bij respondenten die moeilijker (fase 2 of 3) en makkelijker (fase 1) te werven waren in de tweede meting, in Odds Ratio's (OR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI).

	Fase 2 of 3
	OR (95% BI) ^{a, b}
Enigerlei 3-jaars aandoening	1,37 (1,02 – 1,85)
Stemmingsstoornis	1,34 (0,91 – 1,98)
Angststoornis	1,39 (0,94 – 2,07)
Middelenstoornis	0,96 (0,54 – 1,69)
Enigerlei 12-maands aandoening	1,33 (0,96 – 1,86)
Stemmingsstoornis	1,44 (0,92 – 2,27)
Angststoornis	1,25 (0,81 – 1,95)
Middelenstoornis	0,99 (0,51 – 1,93)

^a De referentiecategorie bestaat uit de respondenten die in fase 1 werden geïnterviewd.

^b De resultaten zijn gecorrigeerd voor verschillen in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, partnerstatus, werkstatus en urbanisatiegraad.

Vet gedrukt: significante OR ($p < 0.05$).

Redenen van uitval

De redenen van uitval zijn in tabel 2 genoemd. Weigering was de meest voorkomende reden van non-respons ($n=941$); non-contact kwam minder vaak voor ($n=307$). Uitval door psychische of lichamelijke problemen of overlijden kwam het minst vaak voor ($n=92$).

Fouten bij de uitvoering van het veldwerk waren beperkt. Van één gesprek zijn de CIDI-data verloren gegaan bij verzending van de data van interviewer naar veldwerkbureau. Bij twee gesprekken bleek het niet om dezelfde persoon te gaan als

die bij de eerste meting was geïnterviewd. Deze drie gevallen zijn in 'enigerlei uitval' opgenomen, maar verder bij de afzonderlijke typen uitval buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4. Demografische kenmerken op de eerste meting van respondenten en uitvallers op de tweede meting van NEMESIS-2 (in %).

	Respon- denten	Uitvallers			
	n=5.303 %	Enigerlei uitval * n=1.343 %	Non- contact n=307 %	Weigering n=941 %	Niet in staat n=92 %
Geslacht					
Man	44,9	44,2	47,9	42,4	50,0
Vrouw	55,1	55,8	52,1	57,6	50,0
Leeftijd					
18-24	6,7	9,6	17,3	7,7	2,2
25-34	16,0	20,2	31,6	17,2	12,0
35-44	25,9	24,1	21,5	26,5	8,7
45-54	24,7	21,1	16,0	22,5	25,0
55-64	26,6	25,0	13,7	26,1	52,2
Opleiding					
Lager onderwijs	4,3	7,9	9,1	6,9	14,1
LBO, MAVO	26,2	32,6	26,7	34,0	39,1
MBO, HAVO, VWO	32,6	31,0	31,3	31,8	21,7
HBO, universiteit	37,0	28,4	32,9	27,3	25,0
Urbanisatiegraad					
Platteland	35,3	32,8	23,8	35,0	40,2
Stad	64,7	67,2	76,2	65,0	59,8
Woonsituatie					
Met partner	69,1	62,8	44,0	69,7	56,5
Zonder partner	30,9	37,2	56,0	30,3	43,5
Werksituatie					
Betaald werk	75,7	69,9	67,1	73,5	42,4
Geen betaald werk	24,3	30,1	32,9	26,5	57,6
Geboorteland					
Nederland	93,1	85,0	74,6	88,0	89,1
Elders	6,9	15,0	25,4	12,0	10,9
Enigerlei chronische lichamelijke aandoening					
Nee	64,0	64,5	73,4	63,7	42,2
Ja	36,0	35,5	26,6	36,3	57,8

* Inclusief 3 uitvallers door fouten in de uitvoering van het veldwerk.

Tabel 5. Gecorrigeerde* Odds Ratio's (OR) en 'Relative Risk' Ratio's (RRR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van enigerlei uitval en drie typen van uitval op de tweede meting van NEMESIS-2, naar demografische kenmerken en aanwezigheid van enigerlei chronische lichamelijke aandoening vastgesteld op de eerste meting.

			Enigerlei uitval		Non-contact		
	n	%	OR	95% BI	RRR	95% BI	
Geslacht							
Man	2.974	44,8	1		1		
Vrouw	3.672	55,3	0,96	0,85-1,09	0,81	0,63-1,04	
Leeftijd							
18-24	484	7,3	1		1		
25-34	1.122	16,9	0,98	0,76-1,28	1,06	0,71-1,59	
35-44	1.699	25,6	0,70	0,54-0,91	0,49	0,32-0,76	
45-54	1.592	24,0	0,62	0,47-0,80	0,38	0,24-0,59	
55-64	1.749	26,3	0,60	0,46-0,77	0,24	0,15-0,39	
p for trend			<0,001		<0,001		
Opleiding							
Lager onderwijs	332	5,0	1		1		
LBO, MAVO	1.826	27,5	0,73	0,56-0,96	0,65	0,39-1,08	
MBO, HAVO, VWO	2.145	32,3	0,51	0,39-0,67	0,45	0,27-0,74	
HBO, universiteit	2.343	35,3	0,43	0,33-0,57	0,46	0,28-0,76	
p for trend			<0,001		0,002		
Urbanisatiegraad							
Platteland	2.313	34,8	1		1		
Stad	4.333	65,2	1,03	0,90-1,18	1,34	1,00-1,79	
Woonsituatie							
Met partner	4.506	67,8	1		1		
Zonder partner	2.140	32,2	1,14	0,99-1,31	2,01	1,55-2,62	
Werksituatie							
Betaald werk	4.956	74,6	1		1		
Geen betaald werk	1.690	25,4	1,26	1,08-1,47	1,55	1,16-2,09	
Geboorteland							
Nederland	6.079	91,5	1		1		
Elders	567	8,5	2,27	1,87-2,76	3,94	2,91-5,34	
Enigerlei chronische lichamelijke aandoening							
Nee	4.168	64,1	1		1		
Ja	2.338	35,9	0,99	0,86-1,13	0,79	0,59-1,05	

	Weigering		Niet in staat	
	RRR	95% BI	RRR	95% BI
	1		1	
	1,06	0,92-1,23	0,65	0,42-1,01
	1		1	
	0,91	0,66-1,26	4,19	0,90-19,52
	0,80	0,58-1,09	1,76	0,36-8,62
	0,69	0,50-0,94	3,89	0,88-17,19
	0,70	0,51-0,96	4,47	1,04-19,28
	0,004		0,02	
	1		1	
	0,80	0,59-1,10	0,60	0,31-1,17
	0,56	0,41-0,78	0,34	0,16-0,72
	0,44	0,32-0,61	0,40	0,20-0,84
	<0,001		0,01	
	1		1	
	1,00	0,86-1,16	0,78	0,50-1,20
	1		1	
	0,91	0,77-1,07	1,64	1,05-2,56
	1		1	
	1,03	0,86-1,24	3,11	1,90-5,09
	1		1	
	1,87	1,48-2,36	1,46	0,71-3,01
	1		1	
	1,00	0,85-1,16	1,65	1,06-2,58

* Odds Ratio's en 'Relative Risk' Ratio's zijn gecontroleerd voor alle variabelen in de tabel.

Respondenten zijn de referentiegroep.

Vet gedrukt: significante OR, RRR of 'p for trend' ($p < 0,05$).

Determinanten van enigerlei uitval

Tabel 4 (1^e-3^e kolom) laat een aantal demografische kenmerken zien van respondenten en uitvallers. Op basis van de gegevens uit deze tabel is tabel 5 gemaakt; deze laat de associaties zien tussen deze demografische variabelen en enigerlei uitval van respondenten. Uit de tabel kan worden geconcludeerd dat enigerlei uitval significant vaker voorkomt naarmate men jonger is, een lager opleidingsniveau heeft, geen betaald werk heeft en niet in Nederland geboren is. Niet met een vaste partner wonen hing bijna significant samen met uitval ($p=0,06$). Geen verschil werd gevonden voor sekse, urbanisatiegraad van de woonplaats, en het al of niet hebben van een lichamelijke aandoening.

Tabel 6. Gecorrigeerde* Odds Ratio's (OR) en 'Relative Risk' Ratio's (RRR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van enigerlei uitval en drie typen van uitval op de tweede meting van NEMESIS-2, naar 12-maands psychopathologie vastgesteld op de eerste meting.

			Enigerlei uitval		Non-contact		
	n	%	OR	95% BI	RRR	95% BI	
Enigerlei stemmingsstoornis	410	6,2	0,81	0,62-1,05	0,81	0,50-1,31	
Depressieve stoornis	361	5,4	0,81	0,61-1,07	0,91	0,55-1,50	
Dysthymie	61	0,9	0,55	0,26-1,16	0,28	0,04-2,08	
Bipolaire stoornis	45	0,7	0,91	0,45-1,85	0,46	0,10-2,00	
Enigerlei angststoornis	677	10,2	0,91	0,74-1,12	0,89	0,60-1,32	
Paniekstoornis	84	1,3	1,29	0,77-2,15	1,53	0,62-3,75	
Agorafobie zonder paniekstoornis	28	0,4	1,10	0,43-2,77	0,80	0,10-6,17	
Sociale fobie	236	3,6	0,82	0,58-1,17	0,91	0,49-1,69	
Specifieke fobie	348	5,2	0,96	0,73-1,26	0,68	0,37-1,25	
Gegeneraliseerde angststoornis	118	1,8	0,89	0,56-1,42	1,03	0,46-2,31	
Enigerlei middelenstoornis	300	4,5	1,04	0,78-1,39	1,10	0,69-1,77	
Alcoholmisbruik	190	2,9	1,08	0,75-1,55	1,10	0,61-1,98	
Alcoholafhankelijkheid	36	0,5	0,94	0,42-2,10	1,05	0,31-3,61	
Drugsmisbruik	50	0,8	0,88	0,45-1,74	0,54	0,13-2,30	
Drugsafhankelijkheid	40	0,6	0,95	0,45-1,98	1,88	0,77-4,59	
ADHD ^a	55	0,8	1,26	0,69-2,31	1,75	0,75-4,09	
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	157	2,4	0,74	0,49-1,13	1,35	0,74-2,44	
Enigerlei stoornis ^b	1.135	17,1	0,90	0,76-1,06	0,91	0,66-1,24	

* Odds Ratio's en 'Relative Risk' Ratio's zijn gecontroleerd voor alle variabelen uit tabel 5 (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, urbanisatiegraad, partnerstatus, werkstatus, geboorteland en aanwezigheid van enigerlei chronische somatische aandoening).

--- De OR kon niet worden berekend omdat in deze uitval-groep de prevalentie van deze aandoening bijna nul was.

Tabel 6 (1^e-5^e kolom) laat de associaties zien tussen de 12-maands aandoeningen op de eerste meting en uitval van respondenten op de tweede meting. De OR's zijn constant gehouden voor alle demografische variabelen uit tabel 5.

Het hebben van enigerlei psychische aandoening hing niet met uitval samen. De OR was zelfs iets lager dan 1 (0,90), wat betekent dat mensen met een psychische aandoening op het eerste meetmoment iets vaker - maar dus niet significant vaker - meededen aan de tweede meting dan mensen zonder een psychische aandoening. Ook de categorieën van aandoeningen hingen niet met uitval samen; en dit gold ook voor de afzonderlijke aandoeningen. Paniekstoornis had de hoogste kans op uitval en dysthymie de laagste, maar in beide gevallen dus niet significant.

	Weigering		Niet in staat	
	RRR	95% BI	RRR	95% BI
	0,80	0,59-1,10	0,91	0,41-2,04
	0,77	0,55-1,09	0,88	0,37-2,09
	0,52	0,21-1,32	1,68	0,39-7,27
	1,13	0,51-2,50	1,17	0,15-9,02
	0,92	0,73-1,17	0,93	0,47-1,84
	1,18	0,64-2,18	1,53	0,36-6,54
	1,09	0,37-3,22	1,81	0,22-14,65
	0,73	0,48-1,12	1,46	0,57-3,74
	1,07	0,79-1,45	0,86	0,34-2,18
	0,97	0,57-1,65	---	---
	0,99	0,70-1,41	1,25	0,48-3,21
	1,12	0,73-1,72	0,53	0,07-3,93
	0,80	0,28-2,31	1,48	0,19-11,74
	1,03	0,48-2,23	0,92	0,12-7,04
	0,16	0,02-1,22	2,79	0,62-12,47
	0,91	0,40-2,08	3,43	0,74-15,94
	0,54	0,30-0,97	0,37	0,05-2,71
	0,90	0,74-1,10	0,90	0,51-1,60

Vet gedrukt: significante OR of RRR ($p < 0,05$).

^a ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^b Voor 'Enigerlei stoornis' is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Tabel 7. Gecorrigeerde* Odds Ratio's (OR) en 'Relative Risk' Ratio's (RRR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van enigerlei uitval en drie typen van uitval op de tweede meting van NEMESIS-2, naar klinische kenmerken van de aandoening vastgesteld op de eerste meting, bij respondenten met een 12-maands aandoening (N=1.135).

			Enigerlei uitval		Non-contact		
	n	%	OR	95% BI	RRR	95% BI	
Aantal psychiatrische aandoeningen							
1	761	67,1	1		1		
2	213	18,8	0,92	0,57-1,49	1,54	0,70-3,42	
≥3	161	14,2	1,01	0,50-2,05	1,02	0,29-3,61	
<i>p</i> for trend			0,45		0,85		
Vroeg of later ontstaan van de aandoening							
<21 jaar	352	31,0	0,94	0,64-1,38	0,88	0,42-1,83	
≥21 jaar	783	69,0	1		1		
Duur van de aandoening (in jaren)	1.135	100,0	1,00	0,99-1,01	0,98	0,95-1,01	
Ernst							
Mild	420	37,0	1		1		
Matig	371	32,7	0,88	0,60-1,30	1,23	0,61-2,46	
Ernstig	344	30,3	1,22	0,78-1,91	1,04	0,44-2,47	
<i>p</i> for trend			0,43		0,91		

* Odds Ratio's en 'Relative Risk' Ratio's zijn gecontroleerd voor alle variabelen uit tabel 5 (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, urbanisatiegraad, partnerstatus, werkstatus, geboorteland, aanwezigheid van enigerlei chronische somatische aandoening), en enigerlei stemmingsstoornis, enigerlei angststoornis, enigerlei middelenstoornis, ADHD in de volwassenheid, en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 7 (1^e-5^e kolom) laat bij de 1.135 mensen met een 12-maands psychische aandoening op het eerste meetmoment zien in hoeverre klinische kenmerken van de aandoening samenhangen met uitval, te weten: aantal psychische aandoeningen, een vroeg of laat ontstaan zijn van de aandoening, duur en ernst van de aandoening. Al deze aspecten bleken niet met enigerlei uitval samen te hangen. De OR's zijn hier constant gehouden voor de eerder genoemde demografische variabelen en tevens voor de aanwezigheid van enigerlei stemmingsstoornis, enigerlei angststoornis, enigerlei middelenstoornis, ADHD in de volwassenheid en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

	Weigering		Niet in staat	
	RRR	95% BI	RRR	95% BI
	1		1	
	0,83	0,46-1,49	0,07	0,00-1,04
	1,15	0,50-2,63	0,10	0,00-2,76
	0,34		0,93	
	1,06	0,68-1,66	0,45	0,13-1,55
	1		1	
	1,00	0,99-1,02	0,98	0,94-1,02
	1		1	
	0,75	0,47-1,19	0,73	0,18-2,99
	1,29	0,78-2,16	1,05	0,24-4,65
	0,40		0,96	

Tabel 8 (1^e-5^e kolom) gaat tenslotte in op de ervaring van de respondent met het eerste interview als determinant van enigerlei uitval. Een neutrale of negatieve ervaring vergeleken met een positieve ervaring met het eerste gesprek voorspelde uitval: mensen met een neutrale of negatieve ervaring hadden 47% meer kans om uit te vallen dan mensen met een positieve ervaring. Bij een kortere duur van het eerste gesprek was de kans op uitval ook groter. Als men bij de eerste meting geworven was in de derde fase, wat de fase was met de moeilijkst te werven respondenten, kwam uitval vaker voor vergeleken met respondenten die in de eerste fase konden worden geworven.

Tabel 8. Gecorrigeerde* Odds Ratio's (OR) en 'Relative Risk' Ratio's (RRR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van enigerlei uitval en drie typen van uitval op de tweede meting van NEMESIS-2, naar ervaringen van de respondent met het eerste interview.

			Enigerlei uitval		Non-contact		
	n	%	OR	95% BI	RRR	95% BI	
Evaluatie eerste interview							
Neutraal/onprettig	2.129	32,1	1,47	1,29-1,68	1,29	1,00-1,68	
Prettig	4.496	67,9	1		1		
Duur eerste interview							
< 90 minuten	3.098	47,0	1		1		
90-119 minuten	2.166	32,8	0,80	0,70-0,93	0,84	0,64-1,11	
≥ 120 minuten	1.333	20,2	0,70	0,58-0,84	0,48	0,32-0,72	
<i>p</i> for trend			< 0,001		< 0,001		
Contact fase eerste meting							
Fase 1	5.035	75,8	1		1		
Fase 2	1.294	19,5	1,10	0,94-1,28	0,81	0,59-1,13	
Fase 3	317	4,8	1,76	1,26-2,46	2,21	1,26-3,86	

* Odds Ratio's en 'Relative Risk' Ratio's zijn gecontroleerd voor alle variabelen uit tabel 5 (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, urbanisatiegraad, partnerstatus, werkstatus, geboorteland, aanwezigheid van enigerlei chronische somatische aandoening), en enigerlei stemmingsstoornis, enigerlei angststoornis, enigerlei middelenstoornis, ADHD in de volwassenheid, en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Vet gedrukt: significante OR, RRR of 'p for trend' ($p < 0,05$).

Determinanten van verschillende typen uitval

Tabel 4 laat ook naar type uitval een aantal demografische kenmerken zien die tussen respondenten en uitvallers kunnen verschillen. Op basis van de gegevens uit deze tabel laat tabel 5 de associaties zien tussen deze demografische variabelen en de onderscheiden typen uitval. Uit die tabel blijkt dat uitval door non-contact significant vaker voorkomt naarmate men jonger is, een lager opleidingsniveau heeft, de woonplaats een hogere urbanisatiegraad heeft, men niet met een vaste partner woont, geen betaald werk heeft en niet in Nederland geboren is. Weigering kwam vaker voor naarmate men jonger is, een lager opleidingsniveau heeft, en niet in Nederland geboren is. Onmogelijkheid om te participeren door lichamelijke of psychische redenen of overlijden, was geassocieerd met een hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau, niet met een vaste partner wonen, geen betaald werk hebben en een lichamelijke aandoening hebben.

Tabel 6 laat de associaties zien tussen de 12-maands psychische aandoeningen op de eerste meting en de typen uitval op de tweede meting. Noch enigerlei psychische aandoening, noch een categorie van aandoeningen, noch een afzonderlijke aandoening was met non-contact geassocieerd. Dit gold eveneens voor weigering,

	Weigering		Niet in staat	
	RRR	95% BI	RRR	95% BI
	1,58	1,36-1,83	1,03	0,65-1,62
	1		1	
	1		1	
	0,79	0,67-0,93	0,87	0,53-1,44
	0,76	0,61-0,93	0,87	0,49-1,57
	< 0,001		0,79	
	1		1	
	1,20	1,01-1,43	1,01	0,59-1,71
	1,68	1,13-2,48	1,11	0,26-4,64

en voor onmogelijkheid om te participeren door lichamelijke of psychische redenen of overlijden. De enige uitzondering was dat antisociale persoonlijkheid geassocieerd was met weigering, en opvallenderwijs hing deze aandoening samen met een lagere kans hierop.

Tabel 7 gaat bij mensen met een 12-maands psychische aandoening op het eerste meetmoment in op de vraag of een aantal klinische kenmerken van de aandoening de verschillende typen uitval verklaren. Voor geen van de variabelen bleek dat het geval.

Tabel 8 laat tenslotte zien of de ervaring van de respondent met het eerste interview verschillende typen uitval voorspellen. Een neutrale of negatieve ervaring met het eerste gesprek vergeleken met een positieve ervaring daarvan was geassocieerd met non-contact en weigering. Een kortere duur van het interview was eveneens geassocieerd met non-contact en weigering. Als men bij de eerste meting geworven was in de derde fase kwam uitval door non-contact en weigering vaker voor vergeleken met respondenten die in de eerste fase konden worden geworven. Weigering kwam ook wat vaker voor als men in de tweede fase geworven was. Onmogelijkheid om te participeren door lichamelijke of psychische redenen of overlijden, was niet geassocieerd met deze variabelen.

In hoofdstuk 5 worden de gevonden resultaten bediscussieerd.

4. Incidentie van psychische aandoeningen

Inleiding

In het afgelopen decennium is wereldwijd het aantal cross-sectionele psychiatrisch-epidemiologische studies onder de algemene bevolking behoorlijk toegenomen. Cross-sectioneel wil zeggen dat de studie slechts één meting bevat; deelnemers worden dus niet in de tijd gevolgd. Vooral door het WHO World Mental Health Survey (WMHS) Initiative, zijn het vóórkomen (de prevalentie) van psychische aandoeningen en de determinanten ervan in veel westerse en niet-westerse landen onderzocht (Kessler & Üstün, 2008). Echter, het aantal uitgevoerde studies met meerdere meetmomenten, waarmee incidentie - dus het ontstaan - van psychische aandoeningen kan worden bepaald, is wereldwijd klein. De belangrijkste reden hiervoor is dat longitudinale studies - studies met meerdere meetmomenten - complexer zijn dan cross-sectionele studies, en dat er steekproeven van voldoende grootte voor nodig zijn vanwege de over het algemeen lage incidentie-percentages. Daardoor kosten longitudinale studies beduidend meer dan cross-sectionele (Lehtinen e.a., 2005; Grant e.a., 2009). Studies waarin incidenties van psychische aandoeningen worden bepaald zijn van belang om de risicofactoren ervan te kunnen identificeren (Anthony & Petronis, 1991). Kennis van deze determinanten helpt bij het ontwikkelen en verbeteren van preventie-activiteiten (de Graaf e.a., 2002; Grant e.a., 2009), en is relevant voor het beleid op het gebied van de volksgezondheid. Prevalentie-gegevens zijn minder geschikt om risicofactoren van psychische aandoeningen te onderzoeken, omdat deze zowel nieuwe als chronische aandoeningen omvatten (de Graaf e.a., 2002; Chou e.a., 2011).

Wereldwijde belangrijke incidentie-studies zijn de 'Lundby Study' in Zweden (Rorsman e.a., 1990) en de 'Stirling County Study' in Canada (Murphy e.a., 1988). Deze studies hadden een lange duur tussen de meetmomenten. Ze werden echter een lange tijd geleden uitgevoerd en zijn gebaseerd op pre en vroegere DSM-classificaties. Meer recente incidentie-studies zijn de 'Epidemiologic Catchment Area' (ECA) studie in de Verenigde Staten (Eaton e.a., 1989), de 'Outcomes of Depression International Network' (ODIN) studie in Finland (Lehtinen e.a., 2005), de 'National Comorbidity Survey-2' (NCS-2) (Swendsen e.a., 2010), de 'National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions' (NESARC) (Grant e.a., 2009) - beide laatste studies uitgevoerd in de Verenigde Staten -, en natuurlijk NEMESIS-1 (Bijl e.a., 2002; de Graaf e.a., 2002). Deze recentere studies hadden beduidend kortere follow-up perioden (1 tot 3 jaar) dan de oudere studies, met uitzondering van de studie NCS-2 waar deze periode 11 jaar was.

De incidentie van depressieve stoornis varieerde in de meer recente bovengenoemde studies van 1,51 tot 2,72 gevallen per 100 persoonsjaren waarin men risico loopt op de aandoening (Eaton e.a., 1989; Bijl e.a., 2002; Lehtinen e.a., 2005; Grant e.a., 2009). De oudere studies lieten echter beduidend lagere incidentie-cijfers zien (Murphy e.a., 1988; Rorsman e.a., 1990), wat kan betekenen dat er een toename is

geweest in depressieve stoornis, maar methodologische verschillen tussen de oudere en nieuwere studies kunnen ook aan deze verschillen ten grondslag liggen. De incidenties van angststoornissen zijn vooral in de meer recente incidentie-studies bepaald. Voor paniekstoornis werden incidentie-cijfers gezien die variëren van 0,56 tot 0,78 gevallen per 100 persoonsjaren (Eaton e.a., 1989; Bijl e.a., 2002; Grant e.a., 2009). Die voor sociale fobie variëren van 0,32 tot 0,94 gevallen per 100 persoonsjaren (Wells e.a., 1994; Bijl e.a., 2002; Grant e.a., 2009). Ook de incidenties van middelenstoornissen zijn vooral in de meer recente incidentie-studies onderzocht. Zo werden voor alcoholmisbruik incidenties gezien variërend van 1,03 tot 2,38 gevallen per 100 persoonsjaren (Bijl e.a., 2002; Grant e.a., 2009).

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken over het ontstaan van nieuwe psychische aandoeningen, die in het leven dus niet eerder voorkwamen. Dit wordt gedaan op basis van de verzamelde gegevens uit de tweede en eerste meting van NEMESIS-2. We rapporteren de incidentie die plaatsvond tussen beide meetmomenten (3-jaars incidentie, uitgedrukt in percentage) en tevens de incidentie per 100 persoonsjaren waarin men risico liep op een aandoening. Dit wordt gedaan voor een brede range aan DSM-IV stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen, en voor de hoofdgroepen van deze aandoeningen. Daarna wordt ingegaan op de determinanten van incidentie van hoofdgroepen van aandoeningen (stemmingsstoornis, angststoornis en middelenstoornis). Deze determinanten zijn onderverdeeld in demografische kenmerken, lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid en zijn bij de eerste meting, dus voorafgaand aan het ontstaan van de aandoening, gemeten. Ook worden negatieve veranderingen in demografische variabelen en in lichamelijke gezondheid tussen de beide meetmomenten bestudeerd als determinant van incidentie van aandoeningen. Deze veranderingen - zoals niet langer met een vaste partner woonachtig zijn, niet langer betaald werk hebben, daling in inkomen - zijn mogelijk belangrijke determinanten van incidentie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een studie op basis van de gegevens van het eerste NEMESIS-onderzoek waarbij echtscheiding duidelijk geassocieerd was met het latere ontstaan van alcoholmisbruik, dysthymie en sociale fobie (Overbeek e.a., 2006).

Methode

Psychische aandoeningen

Van de volgende afzonderlijke en hoofdgroepen van psychische aandoeningen die op beide meetmomenten werden gemeten met de CIDI werd de incidentie bepaald: stemmingsstoornis (depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornis); angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis); en middelenstoornis (alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid).

Bepaling van de incidentie

Personen met nieuw ontstane afzonderlijke aandoeningen werden gedefinieerd als

personen bij wie zich tussen de eerste en tweede meting voor het eerst in hun hele leven de betreffende aandoening ontwikkelde, van degenen die op de eerste meting nooit eerder in hun leven deze aandoening hadden gehad (dat is de zogenaamde 'population at risk'). Cases met nieuw ontstane hoofdgroepen van aandoeningen werden gedefinieerd als personen bij wie zich tussen de eerste en tweede meting voor het eerst in hun hele leven een aandoening uit de betreffende hoofdgroep (stemmings-, angst- of middelenstoornis) ontwikkelde, van degenen die op de eerste meting nooit eerder in hun leven een afzonderlijke aandoening uit deze hoofdgroep hadden gehad.

De incidentie van psychische aandoeningen werd bepaald met behulp van de prevalentie-data die waren verzameld in beide metingen.

Zowel de 3-jaars incidentie uitgedrukt in percentage, als de incidentie per 100 persoonsjaren waarin men risico liep op een nieuwe aandoening, werden berekend. Over het moment waarop een aandoening ontstaat kan verondersteld worden dat deze gemiddeld halverwege tussen de twee interviews ligt (Eaton e.a., 1989; Grant e.a., 2009). Daarom wordt bij een incidente case het aantal persoonsjaren dat men risico loopt op een aandoening, berekend als de helft van de tijd tussen de twee interviews.

Determinanten van incidente aandoeningen

Demografie: Deze gegevens werden verzameld tijdens de eerste meting en waren: geslacht, leeftijd (3 categorieën), hoogst genoten opleiding (4 categorieën), urbanisatiegraad van de woonplaats (ruraal; urbaan), woonsituatie (wonend met een vaste partner of niet), werksituatie (betaald werk of niet) en huishoudinkomen (3 categorieën).

Lichamelijke gezondheid: De aanwezigheid van één of meer condities uit een checklist van 17 chronische lichamelijke aandoeningen waarvoor men in behandeling was (geweest) bij een arts of waarvoor men voorgeschreven medicijnen had gebruikt in de 12 maanden voorafgaand aan het eerste interview. Deze condities waren: aandoeningen aan de luchtwegen, cardiovasculaire aandoeningen, spijsverteringsproblemen, diabetes, schildklierafwijking, chronische rugpijn, artritis, migraine, aandoeningen aan het gezichtsvermogen of gehoor en overige chronische lichamelijke aandoeningen. Er is dus geen gebruik gemaakt van medische diagnoses gediagnosticeerd en geregistreerd door een arts. Vergelijkingen tussen zelfrapportages van chronische lichamelijke aandoeningen en medische registratiegegevens laten echter over het algemeen een redelijk tot goede overeenkomst zien (National Center for Health Statistics 1994; Baker e.a. 2001; Knight e.a. 2001).

Negatieve veranderingen in demografische variabelen en lichamelijke gezondheid: Op het tweede meetmoment werden opnieuw woonsituatie, werksituatie en lichamelijke gezondheid nagevraagd. Voor deze variabelen werden de volgende negatieve veranderingen op het tweede meetmoment ten opzichte van het eerste meetmoment bepaald: niet meer met de vaste partner wonen (door scheiding of sterfte) bij degenen die dat wel deden op het eerste meetmoment; geen betaald werk meer hebben bij degenen die dat wel hadden op het eerste meetmoment; en het voor het eerst

ontstaan zijn van enigerlei chronische lichamelijke aandoening in de periode tussen beide meetmomenten bij degenen die geen chronische lichamelijke aandoening in het jaar voorafgaand aan het eerste meetmoment hadden. Tevens werd aan de respondenten op het tweede meetmoment gevraagd of het inkomen van de respondent zelf of dat van de partner veranderd was sinds het voorgaande interview. Hierbij kon men uit vijf antwoordmogelijkheden kiezen, variërend van “sterk gestegen” tot “sterk gedaald”. Als één van deze inkomens volgens de respondent “sterk gedaald” was, was de waarde van de variabele inkomensdaling 1, en anders 0.

Psychische gezondheid: De aanwezigheid op het eerste meetmoment van een 12-maands aandoening uit de hoofdgroepen stemmingsstoornis, angststoornis en middelenstoornis, en van ADHD in de volwassenheid en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Zoals in het vorige hoofdstuk werd aangegeven werd ADHD alleen vastgesteld bij respondenten van 18 tot en met 44 jaar omdat oudere respondenten zich de symptomen uit de kindertijd en vroege adolescentie minder goed zouden kunnen herinneren (zie Kessler e.a., 2007b).

Statistische analyses

3-Jaars incidentie als percentage van de personen die risico hebben gelopen op de betreffende aandoening, en incidentie per 100 persoonsjaren waarin men risico liep, werden berekend voor de afzonderlijke aandoeningen en voor de hoofdgroepen van aandoeningen.

Zogenaamde Poisson regressie analyses werden uitgevoerd om de associatie te bepalen tussen determinanten en incidentie van een hoofdgroep van aandoeningen, uitgedrukt als zogenaamde ‘Incidence Rate Ratio’ (IRR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI). Poisson regressie houdt rekening met het feit dat de periode tussen de beide interviews niet precies even lang is bij de verschillende respondenten, wat betekent dat individuen een verschillende duur hebben van de periode waarin zij risico lopen om een nieuwe aandoening te ontwikkelen. Deze analyses werden constant gehouden voor sekse en leeftijd. Om ook lineaire trends te toetsen (‘p for trend’), werden potentiële determinanten in het model opgenomen als continue variabelen.

Om te bestuderen of de determinanten van incidentie verschillen tussen vrouwen en mannen, werden analyses uitgevoerd waarbij de interactie tussen sekse en de andere determinanten van incidentie werd bestudeerd. Vanwege het grote aantal uitgevoerde analyses werd hier een wat strengere significantie-waarde gebruikt van $p < 0,001$, om de kans op significante uitkomsten door toeval te beperken.

Determinanten van het ontstaan van psychische aandoeningen werden alleen bestudeerd voor de hoofdgroepen stemmingsstoornis, angststoornis en middelenstoornis, omdat de aantallen van veel incidentie afzonderlijke aandoeningen te klein waren.

Alle analyses werden uitgevoerd met het statistische pakket STATA versie 11.1, waarbij de data werden gewogen zoals beschreven is in de paragraaf ‘Respons en weging’ van Hoofdstuk 2.

Resultaten

Incidentie-cijfers

Tabel 9 laat voor elke afzonderlijke aandoening en hoofdgroep van aandoeningen het totaal aantal personen in de steekproef zien dat op de eerste meting de betreffende aandoening niet heeft en dus risico loopt op de aandoening tussen de eerste en de tweede meting. Daarnaast geeft de tabel het aantal personen met een 3-jaars incidente aandoening en het totaal aantal persoonsjaren waar men risico loopt op de aandoening. Hieruit werden de 3-jaars incidentie berekend uitgedrukt in percentage, en de incidentie in aantal gevallen per 100 persoonsjaren. Deze incidentiegegevens zijn gewogen, wat betekent dat ze geldig zijn voor de Nederlandse bevolking.

De incidentie van enigerlei aandoening, dat betrekking heeft op de respondenten die tenminste één nieuwe stoornis ontwikkelden tussen de eerste en tweede meting maar die nooit enigerlei aandoening voor die tijd hadden gehad, was 8,86% of 3,09 per 100 persoonsjaren.

De incidentie was het hoogst voor de hoofdgroep angststoornis (1,69 per 100 persoonsjaren) en stemmingsstoornis (1,65), gevolgd door middelenstoornis (0,97). De meest voorkomende incidente afzonderlijke aandoeningen waren depressieve stoornis (1,58), specifieke fobie (0,79), alcoholmisbruik (0,73), gegeneraliseerde angststoornis (0,64) en paniekstoornis (0,53). De minst voorkomende incidente afzonderlijke aandoeningen waren drugsafhankelijkheid (0,09), agorafobie (0,11), bipolaire stoornis (0,13) en alcoholafhankelijkheid (0,15).

Aantallen Nederlanders met een nieuw ontstane aandoening per jaar

Op basis van de incidentie per 100 persoonsjaren zijn de absolute aantallen Nederlanders berekend die in het afgelopen jaar een nieuwe aandoening hebben gekregen (Tabel 10). Hierbij wordt uitgegaan van 10.557.188 personen van 19 tot en met 65 jaar wonend in Nederland per 1-1-2012. De cijfers hebben betrekking op 19-65-jarigen omdat de incidentie na een jaar bekeken wordt, waarbij de oorspronkelijke steekproef van 18-64-jarigen dus ook een jaar ouder is geworden. De tabel laat zien dat een substantieel aantal mensen in de algemene volwassen bevolking een nieuw ontstane psychische aandoening heeft gekregen. Voor enigerlei incidente aandoening geldt dat 191.400 mensen deze hebben gekregen in een afgelopen jaar. Een incidente depressieve stoornis kwam bij 135.600 volwassenen voor. Voor sociale fobie is dat 39.500, voor specifieke fobie 75.700, voor paniekstoornis 53.500, voor alcoholmisbruik 66.000, voor alcoholafhankelijkheid 15.300, voor drugsmisbruik 21.700 en voor drugsafhankelijkheid 9.300.

Tabel 9. Drie-jaars incidentie in percentage en incidentie per 100 persoonsjaren van DSM-IV stemmings-, angst- en middelenstoornissen

	Aantal respondenten dat risico loopt op de aandoening	Aantal 3-jaars incidente cases	Aantal persoonsjaren waarin risico gelopen is op de aandoening
	(ongewogen) n	(ongewogen) n	(ongewogen) n
Enigerlei stemmingsstoornis	4.162	188	12.270,0
Depressieve stoornis	4.172	188	12.310,7
Dysthymie	5.184	21	15.617,2
Bipolaire stoornis	5.242	17	15.800,2
Enigerlei angststoornis	4.181	186	12.329,5
Paniekstoornis	5.095	69	15.273,4
Agorafobie zonder paniekstoornis	5.242	14	15.805,6
Sociale fobie	4.796	53	14.396,1
Specifieke fobie	4.862	105	14.517,1
Gegeneraliseerde angststoornis	4.941	86	14.785,7
Enigerlei middelenstoornis	4.396	100	13.111,9
Alcoholmisbruik	4.550	73	13.622,7
Alcoholafhankelijkheid	5.214	27	15.700,9
Drugsmisbruik	5.065	21	15.252,7
Cannabismisbruik	5.173	8	15.603,5
Drugsafhankelijkheid	5.221	10	15.748,4
Cannabisafhankelijkheid	5.267	9	15.888,9
Enigerlei As-I stoornis	3.107	243	8.996,1

Determinanten van incidentie

Zoals eerder genoemd werden determinanten van het ontstaan van psychische aandoeningen alleen bestudeerd bij de hoofdgroepen van aandoeningen.

Het risico op incidente stimmingsstoornis was groter bij vrouwen en jongere leeftijdscohorten (Tabel 11). Hoe lager het opleidingsniveau en hoe lager het huishoudinkomen, des te groter de kans op incidente stemmingsstoornis (de 'p for trend'-testen waren significant). Urbanisatiegraad van de woonplaats, het al of niet met een partner wonen en het al of niet hebben van betaald werk waren hiermee niet geassocieerd. Alle drie negatieve veranderingen in demografische variabelen tussen het eerste en tweede meetmoment waren geassocieerd met incidente stemmingsstoornis; namelijk niet langer met een vaste partner wonen, niet langer een betaalde baan hebben en daling in inkomen. Psychopathologie op het eerste meetmoment was eveneens geassocieerd met incidente stemmingsstoornis: zowel 12-maands angststoornis als middelenstoornis hingen hiermee samen. Noch de aanwezigheid van enigerlei

	3-jaars incidentie		Incidentie per 100 persoonsjaren	
	(gewogen) %	(95% BI)	(gewogen) %	(95% BI)
	4,83	(4,01-5,80)	1,65	(1,42-1,88)
	4,62	(3,86-5,52)	1,58	(1,36-1,80)
	0,59	(0,30-1,15)	0,20	(0,13-0,27)
	0,41	(0,20-0,62)	0,13	(0,08-0,19)
	4,95	(4,11-5,96)	1,69	(1,46-1,92)
	1,57	(1,12-2,19)	0,53	(0,41-0,64)
	0,33	(0,16-0,66)	0,11	(0,06-0,16)
	1,21	(0,82-1,78)	0,41	(0,30-0,51)
	2,34	(1,84-2,97)	0,79	(0,65-0,94)
	1,89	(1,45-2,46)	0,64	(0,51-0,77)
	2,88	(2,18-3,78)	0,97	(0,80-1,14)
	2,16	(1,54-3,02)	0,73	(0,58-0,88)
	0,44	(0,28-0,70)	0,15	(0,09-0,21)
	0,64	(0,36-1,13)	0,21	(0,14-0,29)
	0,35	(0,14-0,87)	0,12	(0,06-0,17)
	0,28	(0,13-0,58)	0,09	(0,04-0,14)
	0,26	(0,12-0,58)	0,09	(0,04-0,14)
	8,86	(7,45-10,51)	3,09	(2,73-3,46)

lichamelijke aandoening op het eerste meetmoment, noch het nieuw ontstaan ervan tussen beide meetmomenten, voorspelden incidente stemmingsstoornis.

Het risico op incidente angststoornis was eveneens groter bij vrouwen en jongere leeftijdscohorten, maar voor opleidingsniveau werden geen significante verschillen gevonden. Het al of niet met een vaste partner wonen was niet geassocieerd met incidente angststoornis, maar niet langer met een vaste partner wonen wel. Werkstatus was niet geassocieerd met incidente angststoornis, en dat gold eveneens voor niet langer werkzaam zijn op de tweede meting. Laag inkomensniveau op het eerste meetmoment was niet geassocieerd hiermee, maar daling in inkomen tussen beide meetmomenten verhoogde dit risico wel. Van de psychische aandoeningen op het eerste meetmoment waren stemmingsstoornis en middelenstoornis duidelijke determinanten van incidente angststoornis. De aanwezigheid van enigerlei lichamelijke aandoening op het eerste meetmoment voorspelde incidente angststoornis, en dit was

nog sterker het geval voor het ontstaan van enigerlei lichamelijke aandoening tussen beide meetmomenten.

Mannen en jongere leeftijdscohorten hadden een substantieel grotere kans op het ontwikkelen van een middelenstoornis. Hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter de kans op incidentie middenstoornis. De laagste inkomenscategorie vergeleken met de hoogste inkomenscategorie, had een grotere kans op deze aandoening; maar daling in inkomen voorspelde dit niet. Niet met een vaste partner wonen en niet langer met een vaste partner wonen waren eveneens geassocieerd. Van de voorgaande psychopathologie voorspelde alleen ADHD in de volwassenheid het ontstaan van middenstoornis. De aanwezigheid op het eerste meetmoment van enigerlei lichamelijke aandoening en het ontstaan ervan tussen het eerste en tweede meetmoment voorspelden incidentie middenstoornis niet.

Sekse-verschillen in determinanten van incidentie

Sekseverschillen in de determinanten van incidentie werden onderzocht in een tweede serie van modellen, die gecontroleerd werden voor leeftijd. Slechts één verschil bleek significant ($p < 0,001$) te zijn. De associatie tussen niet langer met een vaste partner wonen en incidentie van middenstoornis was sterker bij mannen dan bij vrouwen.

In hoofdstuk 5 worden de gevonden resultaten bediscussieerd.

Tabel 10. Aantallen Nederlanders in de leeftijd van 19-65 jaar met een nieuw ontstane psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden.^a

Enigerlei stemmingsstoornis	139.300
Depressieve stoornis	135.600
Dysthymie	20.800
Bipolaire stoornis	14.000
Enigerlei angststoornis	143.800
Paniekstoornis	53.500
Agorafobia zonder paniekstoornis	11.300
Sociale fobie	39.500
Specifieke fobie	75.700
Gegeneraliseerde angststoornis	64.400
Enigerlei middelenstoornis	83.000
Alcoholmisbruik	66.000
Alcoholafhankelijkheid	15.300
Drugsmisbruik	21.700
Cannabismisbruik	12.100
Drugsafhankelijkheid	9.300
Cannabisafhankelijkheid	9.300
Enigerlei As-I stoornis	191.400

^a Deze aantallen zijn berekend voor het totaal aantal inwoners van 19-65 jaar in Nederland per 1 januari 2012, te weten 10.557.188

Tabel 11. Demografische kenmerken en lichamelijke en psychische aandoeningen als voorspellers van incidentie van DSM-IV stemmings-, angst- en middelenstoornis

	Incidente stemmingsstoornis Risiko hierop			
	n	%	IRR [*]	(95% BI)
Demografische kenmerken op de 1e meting				
Geslacht (vrouw)	2138	51,4	1,46	(1,02-2,10)
Leeftijd				
18-29	602	14,5	2,18	(1,26-3,75)
30-49	1979	47,6	1,59	(1,06-2,37)
50-64	1581	38,0	1	
<i>p</i> for trend			0,001	
Opleiding				
Lager onderwijs	170	4,1	2,44	(1,01-5,90)
LBO, MAVO	1084	26,1	1,89	(1,15-3,10)
MBO, HAVO, VWO	1318	31,7	1,55	(0,99-2,41)
HBO, universiteit	1590	38,2	1	
<i>p</i> for trend			0,006	
Urbanisatiegraad (stad)	2683	64,5	1,02	(0,66-1,58)
Zonder partner wonend	1176	28,3	0,95	(0,61-1,46)
Geen betaald werk	940	22,6	0,98	(0,60-1,58)
Inkomen				
Laag	827	22,1	1,72	(1,07-2,77)
Midden	1772	47,4	1,76	(1,15-2,71)
Hoog	1142	30,5	1	
<i>p</i> for trend			0,03	
Verandering in demografie tussen 1e en 2e meting				
Niet langer wonend met partner	141	4,7	2,50	(1,45-4,31)
Niet langer betaald werk	289	9,0	2,46	(1,41-4,30)
Daling in inkomen	447	10,7	2,58	(1,75-3,81)
12-Maands aandoeningen op de 1e meting				
Stemmingsstoornis	--	--	--	
Angststoornis	265	6,4	3,23	(1,95-5,36)
Middelenstoornis	153	3,7	2,32	(1,16-4,64)
ADHD in de volwassenheid	20	1,0	1,46	(0,26-8,34)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	77	1,9	2,04	(0,89-4,67)
Enigerlei lichamelijke aandoening	1355	33,1	1,34	(0,92-1,96)
Verandering in lichamelijke gezondheid tussen 1e en 2e meting				
Ontstaan van enigelei lichamelijke aandoening	605	22,1	1,46	(0,98-2,18)

* Gecontroleerd voor sekse en leeftijd. Vet gedrukt: significante IRR of 'p for trend' ($p < 0,05$). -- Niet van toepassing

	Incidente angststoornis Risico hierop				Incidente middenstoornis Risico hierop			
	n	%	IRR [†]	(95% BI)	n	%	IRR [†]	(95% BI)
	2193	52,5	2,60	(1,69-3,98)	2637	60,0	0,31	(0,19-0,51)
	586	14,0	2,70	(1,65-4,43)	551	12,5	7,56	(4,14-13,79)
	1980	47,4	1,34	(0,91-1,96)	2112	48,0	1,83	(1,10-3,04)
	1615	38,6	1		1733	39,4	1	
			<0,001				<0,001	
	175	4,2	1,69	(0,65-4,42)	177	4,0	3,03	(0,98-9,35)
	1078	25,8	1,28	(0,77-2,12)	1165	26,5	1,57	(0,93-2,65)
	1348	32,2	1,07	(0,69-1,68)	1410	32,1	1,14	(0,71-1,83)
	1580	37,8	1		1644	37,4	1	
			0,23				0,03	
	2674	64,0	1,04	(0,65-1,67)	2823	64,2	0,80	(0,45-1,42)
	1221	29,2	1,03	(0,60-1,76)	1264	28,8	2,08	(1,28-3,38)
	951	22,8	1,20	(0,72-2,02)	1062	24,2	0,87	(0,39-1,95)
	839	22,3	1,14	(0,64-2,03)	912	23,2	2,22	(1,26-3,91)
	1783	47,5	1,25	(0,80-1,93)	1872	47,5	1,19	(0,65-2,17)
	1135	30,2	1		1156	29,3	1	
			0,67				0,07	
	145	4,9	3,32	(1,70-6,48)	145	4,6	2,63	(1,03-6,71)
	291	9,0	1,53	(0,78-2,99)	323	9,7	1,19	(0,51-2,76)
	449	10,7	1,81	(1,02-3,23)	503	11,4	0,92	(0,49-1,71)
	133	3,2	3,44	(1,98-5,99)	228	5,2	1,50	(0,55-4,10)
	--	--	--		389	8,9	1,13	(0,48-2,64)
	143	3,4	2,23	(1,08-4,61)	--	--	--	
	17	0,8	0,38	(0,04-3,22)	20	1,0	5,34	(1,89-15,11)
	84	2,0	1,51	(0,37-6,16)	79	1,8	0,67	(0,17-2,67)
	1379	33,5	1,41	(1,01-1,97)	1562	36,1	1,30	(0,80-2,14)
	601	22,0	2,26	(1,33-3,83)	648	23,4	1,66	(0,80-3,47)

5. Discussie

Dit rapport laat zien dat de tweede meting van de psychiatrisch-epidemiologische studie NEMESIS-2 een hoge respons had en dat slechts in beperkte mate selectieve uitval voorkwam. Uitval hing vooral samen met demografische variabelen, maar niet met het onderwerp van de studie, te weten psychische problematiek. Verder toont het aan dat nieuw ontstane psychische aandoeningen in de algemene Nederlandse bevolking niet zeldzaam zijn. Bij 8,9% van de bevolking zonder enigerlei psychische aandoening ontwikkelt zich in een periode van drie jaar een aandoening. Alvorens in detail de resultaten te bespreken, gaan we eerst in op de kracht en de beperkingen van de studie.

Kracht van onderhavige studie

We konden hier bestuderen of degenen die participeerden in de vervolgmeting van onze algemene bevolkingsstudie op een groot aantal variabelen verschilden van degenen die dat niet deden. Omdat tijdens het veldwerk verschillende vormen van uitval werden onderscheiden, kon ook worden bestudeerd of de determinanten van uitval verschilden naar type.

Met behulp van de in de tweede meting verzamelde data was het tevens mogelijk de incidentie te onderzoeken van een brede range van psychische aandoeningen die in beide meetmomenten waren bepaald met een gestructureerd diagnostisch interviews. Ook konden demografische, psychopathologische en lichamelijke determinanten van incidentie hoofdgroepen van aandoeningen worden bestudeerd. Volgens onze kennis is dit de eerste studie die ook uitgebreid negatieve veranderingen in demografische variabelen en in lichamelijke gezondheid meenam als determinanten van incidentie. We deden dit omdat bepaalde demografische kenmerken kunnen veranderen gedurende de periode tussen de beide metingen, en het aangrijpingsmogelijkheden voor preventie geeft. Deze veranderingen bleken zoals de verwachting was vaak sterker geassocieerd met incidentie dan de demografische variabelen en de status van de lichamelijke gezondheid op het eerste meetmoment zelf.

Beperkingen van onderhavige studie

Met betrekking tot de resultaten over uitval kunnen de volgende beperkingen worden opgemerkt. De determinanten van uitval waren gebaseerd op de data van de eerste meting, terwijl de uitval zelf betrekking had op de tweede meting van de studie. Demografische variabelen veranderen niet of over het algemeen slechts beperkt tussen meetmomenten van deze duur (3 jaar), maar psychopathologie en daaraan gerelateerd klinische variabelen kunnen wel veranderd zijn na de eerste meting.

Deze kunnen dus anders zijn op het moment dat respondenten opnieuw worden benaderd voor het tweede interview en kunnen dan hun negatieve uitwerking hebben op hernieuwde participatie in de studie zonder dat deze op dat moment konden worden gemeten (Kessler e.a., 2008).

Ten tweede, DSM-IV psychopathologie is gebruikt als determinant van uitval en bleek hiermee niet samen te hangen. Dat sluit niet uit dat subklinische problemen, waarmee psychische problemen worden bedoeld die niet aan een volledige definitie van een psychische aandoening voldoen volgens de DSM-IV, mogelijk wel geassocieerd zijn met uitval. De invloed van subklinische aandoeningen is hier niet onderzocht, ook omdat ze door de CIDI niet als zodanig worden bepaald.

Een derde beperking is reeds genoemd in hoofdstuk 2 als het gaat om één van de onderzochte determinanten van uitval: er is gebruik gemaakt van zelf-rapportages van lichamelijke aandoeningen; er is dus geen gebruik gemaakt van medische diagnoses geregistreerd door een arts. Om die reden is hier een wat 'strengere' definitie gehanteerd van lichamelijke aandoening: om mee te tellen moest men daarvoor onder behandeling zijn (geweest) van een arts of daarvoor voorgeschreven medicatie gebruiken. Overigens laten vergelijkingen tussen zelfrapportages van chronische lichamelijke aandoeningen en medische registratiegegevens over het algemeen een redelijk tot zeer goede overeenkomst zien (National Center for Health Statistics 1994; Knight e.a. 2001).

Tenslotte geldt dat leeftijd van ontstaan van de aandoening en duur van de aandoening, twee determinanten van uitval die onderzocht zijn bij een subset van de respondenten, gebaseerd waren op retrospectieve rapportage. Verondersteld kan worden dat hoe langer geleden de aandoening ontstond, hoe onnauwkeuriger het moment van ontstaan door de respondent te schatten was. Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat indien deze gegevens wel nauwkeuriger hadden kunnen worden bepaald de resultaten van de analyse er beduidend anders uit zouden zien.

Met betrekking tot de bepaling van de incidenties en de risicofactoren van incidenties geldt eveneens bovengenoemde beperking over zelf-rapportages van lichamelijke aandoeningen. Daarnaast kunnen de volgende beperkingen worden genoemd.

In longitudinale studies kan de validiteit van de data van de vervolgmeting negatief worden beïnvloed door selectieve uitval van respondenten. Dat is ook de reden waarom we in dit rapport uitvoerig aandacht hebben besteed aan die uitval. Gelukkig bleek dat selectieve uitval slechts beperkt heeft plaatsgevonden en dat voorgaande psychopathologie nauwelijks van invloed was. We veronderstellen daarom dat uitval van respondenten slechts een beperkte invloed heeft op de gepresenteerde incidentie-gegevens en de daarmee samenhangende variabelen. Om die invloed nog te beperken zijn de incidentie-gegevens gewogen voor uitval van respondenten samenhangend met demografische karakteristieken op het eerste meetmoment.

De incidenties zoals die hier zijn gepresenteerd zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde lifetime aandoeningen op het eerste meetmoment en 3-jaars aandoeningen op het tweede meetmoment. Over het algemeen herinneren mensen zich vooral recente en

ernstigere problemen, en vergeten ze minder recente en minder ernstige problemen vaker te vermelden. Dit kan een bron van vertekening vormen bij het bepalen van lifetime aandoeningen (Wittchen e.a., 1989; Blazer e.a., 1994; Patten, 2009; Moffitt e.a., 2010), waardoor deze aandoeningen minder vaak worden gerapporteerd dan ze in werkelijkheid voor zijn gekomen. Deze vertekening is minder waarschijnlijk bij het vaststellen van 12-maands aandoeningen en aandoeningen sinds ongeveer drie jaar geleden. Dit betekent dat de gepresenteerde incidenties enigszins overschattingen kunnen zijn omdat het niet uitsluitend nieuwe gevallen betreft maar ook gevallen met herhaalde problematiek. Dit probleem geldt natuurlijk ook bij vergelijkbare longitudinale studies omdat dit nu eenmaal inherent is aan studies die zowel retrospectief als prospectief data verzamelen.

Ten derde, omdat de aantallen van veel incidentie afzonderlijke aandoeningen klein waren, konden alleen determinanten van het ontstaan van hoofdgroepen van aandoeningen worden bestudeerd en niet die van afzonderlijke aandoeningen. Het aantal incidentie cases was ook niet groot genoeg om te bestuderen of afzonderlijke aandoeningen op het eerste meetmoment het latere ontstaan van andere aandoeningen voorspelde.

Tenslotte, de bestudeerde veranderingen in demografische variabelen en in lichamelijke gezondheid die gerelateerd werden aan het ontstaan van nieuwe psychische aandoeningen kunnen voor maar ook na die aandoening hebben plaatsgevonden omdat deze veranderingen alsook het ontstaan van aandoeningen ergens tussen beide metingen plaatsvonden. Dit betekent dat we strikt genomen niet weten hoe de richting van het verband daadwerkelijk loopt. Een stressvolle levensgebeurtenis kan vooraf zijn gegaan aan een aandoening, maar kan ook het gevolg zijn geweest van een psychische aandoening (Harknes e.a. 1999).

Uitval van respondenten: belangrijkste resultaten

Respons

De respons van de tweede meting was 80,4%. Dat is iets hoger dan in NEMESIS-1 het geval was (79,4%; de Graaf e.a., 2000), terwijl de tweede meting in NEMESIS-1 al één jaar na de eerste meting plaatsvond en in NEMESIS-2 drie jaar nadien. Bij een langere duur tussen de meetmomenten kan een lagere respons worden verwacht, maar dat was dus niet zo. In Nederland en in andere westerse landen bestaat er in het afgelopen decennium een consistente trend naar een lagere respons in wetenschappelijk onderzoek (Galea & Tracey, 2007). Echter, door de intensieve wervingsmethode in NEMESIS-2 met herhaalde contactpogingen en een lange veldwerkperiode, was het mogelijk in de tweede meting een relatief hoge respons te verkrijgen voor de Nederlandse situatie, zeker in het licht van de afgenomen bereidheid om deel te nemen aan wetenschappelijke studies in het afgelopen decennium in Nederland (Stoop, 2005).

Weigering bleek de belangrijkste reden van non-respons. Non-contact - ofwel geen contact hebben kunnen leggen met respondenten - kwam beduidend minder voor, ook door bovengenoemde intensieve en lange wervingsmethode.

Determinanten van uitval

Wat demografie betreft behoorden de uitvallers vergeleken met de respondenten vaker tot de jongere leeftijdscategorieën (18-24 en 25-34 jaar), hadden zij vaker een lager opleidingsniveau, hadden zij vaker geen betaalde baan, en waren zij vaker niet in Nederland geboren. Deze variabelen komen ook in ander onderzoek naar determinanten van uitval naar voren (de Graaf e.a., 2000; Lamers e.a., 2012). In NEMESIS-1 hingen dezelfde demografische variabelen met enigerlei uitval samen, maar ook een hoger urbanisatieniveau van de woonplaats en niet met een partner wonen (de Graaf e.a., 2000).

Bij de eerste meting van de studie bleek de steekproef een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking, met uitzondering van de leeftijdscategorie 18-24 jaar en in iets mindere mate die van 25-34 jaar. Deze leeftijdscategorieën waren ondervertegenwoordigd. Bij de tweede meting zien we dat bij deze leeftijdscategorieën er ook relatief meer uitval bestaat.

De aanwezigheid van enigerlei 12-maands psychische aandoening op de eerste meting was niet geassocieerd met enigerlei uitval van respondenten op de tweede meting. Dit is anders dan in NEMESIS-1 waar dit wel het geval was (OR=1,20; 95% BI=1,04-1,38; de Graaf e.a., 2000). Behalve NEMESIS-1 concludeerden ook andere studies, na constanthouding voor demografische variabelen, dat psychopathologie op het eerste meetmoment een weliswaar zwak tot matig maar significant effect had op enigerlei uitval bij de tweede meting (Eaton e.a., 1992; Eaton e.a., 2007; Bellón e.a., 2010; Lamers e.a., 2012). In onze nieuwe studie was er dus geen significant verband en was de OR zelfs lager dan 1, wat betekent dat mensen met een psychische aandoening juist iets vaker deelnamen. Wat betref de hoofdgroepen van aandoeningen bleek overeenkomstig NEMESIS-1 (de Graaf e.a., 2000) dat de categorieën stemmings-, angst- en middenstoornissen niet met enigerlei uitval samenhangen. In de nieuwe studie hing ook geen enkele afzonderlijke aandoening met enigerlei uitval samen, terwijl in NEMESIS-1 sociale fobie en agorafobie hiermee samenhangen. Bij mensen met een 12-maands psychische aandoening op het eerste meetmoment bleek ook geen van de onderzochte klinische kenmerken van de aandoening uitval te verklaren, terwijl in een Nederlandse studie onder patiënten met psychische aandoeningen (NESDA) verschillende klinische kenmerken samenhangen met uitval (Lamers e.a., 2012). Omdat NESDA een studie is onder een klinische populatie met gemiddeld zwaardere problematiek dan in de algemene bevolking, kan dat een verklaring zijn voor het feit dat daar wel significante verbanden werden gevonden.

Het veldwerk van de tweede meting van NEMESIS-2 heeft tot minder selectieve uitval geleid dan dat van de tweede meting van NEMESIS-1. Mogelijk hangt dit samen met de grotere tijdsinvestering die in NEMESIS-2 is gedaan om respondenten te overreden om opnieuw aan de studie deel te nemen en om ze te vinden in geval van non-contact of verhuizing. Een andere verklaring voor de gevonden verschillen tussen beide studies kan zijn dat mensen tegenwoordig mogelijk een positievere houding hebben ten opzichte van psychische problematiek dan in de tijd van de uitvoering van het veldwerk van NEMESIS-1; zij accepteren een psychische

aandoening ook bij zichzelf eerder dan mensen dat zo'n 15 jaar geleden deden en zijn daarom niet meer eerder geneigd niet langer aan een studie naar psychische problematiek deel te nemen.

Het hebben van minder positieve ervaringen met het eerste gesprek en een kortere interviewduur bleken tenslotte enigerlei uitval te voorspellen. Deze factoren zijn niet vaak onderzocht in andere studies, maar blijken naast de genoemde demografische variabelen de belangrijkste determinanten van uitval te zijn. Hoewel zou kunnen worden verwacht dat een langere duur van het interview last bij de respondent veroorzaakt (in het Engels 'respondent burden' genoemd) met een grotere kans op uitval tot gevolg, blijkt het omgekeerde het geval te zijn. Mogelijk vinden respondenten met een langere interviewduur het onderwerp van de studie van meer belang of hebben zij eerder het gevoel dat ze in de studie investeren, met minder uitval tot gevolg.

Als gekeken wordt naar de afzonderlijke typen van uitval dan valt het volgende op. Overeenkomstig NEMESIS-1 zijn er meer demografische variabelen die non-contact dan weigering of onmogelijkheid om te participeren verklaren. Jongere leeftijd en lager opleidingsniveau zijn belangrijke determinanten van zowel non-contact als weigering.

Ook de afzonderlijke typen van uitval worden niet of nauwelijks voorspeld door eerdere psychische aandoeningen, na correctie voor demografie. Dat gold voor alle drie onderscheiden typen van uitval, ondanks dat verschillende studies vonden dat psychopathologie veel meer geassocieerd was met non-contact en onmogelijkheid om te participeren door lichamelijke of psychische redenen dan met weigering (Eaton e.a., 1992; de Graaf e.a., 2000; Lamers e.a., 2012). Waren er in NEMESIS-1 duidelijk een aantal (categorieën van) psychische aandoeningen die positief met non-contact samenhangen (enigerlei stemmingsstoornis, agorafobie, enigerlei middenstoornis, alcoholmisbruik), nu hangt geen enkele aandoening met non-contact samen. Hing in NEMESIS-1 enigerlei psychische aandoening met non-contact samen met een OR van 1,85 (95% BI=1,38-2,49), in NEMESIS-2 was de OR juist (niet-significant) lager dan 1: OR=0,91 (95% BI=0,66-1,24), wat betekent dat met mensen zonder psychische aandoening eerder geen contact te maken was. De enige significante associatie die in NEMESIS-2 gevonden werd was voor weigering waarmee antisociale persoonlijkheidsstoornis samenhang, echter zo dat mensen met deze aandoening eerder niet weigerden. Antisociale persoonlijkheidsstoornis bleek in twee studies geen invloed op weigering te hebben, maar wel non-contact negatief te beïnvloeden (Eaton e.a., 1992; Badawi e.a., 1999). Onze bevinding is moeilijk te verklaren en kan een toevalsbevinding zijn.

Klinische kenmerken van de aandoening verklaarden ook niet de verschillende typen uitval. Een neutrale of negatieve ervaring met het eerste gesprek en een kortere duur ervan waren wel geassocieerd met non-contact en weigering. Een verklaring voor het gevonden verband tussen een kortere duur van het interview en non-contact kan zijn dat een kortere duur van het interview betekent dat men minder vaak een psychische aandoening heeft waardoor men vaker uithuizig is vanwege werk of andere bezigheden.

Incidentie van psychische aandoeningen: belangrijkste resultaten

Incidentie van psychische aandoeningen

Het voor het eerst ontstaan van psychische aandoeningen in een periode van ongeveer drie jaar is in de algemene bevolking geen zeldzaam verschijnsel: 8,86% van de volwassenen zonder enigerlei psychische aandoening ooit in het hele leven gemeten op het eerste meetmoment ontwikkelde een aandoening in de periode van drie jaar tussen beide meetmomenten, wat correspondeert met 3,09 gevallen per 100 persoonsjaren. Voor de vergelijking: de 12-maands prevalentie in de eerste meting van de studie was 18,0%. Bij de hoofdgroepen angststoornis en stemmingstoornis was de incidentie het hoogst.

De drie meest voorkomende incidentie afzonderlijke aandoeningen waren depressieve stoornis, specifieke fobie en alcoholmisbruik. Dat waren precies dezelfde aandoeningen als die in NEMESIS-1 gevonden zijn (Bijl e.a., 2002). In de studie NESARC uit de Verenigde Staten waren dit depressieve stoornis, alcoholafhankelijkheid en gegeneraliseerde angststoornis (Grant e.a., 2009).

In onze studie was depressieve stoornis de meest voorkomende incidentie aandoening met 1,58 gevallen per 100 persoonsjaren, wat bijna identiek is aan dat van de in de inleiding van dit hoofdstuk genoemde studies NESARC (1,51) en de ECA-studie (1,59) (Eaton e.a., 1989), maar lager dan dat van NEMESIS-1 (2,72) en ODIN (2,05) (Lehtinen e.a., 2005). De incidentie van alcoholmisbruik was 0,73, wat lager was dan dat van NESARC (1,03), maar beduidend lager dan dat van NEMESIS-1 (2,38). Het verschil tussen beide NEMESIS-studies kan worden verklaard door de strengere definitie van middelenstoornissen die gebruikt werd in de DSM-IV/CIDI 3.0 in NEMESIS-2 vergeleken met de DSM-III-R/CIDI 1.1 in NEMESIS-1 (de Graaf e.a., 2010). De incidentie van paniekstoornis (0,53) was vergelijkbaar met dat van NESARC (0,62) en de ECA-studie (0,56), maar was wat lager dan in NEMESIS-1 (0,78). De incidentie van sociale fobie (0,41) was iets hoger dan dat van NESARC (0,32), maar lager dan gevonden in de ECA-studie (0,94; Wells e.a., 1994) en NEMESIS-1 (0,93).

Opgemerkt moet worden dat de gevonden verschillen in incidentie tussen deze studies werkelijke verschillen kunnen zijn, maar ook verschillen die ontstaan zijn door verschillen in onderzoeksdesign (zoals een verschillende invloed op de incidentie van uitval van respondenten), verschillen in het gebruikte classificatiesysteem waarmee de diagnostische criteria van de aandoeningen werden bepaald, en verschillen in de gehanteerde vragenlijst (Grant e.a., 2009).

Determinanten van incidentie van psychische aandoeningen

Omdat wereldwijd NESARC één van de grootste bevolkingsstudies is waarin determinanten van incidenties werden bepaald - met ruim 43.000 respondenten -, die bovendien ook DSM-IV aandoeningen heeft gemeten, zal hier met name met deze studie uit de Verenigde Staten een vergelijking worden gemaakt. Opgemerkt moet hierbij worden dat in NESARC de determinanten van incidentie van afzonderlijke

aandoeningen werden bestudeerd, terwijl dat - door de lagere aantallen respondenten - niet mogelijk was in NEMESIS-2. Daarnaast zal een vergelijking worden gemaakt met de resultaten van NEMESIS-1.

Evenals in NESARC (Grant e.a., 2009), de ECA-studie (Eaton e.a., 1989) en NEMESIS-1 (de Graaf e.a., 2002) is gevonden, hadden vrouwen meer kans op een nieuw ontstane stemmingsstoornis en angststoornis en mannen meer kans op middenstoornis. Overeenkomstig NESARC, had de jongste leeftijdscategorie meer risico op incidentie stemmings- en angststoornis en beduidend meer risico op middenstoornis, hoewel dit in NEMESIS-1 alleen gold voor middenstoornis.

Het bleek in onze studie dat hoe lager het opleidingsniveau was, des te groter de kans op incidentie stemmingsstoornis en middenstoornis. In NEMESIS-1 was er minder verband tussen opleidingsniveau en incidentie aandoeningen; en dat gold ook voor NESARC. In onze studie was laag huishoudinkomen eveneens geassocieerd met incidentie stemmings- en middenstoornis; in NESARC was inkomen gerelateerd aan depressieve stoornis, maar ook aan de meeste incidentie angststoornissen. In NEMESIS-1 was de relatie met inkomen niet onderzocht. In de eerste meting van NEMESIS-2 bleek dat lage sociaal-economische status (opleiding en inkomen) sterk samenhang met het vóórkomen (prevalentie) van psychische aandoeningen (de Graaf e.a., 2010), sterker dan hier het geval is bij incidentie. Mogelijk kan dit verschil in bevindingen komen doordat de richting van het verband niet zozeer van lager opleidingsniveau naar psychische problematiek loopt, maar (ook) andersom, dus dat het op jongere leeftijd al ontstaan zijn van een aandoening tot een later lager inkomen leidt (Kawakami e.a., 2012).

Terwijl het al of niet hebben van werk niet geassocieerd was met de incidentie van hoofdgroepen van aandoeningen, was niet langer betaald werk hebben geassocieerd met incidentie stemmingsstoornis. Substantiële afname van inkomen was eveneens geassocieerd met incidentie stemmingsstoornis en tevens met incidentie angststoornis. In het licht van de huidige economische crisis in Nederland en andere landen, zijn dit belangrijke bevindingen, die suggereren dat hogere incidentiecijfers van psychische aandoeningen - met name van stemmingsstoornissen (overeenkomstig Madianos e.a., 2011) en angststoornissen - te verwachten zijn bij een toenemende werkloosheid of bij een substantiële daling van het inkomen.

Niet met een vaste partner wonen was in onze studie alleen geassocieerd met incidentie middenstoornis. In NESARC werd incidentie van depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en alcohol- en drugsmisbruik/afhankelijkheid vaker gezien bij mensen die gescheiden of verweduwd waren, en beide alcoholstoornissen bij mensen die nooit getrouwd geweest waren. In onze studie was negatieve verandering in partnerstatus geassocieerd met alle drie hoofdgroepen van aandoeningen. Overbeek e.a. (2006) vonden in NEMESIS-1 al dat echtscheiding geassocieerd was met het latere ontstaan van dysthymie, sociale fobie en alcoholmisbruik. Het enige gevonden significante interactie-effect van sekse werd in onderhavige studie gezien voor verandering in partnerstatus: niet langer met een partner wonen hing bij mannen sterker met incidentie middenstoornis samen dan bij vrouwen.

Met betrekking tot de eerder aanwezige psychopathologie werd gevonden dat zowel angststoornis als middelenstoornis op het eerste meetmoment het latere ontstaan van stemmingsstoornis voorspelden. NESARC en NEMESIS-1 vonden ook dat angststoornissen het latere ontstaan van stemmingsstoornissen voorspelden. In NESARC werden echter nauwelijks significante verbanden gevonden tussen de afzonderlijke middelenstoornissen en het latere ontstaan van stemmingsstoornissen (met uitzondering van bipolaire I stoornis), en in NEMESIS-1 was er geen associatie tussen middelenstoornis en incidente stemmingsstoornis. Mogelijk dat het verschil tussen beide NEMESIS-studies in deze associatie van middelenstoornis weer verklaard kan worden door de strengere definitie van middelenstoornis in NEMESIS-2.

Incidente angststoornis werd voorspeld door voorafgaande stemmingsstoornis en middelenstoornis. Ook weer in tegenstelling tot NEMESIS-1 en NESARC, was middelenstoornis wel een significante determinant.

De associatie tussen angststoornis en incidente stemmingsstoornis ($IRR=3,23$) was ongeveer even groot als de associatie tussen stemmingsstoornis en incidente angststoornis ($IRR=3,44$). Ook in NESARC was dit het geval of was de associatie tussen afzonderlijke stemmingsstoornissen en incidente angststoornissen zelfs wat groter dan die tussen angststoornissen en incidente stemmingsstoornissen. In NEMESIS-1 was de associatie tussen stemmingsstoornis en incidente angststoornis zelf bijna 3x keer zo groot als de associatie tussen angststoornis en incidente stemmingsstoornis. Deze resultaten lijken echter in contrast met de literatuur over de volgorde van ontstaan van lifetime stemmings- en angststoornissen gebaseerd op data over het moment van ontstaan van de aandoening. Die laten namelijk zien dat angststoornissen vaker worden gevolgd dan vooraf worden gegaan door stemmingsstoornissen (Kessler e.a., 1996; de Graaf e.a., 2003). Echter, deze resultaten zijn niet met elkaar te vergelijken omdat incidentie wordt bestudeerd bij cases die nooit eerder in hun leven een stemmings- of angststoornis hebben gehad, terwijl de resultaten van studies gebaseerd op de volgorde van het moment van ontstaan betrekking hebben op alle cases die ooit in hun leven beide aandoeningen hadden. Dit betekent dat, ondanks dat angststoornissen over het algemeen vroeg in het leven ontstaan en vaker worden gevolgd dan vooraf worden gegaan door stemmingsstoornissen, bij cases met een relatief laat ontstaan van de angststoornis, een voorafgaande stemmingsstoornis deze incidente angststoornis voorspelt.

Incidente middelenstoornis werd door ADHD in de volwassenheid voorspeld, en niet door andere psychopathologie op het eerste meetmoment. In NEMESIS-1 was ADHD niet gemeten, maar voorspelden stemmings- en angststoornis eveneens niet het latere ontstaan van middelenstoornis. Ook NESARC vond dat slechts enkele afzonderlijke stemmings- en angststoornissen incidente middelenstoornissen voorspelden. In NESARC voorspelde ADHD in de volwassenheid het latere ontstaan van alcoholafhankelijkheid en beide drugsstoornissen. De associatie tussen ADHD en incidente middelenstoornis is ook elders uitvoerig beschreven (Milberger e.a., 1997b; Biederman e.a., 1998; Arias e.a., 2008; Glantz e.a., 2009; Knop e.a., 2009; Charach e.a., 2011; Lee e.a., 2011; Tuithof e.a., 2012). In onze studie was verder

antisociale persoonlijkheidsstoornis niet geassocieerd met incidente middelenstoornis, wat opvallend is omdat andere studies lieten zien dat antisociale persoonlijkheidsstoornis of gedragsstoornis in de kindertijd of adolescentie het ontstaan van latere alcoholstoornissen voorspellen (Elkins e.a., 2007; Fergusson e.a., 2007). In NESARC voorspelde antisociale persoonlijkheidsstoornis eveneens beide alcoholstoornissen niet (overigens wel beide minder vaak voorkomende drugsstoornissen). Mogelijk dat de associatie tussen antisociale persoonlijkheidsstoornis of gedragsstoornis en incidente middelenstoornis verschillend is voor verschillende ontwikkelingsstadia.

Overeenkomstig NEMESIS-1, was enigerlei lichamelijke aandoening alleen geassocieerd met de incidentie van angststoornis. Dit is echter niet overeenkomstig andere studies die wel een duidelijke associatie vonden tussen medische condities op het eerste meetmoment en het latere ontstaan van depressieve stoornis (Patten, 2005; Polsky e.a., 2005). In onze studie werd daarnaast gevonden dat het verband tussen het nieuw ontstaan zijn van een chronische lichamelijke aandoening en incidente angststoornis nog sterker was.

Onze studie laat zien dat demografische factoren en voorafgaande psychopathologie belangrijke determinanten zijn van de incidentie van psychische aandoeningen. Opvallend is dat verandering in demografische variabelen vaak belangrijker determinanten zijn dan de demografische variabelen op het eerste meetmoment zelf. Zo blijken partnerstatus en werkstatus met geen van de drie hoofdgroepen van incidente aandoeningen samen te hangen, terwijl een negatieve verandering daarin met respectievelijk drie en één van deze hoofdgroepen samenhangt. Geen van de eerder genoemde wereldwijde incidentiestudies hebben de associaties tussen deze veranderingen en incidentie van psychische aandoeningen zo systematisch onderzocht.

Conclusies

* Een uitgebreide en kwalitatief goede dataset van de tweede meting van NEMESIS-2 is opgebouwd. Hiermee kunnen in de toekomst verschillende onderwerpen op het gebied van de psychische gezondheid worden bestudeerd.

* Van de respondenten die aan de eerste meting deelnamen heeft ongeveer 80% wel en 20% niet aan de tweede meting deelgenomen. De vraag was of uitvallers op een aantal aspecten verschilden van degenen die wel bleven deelnemen aan de studie. Selectieve uitval van respondenten in de tweede meting bleef beperkt tot demografische variabelen en de ervaring van de respondent met het vorige interview. Belangrijk was dat uitval niet samenhangt met voorgaande psychopathologie, na controle voor demografie. Voor toekomstige longitudinale psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies in binnen- en buitenland zijn de uitkomsten over de determinanten van uitval van belang. Met name het feit dat lager opgeleiden en jongere mensen eerder deelname aan de vervolgmeting weigeren of dat er geen contact mee te leggen is, is van belang bij het opzetten van dit soort studies. Voor deze groepen zouden strategieën moeten

worden ontwikkeld om hen bij dit soort studies te betrekken en vast te houden. Dat een langere duur van het voorgaande interview niet eerder leidt tot uitval bij de volgende meting is voor de planning van toekomstige studies eveneens van belang. Natuurlijk moet de last van een interview voor de respondent zoveel mogelijk worden beperkt, maar een interview bij de eerste meting met een gemiddelde duur van 95 minuten bleek geen barrière voor de respons bij de volgende meting. Tenslotte blijkt het belang van een intensieve wervingsmethode, met een lange veldwerkperiode zodat er voldoende tijd is om wegeraars na verloop van tijd opnieuw te kunnen vragen aan de studie deel te nemen, of om voldoende herhaalde contactpogingen uit te kunnen voeren bij respondenten met wie moeilijk contact te maken is, of om het adres te kunnen vinden in het geval van verhuizing.

* Met de uitvoering van deze tweede meting zijn er actuele cijfers beschikbaar gekomen over het ontstaan van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking. Het laat bijvoorbeeld zien dat ongeveer 9% van de bevolking zonder enige voorafgaande psychopathologie in het leven een psychische aandoening ontwikkelt in een periode van drie jaar. Voor preventie- en interventieactiviteiten gericht op het verminderen van de last die psychische aandoeningen met zich mee brengen voor de persoon zelf, maar ook voor haar of zijn familieleden en vrienden, de samenleving en het zorgsysteem, zijn incidentie-gegevens en determinanten van nieuw ontstane psychische aandoeningen van belang (Grant e.a., 2009; Chou e.a., 2011). Deze studie laat zien dat deze activiteiten het beste gericht kunnen worden op jongere leeftijdscohorten, op mensen die scheiding of overlijden van hun partner meemaken, op mensen die hun werk verliezen of te maken krijgen met een beduidende teruggang in hun inkomen, en op mensen die voor het eerst een lichamelijke aandoening krijgen, omdat deze groepen het meeste risico lopen. Onze studie laat ook zien dat preventie van psychiatrische comorbiditeit van belang is omdat het risico op een latere bijkomende aandoening bij mensen die al een aandoening hebben, hoog is. Het risico op een bijkomende stemmingsstoornis of angststoornis wordt door verschillende eerder aanwezige aandoeningen voorspeld. Daarom is het belangrijk dat patiënten met een psychische aandoening gemonitord worden op symptomen van andere psychische aandoeningen (overeenkomstig Kessler & Price, 1993; Merikangas e.a. 1996), omdat interventies het ontstaan van secundaire aandoeningen kunnen voorkomen.

Referenties

- Andrews, G. & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.
- Anthony, J.C. & Petronis, K.R. (1991). Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology*, 2, 123-132.
- Arias, A.J., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, R.D., Brady, K.T., Farrer, L. & Kranzler, H.R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behavior*, 33, 1199-1207.
- Badawi, M.A., Eaton, W.W., Myllyluoma, J., e.a. (1994). Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981-1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 91-98.
- Baker, M.M., Stabile, M. & Deri, C. (2001). *What do self-reported, objective measures of health measure?* Cambridge, National Bureau of Economic Research.
- Bellón, J.A., de Dios Luna, J., Moreno, B., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, M.J., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M.A., Vicens, C., Motrico, E., Martínez-Cañavate, M.T., Oliván-Blázquez, B., Vázquez-Medrano, A., Sánchez-Artiaga, M.S., March, S., del Mar Muñoz-García, M., Moreno-Peral, P., Nazareth, I., King, M. & Torres-González, F. (2010). Psychosocial and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study of major depression in primary care: the predictD-Spain study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 874-884.
- Biederman, J., Wilens, T.E., Mick, E., Faraone, S.V. & Spencer, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry*, 44, 269-273.
- Bijl, R.V., de Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F. & Vollebergh, W.A.M. (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 372-379.
- Bijl, R.V., van Zessen, G. & Ravelli, A. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979–986.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T. & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 9-21.
- Chou, K.L., Mackenzie, C.S., Liang, K. & Sareen J. (2011). Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 144-155.
- Costa, P.T. Jr. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI)*: Professional Manual. Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources Inc.
- Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F. & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 1381-1395.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- Eaton, W.W., Kramer, M., Anthony, J.C., e.a. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163–178.
- Eaton, W.W., Anthony, J.C., Tepper, S. & Dryman, A. (1992). Psychopathology and attrition in the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Epidemiology*, 35, 1051–1059.
- Eaton, W.W., Kalaydjian, A., Scharfstein, D.O., Mezuk, B. & Ding Y. (2007). Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 182-188.

- Elkins, I.J., McGue, M. & Iacono, W.G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1145-1152.
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J. & Barrett, P. (1985). Revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Eysenck, S.B.G., White, O. & Eysenck, H.J. (1976). Personality and mental illness. *Psychological Reports*, 39, 1011-1022.
- Farmer, M.E., Locke, B.Z., Liu, I.Y., e.a. (1994). Depressive symptoms and attrition: the NHANES I epidemiologic follow-up study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4, 19-27.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Ridder, E.M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S14-S26.
- Galea, S. & Tracey, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 17, 643-653.
- Gevonden, M.J., Myin-Germeys, I., de Graaf, R., ten Have, M., van Dorsselaer, S., van Os, J., Veling, W. & Selten, J.P. Sociale uitsluiting en psychotische symptomen onder de niet-heteroseksuele bevolking: de social defeat hypothese getoetst in twee onafhankelijke steekproeven. Aangeboden.
- Glantz, M.D., Anthony, J.C., Berglund, P.A., Degenhardt, L., Dierker, L., Kalaydjian, A., Merikangas, K.R., Ruscio, A.M., Swendsen, J. & Kessler, R.C. (2009). Mental disorders as risk factors for later substance dependence: Estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychological Medicine*, 39, 1365-1377.
- de Graaf, R., Bijl, R.V., Smit, F., Ravelli, A. & Vollebergh, W.A.M. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*, 152, 1039-1047.
- de Graaf, R., Bijl, R.V., Ravelli, A., Smit, F. & Vollebergh, W.A.M. (2002). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 303-313.

- de Graaf, R., Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A.T.F. & Vollebergh, W.A.M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1-11.
- de Graaf, R., ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010a). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- de Graaf, R., ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010b). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): Design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 193, 125-141.
- de Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*. Resultaten van NEMESIS-2. Utrecht, Trimbos-instituut.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaer, S. (2012a). Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaer, S. (2012b). Prevalentie van psychische aandoeningen, en trends van 1996 tot 2009. Resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 27-38.
- de Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2012c). Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1873-1883.
- de Graaf, R., ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2012d). Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 17-26.
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Chou, S.P., e.a. (2009). Sociodemographic and psychopathological predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular Psychiatry*, 14, 1051-1066.
- Harkness, K.L., Monroe, S.M., Simons, A.D. & Thase, M. (1999). The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychological Medicine*, 29, 135-144.

- Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., De Girolamo, G., Guyer, M.E., Jin, R., Lepine, J.P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N.A. & Kessler, R.C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.
- ten Have, M., van Dorsselaer, S., Tuithof, M. & de Graaf, R. (2011). *Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- ten Have, M., van Dorsselaer, S. & de Graaf, R. (2012a). *Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S. & Beekman, A (2012b). Failure and delay in seeking treatment after first onset of a mental disorder in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Aangeboden*.
- ten Have, M., Nuijen, J. & de Graaf, R. (2012c). *Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht, Trimbos-instituut. In druk.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life (Appendix I)*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.
- Kawakami, N., Abdulghani, E.A., Alonso, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J.M., Tat Chiu, W., De Girolamo, G., de Graaf, R., Fayyad, J., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Lakoma, M.D., LeBlanc, W., Lee, S., Levinson, D., Malhotra, S., Matschinger, H., Medina-Mora, M.E., Nakamura, Y., Oakley Browne, M.A., Okoliyski, M., Posada-Villa, J., Sampson, N.A., Viana, M.C. & Kessler, R.C. (2012). Association of common mental disorders in early life with a reduction of household income and its components in adulthood: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 72, 228-237.

- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M. & Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30),17-30.
- Kessler, R.C. & Price, R.H. (1993). Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, 21, 607-633.
- Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93-121.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Scnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B. & Walters, E.E. (2005a). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Gruber, M.J., Sarawate, C.A., Spencer, T. & Van Brunt, D.L. (2007a). Validity of the World Health Organization Adult ADHD self-report scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 52-65.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S., Guereje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tsang, C.H.A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.-E., Berglund, P.A., Gruber, M., Petukhova, M., Chatterji, S. & Ustun, T.B. (2007b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (2008). *The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview*. In Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. (pp. 58-90). New York: Cambridge University Press.

- Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N. & Yonkers, K.A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 365-374.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A. & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181–192.
- Knight, M., Stewart-Brown, S. & Fletcher, L. (2001) Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *Journal of Public Health and Medicine*, 23, 179-186
- Knop, J., Penick, E.C., Nickel, E.J., Mortensen, E.L., Sullivan, M.A., Murtaza, S., Jensen, P., Manzardo, A.M. & Gabrielli, W.F. Jr. (2009). Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 169-177.
- Lamers, F., Hoogendoorn, A.W., Smit, J.H., van Dyck, R., Zitman, F.G., Nolen, W.A. & Penninx, B.W. (2012). Sociodemographic and psychiatric determinants of attrition in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Comprehensive Psychiatry*, 53, 63-70.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R. & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 328-341.

- Lehtinen, V., Sohlman, B., Nummelin, T., Salomaa, M., Ayuso-Mateos, J.-L. & Dowrick, C. (2005). The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 778-784.
- Leon, A.C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L. & Sheehan, D.V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal Psychiatry in Medicine* 27: 93-105.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D.A. (1994). The International Personality Disorder Examination (IPDE): The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T. & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, 943-952.
- Matschinger, H., Bernert, S. & Angermeyer, M.C. (2005). An analysis of interviewer effects on screening questions in a computer assisted personal mental health interview. *Journal of Official Statistics*, 21, 657-674.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., e.a. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783.
- Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H.-U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L.N. & Kupfer, D.J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 168, (suppl.30), 58-67.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Wilens, T. & Chu, M.P. (1997b). Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders: Findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *American Journal on Addictions*, 6, 318-329.

- Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B.J., Polanczyk, G. & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40, 899-909.
- Murphy, J.M., Olivier, D.C., Monson, R.R., e.a. (1988). Incidence of depression and anxiety: the Stirling County Study. *American Journal of Public Health*, 78, 534-540.
- National Center for Health Statistics (1994). *Vital and health statistics. Evaluation of national health interview survey diagnostic reporting. Series 2: Data evaluation and methods research*, no 120. Hyattsville, Maryland, Department of Health and Human Services.
- van Nierop, M., van Os, J., Gunther, N., Myin-Germeys, I., de Graaf, R., ten Have, M., van Dorselaer, S., Bak, M. & van Winkel, R. (2012). Phenotypically continuous with clinical psychosis, discontinuous in need for care: evidence for an extended psychosis phenotype. *Schizophrenia Bulletin*. In druk.
- Overbeek, G., Vollebergh, W.A.M., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R. & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20, 284-291.
- Patten, S.B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry*, 9, 1471-244X.
- Polsky, D., Doshi, J.A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N. & Thompson, C.L. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1260-1266.
- Rhebergen, D., van der Steenstraten, I.M., Sunderland, M., de Graaf, R., ten Have, M., Lamers, F., Penninx, B.W. & Andrews, G. An examination of generalized anxiety disorder and dysthymic disorder by latent class analysis. *British Journal of Psychiatry*. Aangeboden.
- Ribisl, K.M., Walton, M.A., Mowbray, C.T., Luke, D.A., Davidson, W.S. & Bootsmiller, B.J. (1996). Minimizing participant attrition in panel studies through the use of effective retention and tracking strategies: Review and recommendations. *Evaluation and Program Planning*, 19, 1-25.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., e.a. (1990). A prospective study of first-incidence depression: The Lundby Study, 1957-1972. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.

- Sandfort, T.G.M., de Graaf, R., ten Have, M. & Schnabel, P. Same-sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2): a replication and expansion. Aangeboden.
- Stewart, A.L., Hayes, R.D. & Ware, J.E. (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Stoop, I.A.L. (2005). *The hunt for the last respondent. Nonresponse in sample surveys*. The Hague: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands.
- Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Sampson, N. & Kessler R.C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105, 1117-1128.
- Tuithof, M., ten Have, M., van Dorsselaer, S. & de Graaf, R. (2010). *ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Vóórkomen en gevolgen in de algemene bevolking: resultaten van NEMESIS-2*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W. & de Graaf, R. (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 115-121.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D.L., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N. & Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental Comorbidity in the United States: results from the national Comorbidity survey replication. *Pain*, 113, 331-339.
- Von Korff, M., Crane, P.K., Alonso, J., Vilagut, G., Angermeyer, M.C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., de Graaf, R., Huang, Y., Iwata, N., Karam, E.G., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scott, K.M. & Ormel, J. (2008). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 1132-1143.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale (3rd ed.) Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2000). *WAIS-III, Nederlandse bewerking: Technische handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

- Westerhof, G. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 808- 820.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The RAND-36 Short-form Health status Survey: 1: Conceptual Framework and item-selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- Wells, J.C., Tien, A.Y., Garrison, R. & Eaton, W.W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 84-90.
- Wittchen, H.U., Burke, J.D., Semler, G. & Pfister, H. (1989). Recall and dating of psychiatric symptoms: test-retest reliability of time-related symptom questions in a standardized psychiatric interview. *Archives of General Psychiatry*, 46, 437-443.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO- Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

Bijlage 1.

Leden van de externe en interne wetenschappelijke adviescommissie van NEMESIS-2

Leden van de externe wetenschappelijke adviescommissie:

Prof. dr. Paul Schnabel (voorzitter); directeur, Sociaal en Cultureel Planbureau, en universiteitshoogleraar, Universiteit Utrecht

Prof. dr. Aartjan Beekman; lid Raad van Bestuur, GGZ inGeest, hoofd afdeling Psychiatrie, en kernhoogleraar psychiatrie, VU Medisch Centrum

Prof. dr. Wim van den Brink; hoogleraar verslavingszorg, AMC-UvA

Prof. dr. Hans van Oers; hoofd centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, en hoogleraar openbare gezondheidszorg, Tranzo, Universiteit van Tilburg

Prof. dr. J. (Hans) Ormel; hoogleraar sociale psychiatrie en psychiatrische epidemiologie, Rijksuniversiteit Groningen

Mr. Mady Samuels; senior beleidsmedewerker, Ministerie van VWS

Prof. dr. Peter Verhaak; programmaleider, NIVEL, en hoogleraar geestelijke gezondheidszorg binnen de huisartsvoorziening, Rijksuniversiteit Groningen

Leden van de interne wetenschappelijke adviescommissie:

Dr. Margriet van Laar; hoofd programma Drug Monitoring, Trimbos-instituut

Prof. dr. Filip Smit; senior onderzoeker, Trimbos-instituut, en hoogleraar publieke geestelijke gezondheid, VU Medisch Centrum

Dr. Jan Walburg; Raad van Bestuur, Trimbos-instituut



De 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2) is een representatief onderzoek naar de psychische gezondheid van volwassenen van 18 tot en met 64 jaar in de algemene bevolking. Het is een herhaling en uitbreiding van de studie NEMESIS-1 (1996-1999). De eerste meting van NEMESIS-2 werd uitgevoerd tussen november 2007 en juli 2009. De tweede meting onder dezelfde respondenten vond plaats tussen november 2010 en juni 2012.

Dit rapport beschrijft de eerste resultaten van de tweede meting. Eerst wordt de opzet beschreven, waarbij ook ingegaan wordt op de vraag of respondenten die opnieuw konden worden geïnterviewd op een aantal kenmerken verschillen van degenen die niet meer deelnamen. Vervolgens wordt het ontstaan van psychische aandoeningen in de bevolking in kaart gebracht aan de hand van de volgende vragen.

Hoe vaak ontstaan psychische aandoeningen voor het eerst in een periode van drie jaar? Welke demografische kenmerken verhogen de kans op een nieuwe stoornis? Welke rol spelen daarbij negatieve veranderingen die plaatsvonden tussen beide metingen, zoals verlies van werk en daling van inkomen, wat belangrijke aspecten zijn in het licht van de huidige economische crisis. En is er een verband tussen eerdere stoornissen en het latere ontstaan van andere psychische aandoeningen?

Deze uitkomsten zijn van belang voor het ontwikkelen van effectieve preventie- en interventieactiviteiten gericht op het verminderen van de last die psychische aandoeningen met zich mee brengen voor de persoon zelf, voor haar of zijn familieleden en vrienden, voor de samenleving en voor het zorgsysteem.