

Tendrapportage GGZ 2010

Deel 2

Toegang en zorggebruik



20  
10

Tendrapportage GGZ 2010

# Deel 2

# Toegang en zorggebruik

Trimbos-instituut,  
Utrecht, 2010

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van VWS

### *Financiering*

Ministerie van VWS

### *Projectleiding en redactie*

Dr. J. Nuijen

### *Projectuitvoering*

Dr. W. Achterberg (afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, VU Medisch Centrum)

Drs. I.F.M. van Asch

Drs. C.E. van Dijk (NIVEL)

Drs. S.E.M. van Dijk

Dr. D. Frijters (afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, VU Medisch Centrum)

Drs. F.G.J. van Mierlo

Dr. J. Nuijen

Dr. S.A. Onrust

Prof. dr. A.M. Pot

Drs. G.A. Romijn

Drs. M.A. Veerbeek-Senster

Prof. dr. P.F.M. Verhaak (NIVEL)

Dr. R.A. Verheij (NIVEL)

Drs. A.P. van der Zanden

### *Met dank aan*

Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Dr. R. de Graaf

Dr. M. ten Have

Dr. H. Kroon

### *Productiebegeleiding*

L. Groeneveld

### *Opmaak en druk*

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-693-4

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl), onder vermelding van artikelnummer **AF1007**

U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2010 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 schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inleiding

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

In een tweejaarlijkse cyclus (gestart in 2008) worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrapportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen verdiepende themarapportages rond specifieke subthema's binnen de drie deelterreinen.

## Toegang en zorggebruik

Het voor u liggende overzichtsrapport richt zich op het deelterrein 'Toegang en zorggebruik'. Het betreft een actualisering en verbreding van het overzicht dat gegeven werd in de Trendrapportage GGZ 2008.<sup>1</sup> Er wordt niet alleen ingegaan op ontwikkelingen in de toegang tot de GGZ voor volwassenen en hun GGZ-gebruik, maar ook gekeken naar ontwikkelingen op deze gebieden bij kinderen en jongeren én bij ouderen.

Deel A focust op volwassenen. Allereerst wordt in hoofdstuk 1 nagegaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen hebben plaatsgevonden in het handelen van de huisarts ten aanzien van psychische problemen bij volwassenen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 zicht verkregen op ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen en de zorg die hun in deze setting geboden wordt. Tot slot gaat hoofdstuk 3 in op de ontwikkeling van het aantal gedwongen opnames en het aantal dwangtoepassingen in de periode 2002-2009.

---

<sup>1</sup> Van 't Land H., Grolleman J., Mutsaers K., Smits C. (2008). Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en zorggebruik. Basisanalyse. Utrecht: Trimbos-instituut.

Deel B richt zich op de jeugd. De focus van het hoofdstuk ligt op het in kaart brengen van ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren, de toegang tot de jeugd-GGZ en de zorg die in deze setting verleend wordt.

Deel C richt zich op ouderen. Net als bij volwassenen, wordt eerst nagegaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen te zien zijn in het handelen van de huisarts met betrekking tot psychische problemen. Daarna gaat hoofdstuk 2 in op ontwikkelingen in de periode 2003-2007 omtrent de instroom van ouderen in de tweedelijns GGZ, hun kenmerken en de zorg die hun in deze setting geboden wordt. Tot slot wordt in hoofdstuk 3 gekeken naar de verpleeghuissetting. Zicht wordt verkregen op het vóórkomen van psychische problemen bij verpleeghuisbewoners met en zonder dementie, hun hulpbehoefte, en de verleende zorg bij psychische problemen in de periode 2004-2008.

# Inhoudsopgave

## Deel A: Volwassenen

<b>1</b>	<b>Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008</b>	<b>11</b>
	<i>J. Nuijen, C.E. van Dijk, P.F.M. Verhaak, R.A. Verheij</i>	
1.1	Inleiding	11
1.2	Methode	14
1.3	Hoe vaak worden psychische diagnoses gesteld bij volwassenen?	17
1.4	Hoe vaak zijn andere diagnoses gesteld bij volwassenen met een psychische diagnose?	22
1.5	Hoe vaak en wat voor soort contact is er vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem?	26
1.6	Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij volwassenen met een psychische diagnose?	30
1.7	Hoe vaak en waarheen worden volwassenen met een psychische diagnose verwezen?	34
1.8	Samenvatting en beschouwing	41
	Referenties	53
	Bijlage 1	57
<b>2</b>	<b>Tweedelijns GGZ voor volwassenen: ontwikkelingen in toegang en gebruik</b>	<b>59</b>
	<i>J. Nuijen</i>	
2.1	Inleiding	59
2.2	Beknopte beschrijving van databronnen	60
2.3	Ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ	64
2.4	Ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ: de relatie met overheidsbeleid	81
2.5	Ontwikkelingen in het type zorg dat verleend wordt in de tweedelijns GGZ	94
2.6	Samenvatting en beschouwing	105
	Referenties	111
<b>3</b>	<b>Ontwikkelingen in de onvrijwillige geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>115</b>
	<i>S.E.M. van Dijk, J. Nuijen</i>	
3.1	Inleiding	115
3.2	Ontwikkeling aantal onvrijwillige opnemingen tussen 2002-2009	116
3.3	Ontwikkeling aantal onvrijwillige toepassingen in de GGZ tussen 2002-2009	122
3.4	Plannen tot wetswijziging	126
	Referenties	131

## Deel B: Jeugd

<b>1</b>	<b>Psychische problematiek bij kinderen en jongeren: over ontwikkelingen in het vóórkomen, de toegang tot en het gebruik van de jeugd-GGZ</b>	<b>135</b>
	<i>J. Nuijen, G.A. Romijn, F.G.J. van Mierlo, A.P. van der Zanden, S.A. Onrust</i>	
1.1	Inleiding	135
1.2	Ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren	137
1.3	Ontwikkelingen in de toegang tot de jeugd-GGZ	147
1.4	Ontwikkelingen in het gebruik van de jeugd-GGZ	159
1.5	Samenvatting en beschouwing	171
	Referenties	175

## Deel C: Ouderen

<b>1</b>	<b>Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008</b>	<b>181</b>
	<i>I.F.M. van Asch, M.A. Veerbeek-Senster, C.E. van Dijk, R.A. Verheij, P.F.M. Verhaak, A.M. Pot, J. Nuijen</i>	
1.1	Inleiding	181
1.2	Methode	184
1.3	Hoe vaak worden psychische diagnoses gesteld bij ouderen?	187
1.4	Hoe vaak zijn andere diagnoses gesteld bij ouderen met een psychische diagnose?	193
1.5	Hoe vaak en wat voor soort contact is er vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem?	200
1.6	Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij ouderen met een psychische diagnose?	205
1.7	Hoe vaak en waarheen worden ouderen met een psychische diagnose verwezen?	210
1.8	Samenvatting en beschouwing	216
	Referenties	229
	Bijlage 1	235
<b>2</b>	<b>Ouderen in de tweedelijns GGZ: over instroom, cliëntkenmerken en zorgverlening tussen 2003-2007</b>	<b>237</b>
	<i>M.A. Veerbeek-Senster, I.F.M. van Asch, A.M. Pot, J. Nuijen</i>	
2.1	Inleiding	237
2.2	Instroom van ouderen in de tweedelijns GGZ, hun kenmerken en zorggebruik in de periode 2003-2007	239

2.3	Samenvatting en beschouwing	246
	Referenties	249
<b>3</b>	<b>Ouderen in verpleeghuizen: over psychische problematiek, hulpbehoefte en zorgverlening tussen 2004-2008</b>	<b>251</b>
	<i>I.F.M. van Asch, M.A. Veerbeek-Senster, J. Nuijen, D. Frijters, W. Achterberg, A.M. Pot</i>	
3.1	Inleiding	251
3.2	Methode	253
3.3	Kenmerken van verpleeghuisbewoners met en zonder dementie	257
3.4	Het vóórkomen van psychische diagnoses en depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners en de relatie met lichamelijke aandoeningen	258
3.5	Hulpbehoefte van verpleeghuisbewoners en de relatie met psychische diagnoses en depressieve klachten	264
3.6	Zorg verleend aan verpleeghuisbewoners en de relatie met psychische diagnoses en depressieve klachten	267
3.7	Samenvatting en beschouwing	280
	Referenties	289
	Bijlage 1	291





Deel A

Volwassenen



# 1 Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008

## 1.1 Inleiding

Psychische problemen komen veel voor in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar. Ongeveer vier op de tien volwassenen (43,5%) heeft ooit in het leven een psychische stoornis gehad (De Graaf e.a., 2010). Vooral stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen vaak voor; bij ongeveer één op de vijf volwassenen wordt ooit in het leven ten minste één van deze stoornissen gezien (De Graaf e.a., 2010).

Als 'poortwachter' van de specialistische gezondheidszorg, inclusief de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), speelt de huisarts een belangrijke rol in de herkenning van en de zorg voor psychische problemen. De meeste volwassenen met depressie of angst die als zodanig herkend worden, worden uitsluitend in de huisartsenpraktijk behandeld; een minderheid wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste lijn (bv. eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns GGZ (Van Rijswijk e.a., 2007; Verhaak e.a., 2009). Er bestaat ruimte voor verbetering van psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk. Zo is er enerzijds sprake van onderherkenning en onderbehandeling van depressie en angst door huisartsen, en anderzijds sprake van medicamenteuze overbehandeling (Nuyen e.a. 2005; Smolders e.a., 2009). In de afgelopen jaren zijn veel activiteiten ondernomen om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te verbeteren. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of deze inspanningen geresulteerd hebben in veranderingen in de zorg die huisartsen verlenen aan volwassenen van 18-64 jaar met psychische problematiek. Alvorens de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk te presenteren, zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

### 1.1.1 Achtergrond

#### *Versterking eerste lijn*

Afgelopen decennium zijn er vanuit de overheid veel activiteiten ondernomen om de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, te versterken. Dit beleid is ingezet om de druk op de tweedelijns GGZ als gevolg van een stijgende zorgvraag op het gebied van psychische en psychosociale problemen te verminderen. Met het versterken van de eerstelijns GGZ wordt beoogd psychische problemen waar mogelijk te diagnosticeren en te behandelen in de eerste lijn, en indien noodzakelijk door te verwijzen naar de tweedelijns GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daartoe werd begin deze eeuw vanuit het Ministerie van VWS een pakket van maatregelen genomen, waaronder het vergroten van de capaciteit aan algemeen maatschappelijk werk (AMW),

het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om advies te vragen aan hulpverleners uit de gespecialiseerde GGZ (veelal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige; SPV), en het subsidiëren van een aantal lokale projecten gericht op een betere samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en met de gespecialiseerde GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daarnaast werd budget beschikbaar gesteld aan de koepelorganisaties van huisartsen, eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers waarmee activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GGZ-hulpverlening en het bevorderen van deskundigheid op dit gebied zijn bekostigd. Recente overheidsmaatregelen zijn de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de opname van de eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering per 1 januari 2008. Tevens is een nieuwe functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) ingevoerd. Het is de bedoeling dat de POH-GGZ de huisarts ondersteunt bij de zorg voor volwassenen met psychische problemen (Ten Have, 2007). Sinds 1 januari 2008 kan de huisarts aanspraak maken op structurele financiering van de functie POH-GGZ.

### **Doorbraakprojecten**

Naast deze overheidsmaatregelen zijn vanaf 2004 ook landelijke verbeterprojecten uitgevoerd (de zogenaamde doorbraakprojecten) met het oogmerk om deelnemende eerstelijns teams bestaande uit huisartsen en andere hulpverleners meer te laten handelen volgens aanbevelingen uit de NHG-standaarden (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004) en Multidisciplinaire richtlijnen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003, 2005) voor depressie en angst. In de Doorbraakprojecten Depressie I (uitgevoerd in de periode 2004-2006), Depressie II (2006-2008), en Angst (2006-2008) is vooral geprobeerd het *stepped care* model te implementeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Kenmerkend voor *stepped care* is dat de hulpverlener, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie kiest voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Het ziektebeloop en de behandeling worden continu geëvalueerd door de hulpverlener en patiënt, en bij onvoldoende effect wordt overgestapt op een meer intensieve interventie (Meeuwissen, 2004).

#### **1.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen**

Gegeven alle maatregelen, activiteiten en projecten die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om tot een sterkere en kwalitatief betere eerstelijns GGZ te komen, is de verwachting dat de er in deze periode op landelijk niveau veranderingen zichtbaar moeten zijn in de psychische zorg die in de huisartsenpraktijk verleend wordt aan volwassenen. Zo kan verwacht worden dat huisartsen volwassenen met psychische problemen relatief vaker zijn gaan doorverwijzen naar eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers, terwijl verwijzingen naar de tweedelijns GGZ juist zijn afgenomen. Daarnaast is de verwachting dat de kwaliteit van psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk verbeterd is, wat bijvoorbeeld tot uiting komt door een betere herkenning van psychische problemen bij volwassenen en het minder vaak voorschrijven van psychofarmaca bij lichtere problematiek.

Tot nu toe uitgevoerde studies naar veranderingen in de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk hebben zich gericht op de totale praktijkpopulatie en niet specifiek op volwassenen van 18-64 jaar (Meijer e.a., 2004; Braspenning e.a., 2005; Emmen & Verhaak, 2007). Het meest recente onderzoek vond dat huisartsen tussen 2001 en 2006 minder vaak psychofarmaca zijn gaan voorschrijven bij personen bij wie zij een psychisch probleem gediagnosticeerd hebben (Emmen & Verhaak, 2007). Wat betreft verwijsgedrag van huisartsen werden geen duidelijke ontwikkelingen gevonden in de periode 2001-2006. Een verklaring kan zijn dat een deel van de effecten van de ingezette maatregelen en activiteiten pas op langere termijn doorwerken. Verder zijn er zoals hierboven beschreven na 2006 diverse nieuwe maatregelen en activiteiten ondernomen om de eerstelijns GGZ verder te stimuleren.

De doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn wat betreft: het relatieve aantal volwassenen van 18-64 jaar bij wie huisartsen een psychisch probleem diagnosticeren; het relatieve aantal volwassenen bij wie daarnaast een bijkomend psychisch of lichamelijk probleem gediagnosticeerd is; de zorg die vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem verleend wordt door huisartsen; en het verwijsgedrag van huisartsen bij een gediagnosticeerd psychisch probleem.

### **Onderzoeksvragen**

De volgende onderzoeksvragen zullen beantwoord worden voor de jaren 2002, 2004, 2006 en 2008:

- 1) Met betrekking tot diagnoses:
  - Hoe vaak wordt een psychisch probleem gediagnosticeerd?
  - Bij hoeveel van de volwassenen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem zijn er bijkomende psychische of lichamelijke problemen gediagnosticeerd?
  
- 2) Met betrekking tot de verleende zorg:
  - Hoe vaak is er contact vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem, en wat is de aard van dit contact?<sup>1</sup>
  - Hoeveel van de volwassenen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem krijgen psychofarmaca voorgeschreven?
  
- 3) Met betrekking tot het verwijsgedrag:
  - Hoeveel van de volwassenen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem worden doorverwezen, en waar naar toe?

De onderzoeksvragen worden beantwoord voor de algemene groep volwassenen (18-64 jaar) die gediagnosticeerd zijn met een psychische probleem (ongeachte welke) en voor de subgroepen van volwassenen die gediagnosticeerd zijn met een specifiek

---

1 Deze onderzoeksvraag wordt vanwege verandering in registratie binnen LINH alleen beantwoord voor de jaren 2006 en 2008.

psychisch probleem, te weten depressie, angst, problematisch alcoholgebruik (alleen onderzoeksvraag 1) en psychotische stoornis (alleen onderzoeksvraag 1).<sup>2</sup>

Er wordt ook gekeken naar hoe vaak huisartsen bijkomende (oftewel 'comorbide') problemen diagnosticeren, omdat psychische stoornissen vaak gelijktijdig vóórkomen (De Graaf e.a., 2010), en ook frequent samengaan met chronische lichamelijke aandoeningen (Verdurmen e.a., 2006; Scott e.a., 2007). Psychische en somatische comorbiditeit heeft een ongunstige invloed op het beloop van een psychische stoornis. Omgekeerd, heeft de psychische stoornis een nadelige invloed op de prognose van een bijkomende psychische of lichamelijke aandoening (Verdurmen e.a., 2006; Scott e.a., 2009). Bijgevolg wordt in het geval van comorbiditeit soms een ander behandelbeleid aanbevolen (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003, 2005)

### 1.1.3 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit acht paragrafen. De onderzoeksmethode wordt in paragraaf 1.2 besproken. Daarna worden in de paragrafen 1.3 tot en met 1.7 achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met slotparagraaf 1.8 waarin de belangrijkste bevindingen samengevat en besproken worden.

## 1.2 Methode

### 1.2.1 Gebruikte gegevens

#### *LINH*

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (Verheij e.a., 2009). LINH is een netwerk van (in 2007) 89 geautomatiseerde huisartspraktijken bij wie bijna 340.000 patiënten staan ingeschreven. De aan LINH deelnemende huisartsen verzamelen op continue, routinematige wijze gegevens over gestelde diagnoses, patiëntcontacten en uitgevoerde verrichtingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat gegevens uit de EPD's opgenomen worden in de LINH database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats om de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen.

De praktijkpopulatie die ingeschreven staat bij de aan LINH deelnemende praktijken is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht. Ook de deelnemende huisartsen verschillen niet van de Nederlandse huisartsenpopulatie, afgezien van dat zij wat minder vaak werkzaam zijn in een solopraktijk, iets minder vaak werken in niet stedelijke gebieden, en juist wat vaker werkzaam zijn in weinig stedelijke gebieden.

---

2 De aantallen volwassenen met een diagnose problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis zijn te laag om de andere onderzoeksvragen te beantwoorden.

### **Selectie praktijken**

Om betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen zijn in alle onderzoeksjaren (2002, 2004, 2006 en 2008) voor elk van de onderzochte uitkomsten alleen gegevens gebruikt van de huisartspraktijken die voldeden aan kwaliteitscriteria voor registratie. Hierdoor verschillen per onderzoeksjaar per uitkomst de aantallen praktijken en volwassenen waarop de resultaten gebaseerd zijn (zie Bijlage 1). De leeftijd- en geslachtsverhouding van onderzochte volwassenen blijkt over de jaren redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2006 en 2008). Wel varieert de verdeling van urbanisatiegraad enigszins tussen de jaren.

### **1.2.2 Onderzochte variabelen**

#### ***Psychische en bijkomende diagnoses***

De huisartsen registreren diagnoses die zij stellen bij volwassenen in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Diagnoses worden gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem *International Classification of Primary Care* (ICPC; Lambert & Wood, 1987). Hierbij geeft de huisarts aan of het een nieuwe of reeds bestaande diagnose betreft. Diagnosecodes voor psychische problemen zijn in de ICPC ondergebracht in het zogenoemde P-hoofdstuk, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen diagnoses op het niveau van symptomen/klachten (bv. slapeloosheid) en op het niveau van aandoeningen (bv. depressie).

In dit onderzoek wordt gekeken naar de algemene groep volwassenen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (d.w.z. volwassenen met  $\geq 1$  'P-diagnose', ongeacht of het een symptoom/klacht of aandoening betreft) en naar subgroepen van volwassenen met een specifieke diagnose, te weten depressie (ICPC-codes: P76/P03), angst (P76/P01), problematisch alcoholgebruik (P15/P16) en psychotische stoornis (P71/P72/P98). Hoe vaak een (specifiek) psychische diagnose gesteld is in een onderzoeksjaar is bepaald aan de hand van het aantal volwassenen met de betreffende diagnose (ongeacht of deze nieuw is of al bestond) (prevalentie), en daarnaast ook aan de hand van het aantal volwassenen bij wie de diagnose nieuw gesteld wordt (incidentie).

Voor de subgroepen van volwassenen met een diagnose depressie en met een diagnose angst is nagegaan hoe vaak zij daarnaast gediagnosticeerd zijn met bijkomende psychische en lichamelijke problemen. Wat betreft bijkomende lichamelijke diagnoses is gekeken naar vier ziektecategorieën, te weten astma/chronisch obstructieve longziekte (COPD) (R91/R95/R96), diabetes mellitus (T90), bot- of gewrichtsaandoening (L88-L91/L95/L96) en hart- of vaatziekte (K74-K77/K89/K90).

#### ***Contacten***

In de periode 2002-2008 is tengevolge van de stelselwijziging in 2006 de wijze waarop contacten bepaald worden veranderd binnen LINH. Hierdoor kan er geen betrouwbare vergelijking gemaakt worden tussen contactgegevens van voor en na 2006. Daarom is er voor gekozen contactgegevens vanwege een (specifieke) psychische diagnose alleen voor de jaren 2006 en 2008 te presenteren.



Na 2006 zijn contacten gebaseerd op gedeclareerde contacten die gecodeerd worden met een CTG-code (College Tarieven Gezondheidszorg). Hieronder vallen (telefonische) consulten en visites van de huisarts en praktijkondersteuner (POH), maar ook zogenoemde 'modernisatie en innovatie-verrichtingen'. Een gedeclareerd contact kan meerdere deelcontacten voor verschillende diagnoses omvatten. De CTG-codering biedt de mogelijkheid een onderscheid te maken naar type contact aan de hand van betrokken hulpverlener (huisarts of POH), contactduur (<20 of >20 minuten) en manier van contact (consult in de praktijk, telefonisch consult, of visite).

### ***Voorschrijven van psychofarmaca***

Huisartsen coderen voorschriften van medicatie in het HIS met behulp van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem ([www.whocc.no](http://www.whocc.no)). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende typen psychofarmaca: antidepressiva (ATC-code: N06A), kalmeringsmiddelen (anxiolytica; N05B), slaapmiddelen (hypnotica/sedativa; N05C), antipsychotica (N05A) en middelen bij alcoholverslaving (N07BB). Wat betreft antidepressiva wordt nog een verder onderscheid gemaakt tussen selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's; N06AB), tricyclische antidepressiva (TCA's; N06AA) en overige antidepressiva (N06AF/N06AG/N06AX).

### ***Verwijzingen***

Binnen LINH worden de volgende verwijsbestemmingen naar psychische hulpverlening geregistreerd: maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut en consultatiebureau voor alcohol en drugs. Het is belangrijk op te merken dat binnen LINH huisartsen geacht worden verwijzingen naar de vier eerstgenoemde bestemmingen te registreren, terwijl verwijzingen naar de drie overige bestemmingen facultatief zijn. Verder is binnen LINH wat betreft verwijzingen naar de tweede lijn alleen registratie van nieuwe verwijzingen verplicht.

## **1.2.3 Analyse en presentatie van resultaten**

Analyses zijn beschrijvend van aard en de resultaten worden in grafieken gepresenteerd.

Zoals eerder beschreven worden analyses uitgevoerd voor de algemene groep volwassenen met enigerlei psychische diagnose en voor subgroepen van volwassenen met een specifieke diagnose. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoeksvragen met betrekking tot bijkomende diagnoses, verleende zorg, en verwijsgedrag alleen beantwoord worden voor de twee subgroepen van volwassenen met een diagnose depressie en met een diagnose angst. Dit omdat de subgroepen van volwassenen met een diagnose problematisch alcoholgebruik en met een diagnose psychotische stoornis te klein zijn om betekenisvolle uitspraken te doen. Telkens wordt nagegaan of uitsplitsing naar geslacht invloed heeft op de bevindingen. Verder uitsplitsing naar leeftijd (18-24, 25-44 en 45-64 jaar) is alleen gemaakt met betrekking tot gestelde psychische en bijkomende diagnoses.

## 1.3 Hoe vaak worden psychische diagnoses gesteld bij volwassenen?

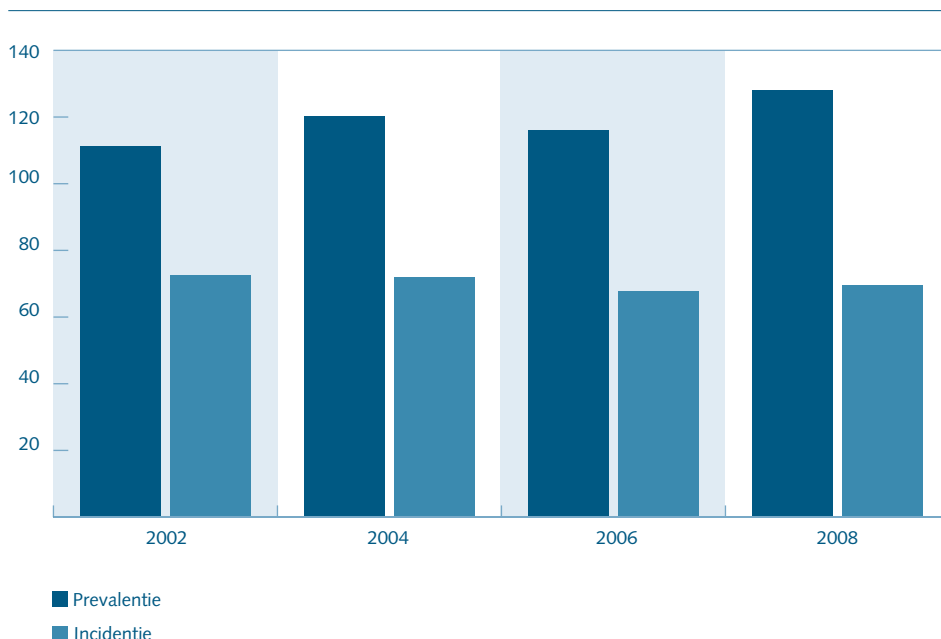
In deze paragraaf wordt eerst beschreven hoe vaak er in de periode 2002-2008 een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd wordt bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Vervolgens wordt hetzelfde gedaan voor een viertal specifieke diagnoses, te weten depressie, angst, problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis.

### 1.3.1 Psychische diagnose

#### *Hoe vaak wordt een psychische diagnose gesteld?*

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij 11,1% tot 12,8% van de volwassenen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd door de huisarts (zie Grafiek 1). Er is in deze periode geen consistente toe- of afname te zien in dit percentage. Dit geldt ook wanneer gekeken wordt naar het aantal nieuwe gevallen bij wie een psychische diagnose gesteld is.

**Grafiek 1** Prevalentie (per 1000 volwassenen van 18-64 jaar) en incidentie (per 1000 volwassenen) van enige psychische diagnose in de periode 2002-2008



#### *Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?*

Tussen 2002 en 2008 wordt op jaarbasis een psychische diagnose ongeveer 1,5 tot 1,7 keer zo vaak gesteld bij vrouwen als bij mannen. De huisarts heeft in deze periode jaarlijks bij 13,9% tot 15,4% van de vrouwen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd;

bij de mannen varieert het percentage met een psychische diagnose tussen de 8,4% en 10,1%. Zowel bij mannen als vrouwen wordt een psychische diagnose het vaakst gesteld in de leeftijd tussen 45 en 64 jaar; en het minst vaak in de leeftijd tussen 18 en 24 jaar.

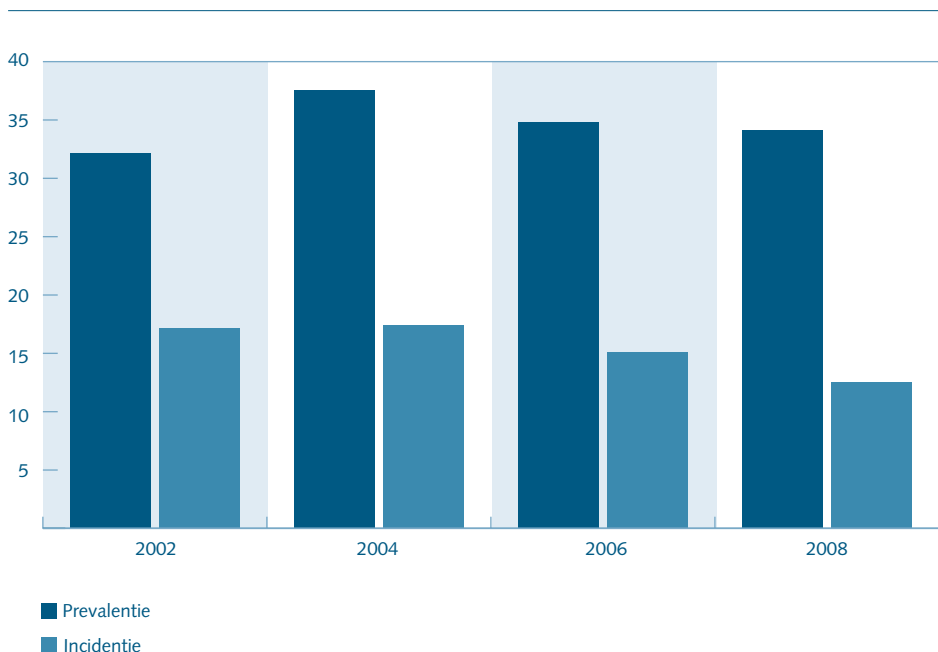
Wanneer de totale groep volwassenen uitgesplitst wordt naar geslacht en leeftijd zijn er in de periode 2002-2008 wel ontwikkelingen te zien bij mannen. Zowel onder mannen van 18-24 jaar (van 4,7% naar 7,1%) als onder mannen van 25-44 jaar (van 3,6% naar 4,7%) is het percentage met een psychische diagnose tussen 2002 en 2008 consistent gestegen.

### 1.3.2 Diagnose depressie

#### *Hoe vaak wordt de diagnose depressie gesteld?*

Na een aanvankelijke stijging van 3,2% in 2002 naar 3,8% in 2004, daalt vanaf 2004 het percentage volwassenen bij wie een depressie gediagnosticeerd wordt tot 3,4% in 2008 (zie Grafiek 2). Ook wat betreft het aantal nieuwe gevallen met een diagnose depressie is vanaf 2004 een daling waarneembaar.

**Grafiek 2** Prevalentie (per 1000 volwassenen van 18-64 jaar) en incidentie (per 1000 volwassenen) van diagnose depressie in de periode 2002-2008



#### *Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?*

De diagnose depressie wordt ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen gesteld in de huisartsenpraktijk. Bij zowel mannen als vrouwen wordt depressie relatief

het meest gediagnosticeerd tussen 45 en 64 jaar; en relatief het minst frequent tussen de 18 en 24 jaar.

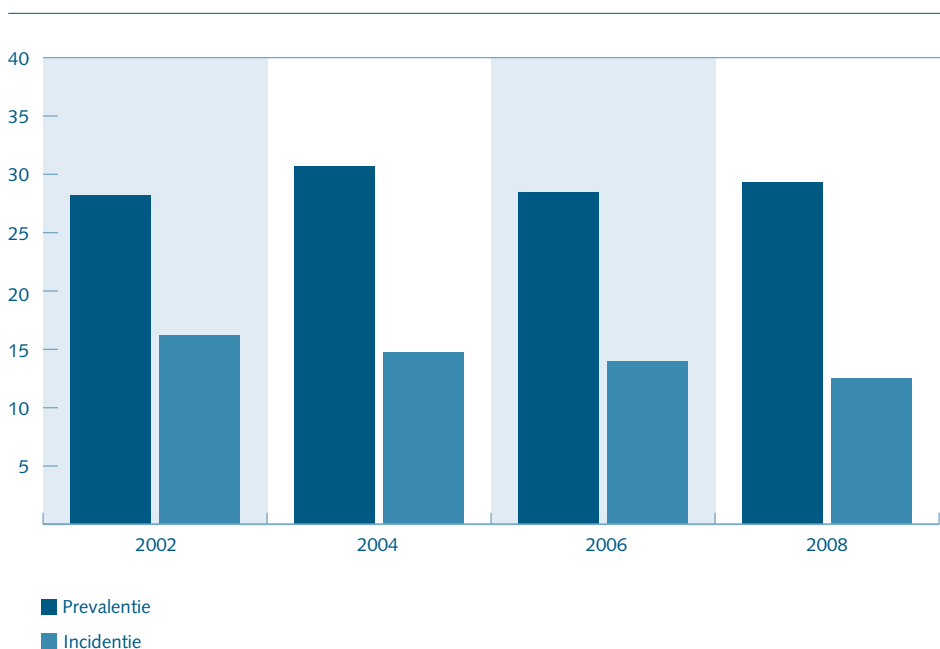
Over het algemeen zijn de hierboven beschreven ontwikkelingen omtrent de diagnoses depressie in de totale groep volwassenen ook te zien wanneer verder uitgesplitst wordt naar geslacht en leeftijd. Een uitzondering vormen mannen van 18-24 jaar: in deze groep zijn geen duidelijke veranderingen waarneembaar. Verder daalt onder vrouwen van 25-44 jaar en onder vrouwen van 45-64 jaar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose depressie al vanaf 2002.

### 1.3.3 Diagnose angst

#### *Hoe vaak wordt de diagnose angst gesteld?*

In de periode 2002-2008 wordt op jaarbasis bij 2,8% tot 3,1% van de volwassenen een diagnose angst gesteld door de huisarts (zie Grafiek 3). Er is geen duidelijke stijging of daling van het percentage volwassenen dat gediagnosticeerd is met angst. Echter, wanneer gekeken naar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose angst, is er een consistente daling te zien tussen 2002 en 2008.

**Grafiek 3 Prevalentie (per 1000 volwassenen van 18-64 jaar) en incidentie (per 1000 volwassenen) van diagnose angst in de periode 2002-2008**



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Evenals het geval is voor de diagnose depressie, wordt de diagnose angst ongeveer twee maal zo vaak door de huisarts gesteld bij vrouwen dan mannen. Ook angst wordt relatief het vaakst gediagnosticeerd bij mannen en vrouwen tussen 45-64 jaar; en het minst vaak bij mannen en vrouwen van 18-24 jaar.

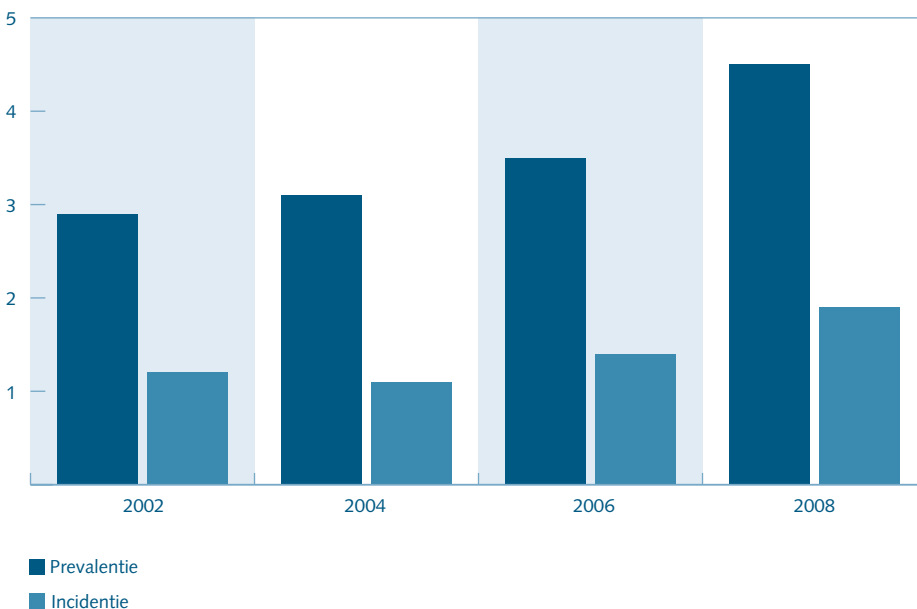
Wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht en leeftijd is de hierboven beschreven daling in het aantal nieuwe gevallen met een diagnose angst alleen te zien onder mannen en vrouwen tussen 45-64 jaar, en niet in de jongere leeftijdscategorieën.

## **1.3.4 Diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis**

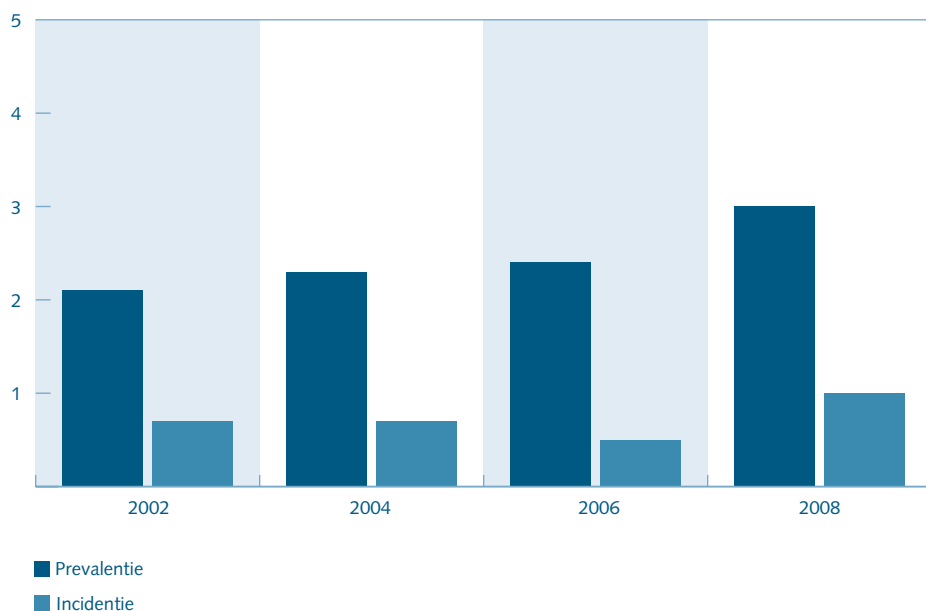
### ***Hoe vaak worden de diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis gesteld?***

De huisarts diagnosticeert bij weinig volwassenen problematisch alcoholgebruik (zie Grafiek 4). Wel is er een duidelijke stijging te zien in het percentage volwassenen met een diagnose problematisch alcoholgebruik, van 0,3% in 2002 naar 0,5% in 2008. Ook de diagnose psychotische stoornis wordt in de huisartsenpraktijk weinig gesteld, maar wel steeds vaker tussen 2002 (bij 0,2% van de volwassenen) en 2008 (bij 0,3% van de volwassenen) (zie Grafiek 5).

**Grafiek 4** Prevalentie (per 1000 volwassenen van 18-64 jaar) en incidentie (per 1000 volwassenen) van diagnose problematisch alcoholgebruik



Grafiek 5 Prevalentie (per 1000 volwassenen van 18-64 jaar) en incidentie (per 1000 volwassenen) van diagnose psychotische stoornis



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Problematisch alcoholgebruik wordt door huisartsen ongeveer 2,5 maal zo vaak gediagnosticeerd bij mannen als bij vrouwen. Wat betreft de diagnose psychotische stoornis is er alleen in 2006 en 2008 een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen. In deze jaren worden ongeveer 1,5 keer zo veel mannen gediagnosticeerd met een psychotische stoornis. Zowel bij mannen als vrouwen wordt problematisch alcoholgebruik relatief het meest frequent gediagnosticeerd tussen 45-64 jaar; en het minst vaak tussen 18-24 jaar. De diagnose psychotische stoornis is meer gelijk verdeeld over deze drie leeftijdsgroepen.

Wanneer verder uitgesplitst wordt naar geslacht en leeftijd is de bovenbeschreven stijging in het percentage volwassenen met een diagnose problematisch alcoholgebruik tussen 2002 en 2008 alleen terug te vinden bij mannen tussen 25-44 jaar (van 0,3% naar 0,5%) en bij 45-64-jarige mannen (van 0,6% naar 1,0%) en vrouwen (0,2% naar 0,5%). Alleen onder mannen van 18-24 jaar is er tussen 2002 en 2008 sprake van een consistent stijgend percentage met een diagnose psychotische stoornis.

## 1.4 Hoe vaak zijn andere diagnoses gesteld bij volwassenen met een psychische diagnose?

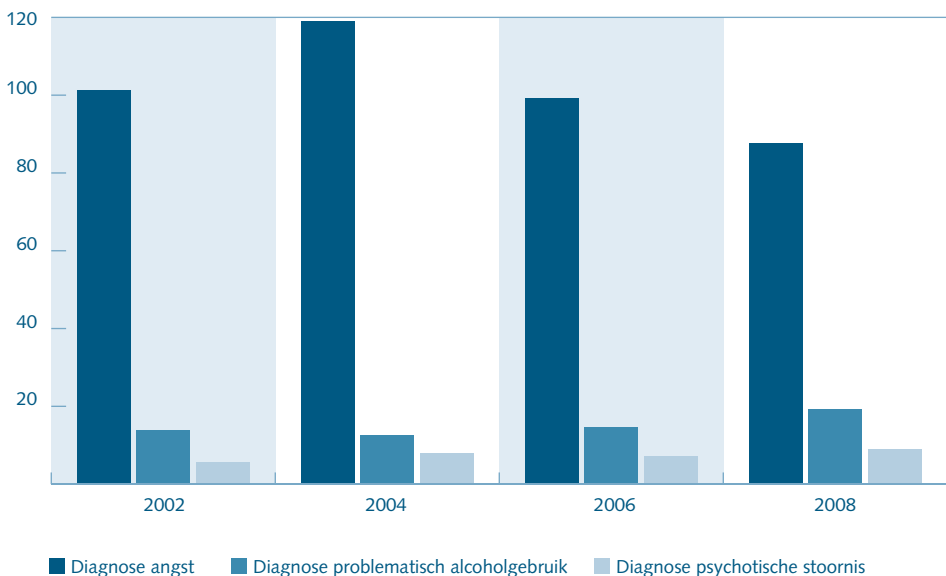
In deze paragraaf wordt beschreven bij hoeveel van de volwassenen met, respectievelijk, een diagnose depressie en een diagnose angst daarnaast ook andere diagnoses gesteld zijn. Eerst wordt bekeken hoe vaak andere psychische problemen gediagnosticeerd zijn; vervolgens hoe vaak bijkomende lichamelijke aandoeningen gediagnosticeerd zijn.

### 1.4.1 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose depressie

#### *Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose depressie?*

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij 8,8% tot 11,9% van de volwassenen met een diagnose depressie ook angst gediagnosticeerd (zie Grafiek 6). Hoewel het percentage volwassenen met een bijkomende diagnose angst tussen 2002 en 2004 toeneemt van 10,1% naar 11,9%, daalt dit percentage vervolgens consistent tot 8,8% in 2008. Problematisch alcoholgebruik (1,3-1,9%) of een psychotische stoornis (0,6-0,9%) wordt weinig gediagnosticeerd bij volwassenen met een diagnose depressie. Het percentage volwassenen met een bijkomende diagnose problematisch alcoholgebruik neemt vanaf 2004 (1,3%) toe tot 1,9% in 2008.

**Grafiek 6** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 volwassenen)



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Bijkomende angst wordt vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Andersom, worden problematisch alcoholgebruik en een psychotische stoornis juist vaker gediagnosticeerd bij mannen dan vrouwen met een diagnose depressie. Zowel bij mannen als vrouwen worden angst en problematisch alcoholgebruik het minst vaak naast depressie gediagnosticeerd in de leeftijd tussen 18-24 jaar.

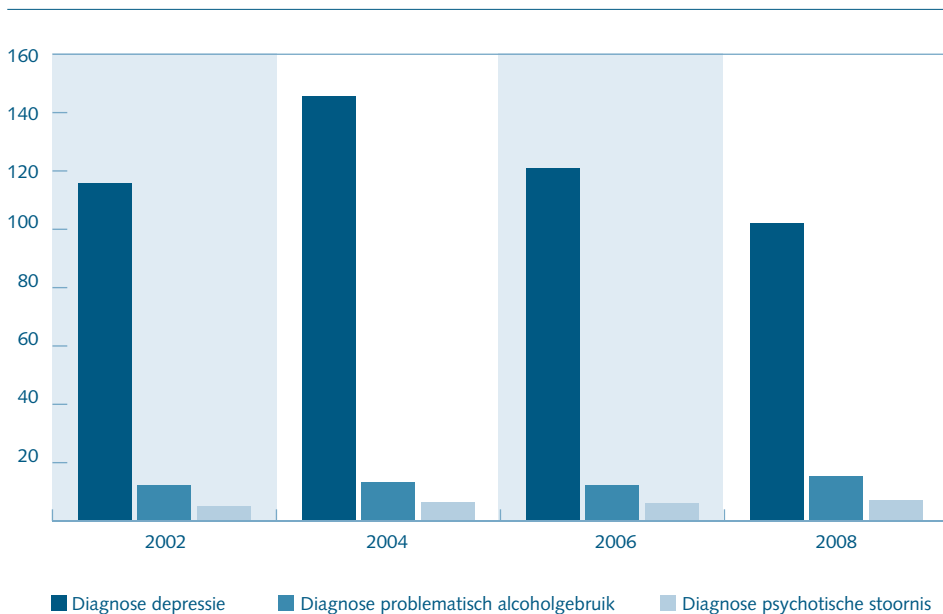
De hierboven beschreven observaties voor de totale groep volwassenen gelden ook wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen. Een uitzondering is dat alleen onder mannen tussen 2004 en 2008 een stijgend percentage met een diagnose depressie en bijkomende diagnose problematisch alcoholgebruik te zien is (van 2,0% in 2004 naar 3,9% in 2008).

### **1.4.2 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

De diagnose die veruit het meest gesteld is naast angst is depressie (zie Grafiek 7). Terwijl het percentage volwassenen met een bijkomende diagnose depressie eerst toeneemt van 11,6% in 2002 tot 14,5% in 2004, daalt dit percentage daarna in de volgende jaren tot 10,1% in 2008. Problematisch alcoholgebruik en een psychotische stoornis worden weinig gediagnosticeerd bij volwassenen met een diagnose angst.

**Grafiek 7 Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 volwassenen)**





### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

De huisarts diagnosticeert vaker een bijkomende depressie bij vrouwen dan mannen met een diagnose angst. Bijkomende diagnoses problematisch alcoholgebruik en een psychotische stoornis zijn daarentegen vaker gediagnosticeerd bij mannen dan vrouwen. In de leeftijd tussen 18 en 24 jaar is het minst vaak een depressie en problematisch alcoholgebruik gediagnosticeerd naast een diagnose angst.

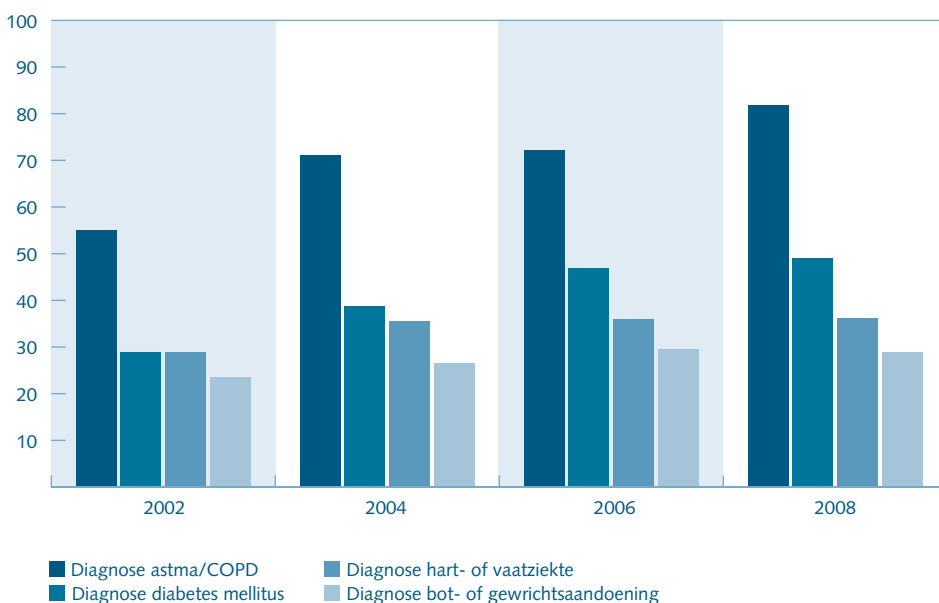
De hierboven beschreven observaties voor de totale groep volwassenen gelden ook wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen.

### **1.4.3 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose depressie**

#### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose depressie?***

In de periode 2002-2008 is astma/COPD relatief het vaakst gediagnosticeerd naast een diagnose depressie, gevolgd door, respectievelijk, diabetes mellitus, hart- of vaatziekte en bot- of gewrichtsaandoening. Bijkomende lichamelijke diagnoses worden in deze periode steeds vaker gesteld (zie Grafiek 8). In 2002 werd, respectievelijk, bij 5,5% van de volwassenen met een diagnose depressie ook astma/COPD gediagnosticeerd, bij 2,9% diabetes mellitus, bij 2,9% een hart- of vaatziekte en bij 2,4% een bot- of gewrichtsaandoening. In 2008 zijn deze percentages gestegen naar, respectievelijk, 8,2%, 4,9%, 3,6% en 2,9%. Met name het percentage volwassenen dat ook gediagnosticeerd is met astma/COPD of diabetes mellitus is dus toegenomen.

**Grafiek 8** Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 volwassenen)



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Astma/COPD en een bot- of gewrichtsaandoening worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Daarentegen hebben meer mannen dan vrouwen met een diagnose depressie daarnaast ook een diagnose diabetes of een diagnose hart- of vaatziekte. Het is niet verrassend dat de onderzochte lichamelijke aandoeningen vooral gediagnosticeerd worden bij mannen en vrouwen met een diagnose depressie van middelbare leeftijd (45-64 jaar). Alleen astma/COPD wordt ook in de lagere leeftijdscategorieën relatief frequent gediagnosticeerd, en dan met name bij vrouwen.

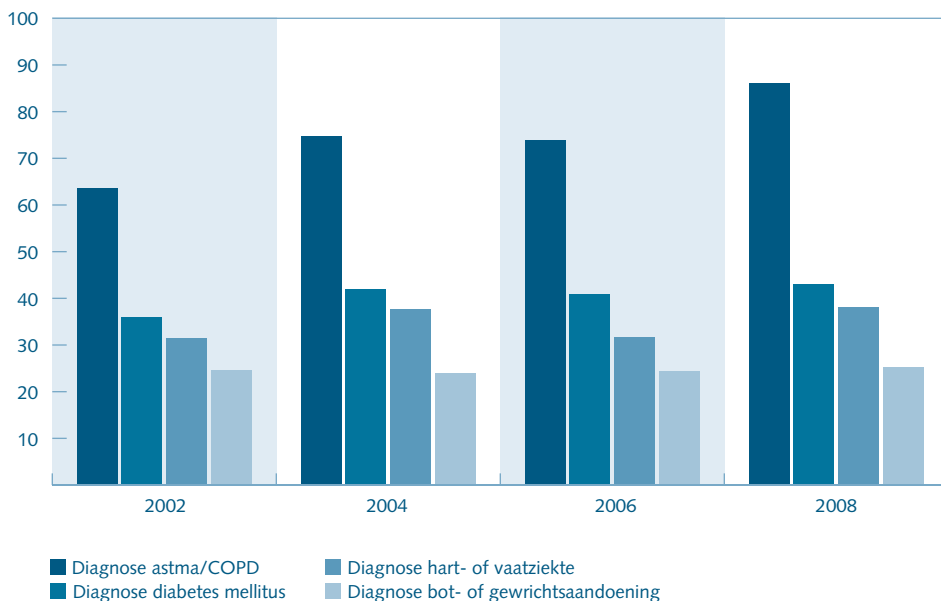
Wanneer we ons beperken tot de leeftijdsgroep 45-64 jaar zijn onder mannen en vrouwen over het algemeen dezelfde ontwikkelingen te zien als in de totale groep volwassenen met een diagnose depressie: tussen 2002 en 2008 stijgen met name de percentages volwassenen met een bijkomende diagnose astma/COPD (mannen: van 5,4% naar 9,2%; vrouwen: van 7,4% naar 10,3%) of een bijkomende diagnose diabetes mellitus (mannen: van 6,8% naar 10,5%; vrouwen: van 4,2% naar 7,2%). Een stijgend percentage volwassenen met een bijkomende diagnose bot- of gewrichtsaandoening is in deze periode alleen te zien onder vrouwen van 45-64 jaar (van 5,4% naar 6,7%), en niet onder hun mannelijke leeftijdsgenoten.

### **1.4.4 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

Net als bij de diagnose depressie, is astma/COPD de meeste gestelde lichamelijke diagnose naast een diagnose angst, gevolgd door diabetes mellitus, hart- of vaatziekte en bot- of gewrichtsaandoening (zie Grafiek 9). Tussen 2002 en 2008 is bij volwassenen met een diagnose angst alleen het percentage met een bijkomende diagnose astma/COPD duidelijk toegenomen (van 6,4% naar 8,6%).

**Grafiek 9 Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 volwassenen)**



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Bij volwassenen met een diagnose angst zijn globaal dezelfde patronen waarneembaar als bij volwassenen met een diagnose depressie. Astma/COPD en bot- of gewrichtsaandoening worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen met een diagnose angst; diabetes mellitus en een hart- of vaataandoening juist vaker bij mannen met een diagnose angst. Afgezien van astma/COPD, worden de lichamelijke diagnoses vooral gesteld onder 45-64-jarigen.

Wanneer de totale groep volwassenen met een diagnose angst uitgesplitst wordt naar leeftijd en geslacht, is tussen 2002 en 2008 alleen onder mannen van 18-24 jaar (van 2% naar 7%) en onder vrouwen van 45-64 jaar (van 9% naar 13%) een consistent stijgend percentage met een bijkomende diagnose astma/COPD te zien. Wat betreft de andere lichamelijke diagnoses zijn ook in de leeftijdsgroep 45-64 jaar geen duidelijke, consistente veranderingen te zien tussen 2002 en 2008, zowel onder mannen als vrouwen.

## **1.5 Hoe vaak en wat voor soort contact is er vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem?**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak volwassenen contact hebben met de huisartsenpraktijk vanwege een psychische diagnose in het algemeen en specifiek

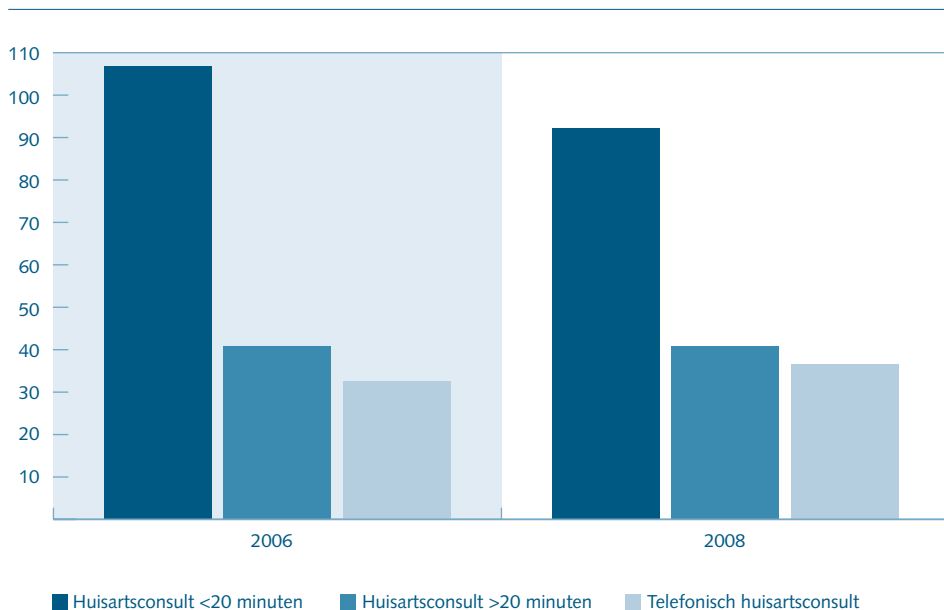
vanwege een diagnose depressie of angst. Cijfers worden alleen gepresenteerd voor de jaren 2006 en 2008. Zoals eerder beschreven verschilt binnen LINH de wijze waarop contacten geregistreerd worden tussen de jaren 2002-2004 en 2006-2008, waardoor vergelijking tussen beiden perioden niet mogelijk is.

### 1.5.1 Psychische diagnose

#### *Hoe vaak is er contact vanwege een psychische diagnose?*

Het aantal contacten vanwege een psychische diagnose daalt tussen 2006 en 2008 van 202 naar 192 contacten per 100 gediagnosticeerde volwassenen (een afname van 5%). Veruit de meeste contacten vanwege een psychische diagnose betreffen een consult met de huisarts korter dan 20 minuten (zie Grafiek 10). Wel neemt de frequentie van het korte huisartsconsult af tussen 2006 en 2008, van 107 naar 92 consulten per 100 gediagnosticeerde volwassenen. Andere typen contacten die relatief vaak voorkomen vanwege een psychische diagnose zijn een consult met de huisarts langer dan 20 minuten en een telefonisch huisartsconsult. Het aantal lange huisartsconsulten per 100 gediagnosticeerde volwassenen blijft nagenoeg gelijk tussen 2006 en 2008. De frequentie van telefonische huisartsconsulten neemt toe, van 33 naar 37 consulten per 100 gediagnosticeerde volwassenen. Huisartsvisites en contacten met de praktijkondersteuner (POH) vanwege een psychische diagnose komen weinig voor.

**Grafiek 10** Aantal specifieke contacten per 100 volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose



### *Is er een invloed van geslacht?*

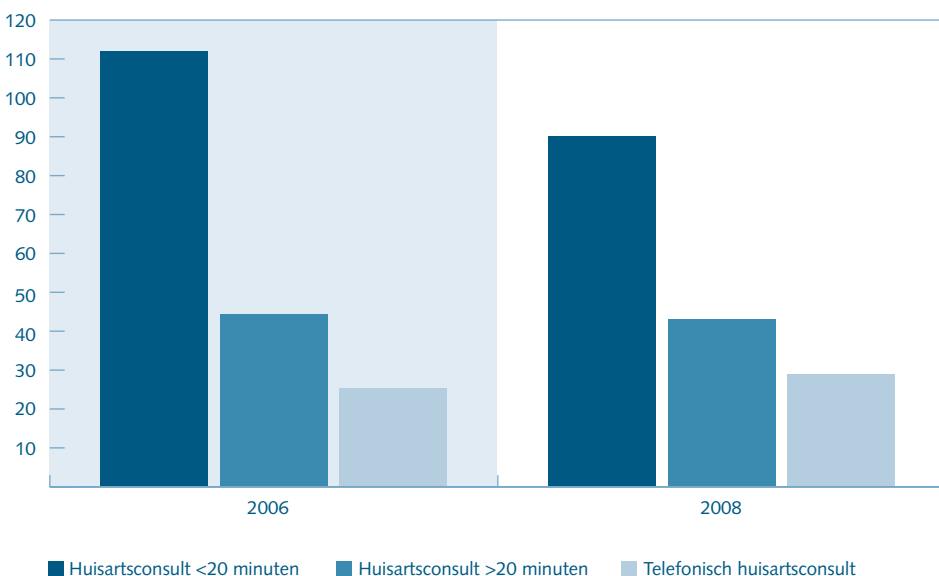
Vrouwen hebben in 2006 en 2008 vaker dan mannen een huisartsconsult langer dan 20 minuten en ook vaker een telefonisch huisartsconsult. De bovenbeschreven veranderingen tussen 2006 en 2008 wat betreft het aantal en type contacten in de totale groep volwassenen met een psychische diagnose zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## 1.5.2 Diagnose depressie

### *Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose depressie?*

Het aantal contacten vanwege een diagnose depressie per 100 gediagnosticeerde volwassenen daalt van 182 in 2006 naar 169 in 2008 (een afname van 7%). Volwassenen met diagnose depressie hebben vooral consulten met de huisarts die korter duren dan 20 minuten, en in mindere mate huisartsconsulten langer dan 20 minuten en telefonisch huisartsconsulten (zie Grafiek 11). Veranderingen tussen 2006 en 2008 verschillen per type contact. Het aantal korte huisartsconsulten is gedaald van 112 naar 90 per 100 gediagnosticeerde volwassenen. Daarentegen stijgt het aantal telefonische huisartsconsulten van 25 naar 29 per 100 gediagnosticeerde volwassenen. Het aantal lange huisartsconsulten blijft nagenoeg gelijk. Visites van de huisarts of (telefonische) consulten met de POH vanwege een diagnose depressie komen weinig voor.

**Grafiek 11** Aantal specifieke contacten per 100 volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie



### Is er een invloed van geslacht?

In 2006 hebben mannen vaker contact vanwege een diagnose depressie, terwijl in 2008 vrouwen juist vaker contact hebben. Wat betreft type contact hebben in beide jaren vrouwen vaker dan mannen een telefonisch huisartsconsult vanwege een diagnose depressie.

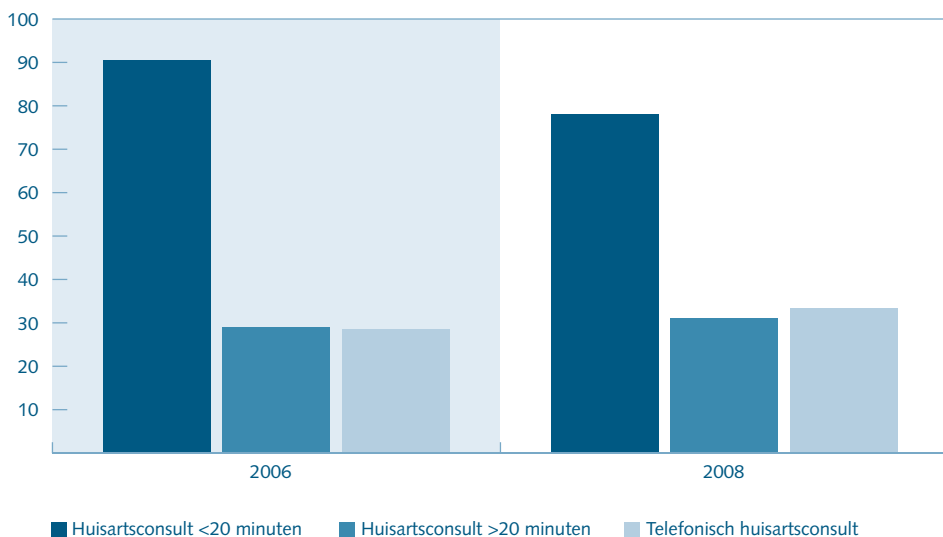
Uitsplitsing naar geslacht laat zien dat de daling van het aantal contacten tussen 2006 en 2008 onder vrouwen (van 184 naar 162 contacten) sterker is dan onder mannen (van 180 naar 172 contacten). Verder is er alleen onder vrouwen sprake van een nagenoeg constant blijvend aantal korte huisartsconsulten en een stijgend aantal telefonische huisartsconsulten (van 26 naar 31 consulten). Onder mannen is er sprake van een daling van het aantal lange huisartsconsulten (van 46 naar 40 consulten) en blijft het aantal telefonische huisartsconsulten vrijwel gelijk (respectievelijk 24 en 25 consulten).

### 1.5.3 Diagnose angst

#### Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose angst?

Het aantal contacten vanwege een diagnose angst daalt tussen 2006 en 2008, van 153 naar 147 contacten per 100 gediagnosticeerde volwassenen (een afname van 4%). Wanneer gekeken wordt naar het type contact vanwege een diagnose angst zijn globaal dezelfde patronen waarneembaar als bij een diagnose depressie (zie Grafiek 12): er is een daling van het aantal huisartsconsulten korter dan 20 minuten (van 90 naar 78 consulten per 100 gediagnosticeerde volwassenen), een lichte stijging van het aantal telefonische huisartsconsulten (van 29 naar 33 consulten), terwijl het aantal huisartsconsulten langer dan 20 minuten ongeveer stabiel blijft. Er zijn niet vaak huisartsvisites of contacten met de POH vanwege een diagnose angst.

Grafiek 12 Aantal specifieke contacten per 100 volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In 2006 en 2008 is het aantal contacten vanwege een diagnose angst hoger onder vrouwen dan mannen. Vrouwen hebben in beide jaren vaker dan mannen een telefonisch huisartsconsult vanwege een diagnose angst. De overige typen contacten verschillen niet consistent per geslacht.

De ontwikkelingen omtrent contacten vanwege een diagnose angst tussen 2006 en 2008 in de totale groep volwassenen zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen.

## **1.6 Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij volwassenen met een psychische diagnose?**

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe vaak in de periode 2002-2008 psychofarmaca voorgeschreven worden aan volwassenen bij wie de huisarts een psychische diagnose gesteld heeft. Eerst wordt gekeken naar de algemene groep volwassenen bij wie een psychisch probleem (willekeurig welke) gediagnosticeerd is; vervolgens naar de subgroepen van volwassenen met, respectievelijk, een diagnose depressie en een diagnose angst.

### **1.6.1 Psychische diagnose**

#### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een psychische diagnose?***

Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven psychofarmaca aan volwassenen die gediagnosticeerd zijn met een psychische klacht of aandoening (zie Grafiek 13). In de periode 2002-2008 krijgt ruwweg een derde van deze volwassenen een antidepressivum voorgeschreven. Specifieke serotonine-heropname-remmers (SSRI's) vormen veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum. Vanaf 2004 (35,7%) neemt het percentage volwassenen met een voorschrift van antidepressiva geleidelijk af tot 32,8% in 2008. Dit geldt ook voor het percentage volwassenen met een voorschrift van SSRI's (een daling van 24,8% in 2004 naar 21,2% in 2008). Daarentegen is tussen 2002 en 2008 een consistent stijgend percentage volwassenen te zien met een voorschrift van overige antidepressiva (o.a. venlafaxine, mirtazapine), van 5,7% naar 7,5%.

Naast antidepressiva, wordt tussen 2002 en 2008 in de huisartsenpraktijk relatief vaak kalmerings- of slaapmiddelen voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose. Ook voor deze typen psychofarmaca geldt dat vanaf 2004 het percentage volwassenen met een voorschrift consistent afneemt (% voorschrift kalmeringsmiddel: daling van 31,1% in 2004 naar 28,0% in 2008; % voorschrift slaapmiddel: daling van 23,4% in 2004 naar 21,6% in 2008).

Antipsychotica worden weinig voorgeschreven in de huisartsenpraktijk, en alcoholmiddelen zeer weinig (niet weergegeven in Grafiek 13). Wel neemt tussen 2002 en 2008 het percentage volwassenen met een psychische diagnose dat een antipsycho-

ticum (van 4,8% naar 6,1%) of alcoholmiddel (van 0,5% naar 0,8%) voorgeschreven krijgt consistent toe.

**Grafiek 13** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Antidepressiva, kalmerings- en slaapmiddelen worden wat vaker voorgeschreven aan vrouwen dan mannen met een psychische diagnose. Antipsychotica en alcoholmiddelen daarentegen meer bij mannen.

Bovenbeschreven ontwikkelingen in het voorschrijven van psychofarmaca in de totale groep volwassenen met een psychische diagnose zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht, enkele uitzonderingen daargelaten. Alleen bij vrouwen is er sprake van een stijgend percentage met een voorschrift van overige antidepressiva is (van 5,5% in 2002 naar 7,9% in 2008). Daarnaast daalt onder vrouwen het percentage met een voorschrift van TCA's (van 7,6% in 2002 tot 6,8% in 2008). Een toename van het percentage volwassenen met een voorschrift van antipsychotica is zowel bij mannen als vrouwen te zien, maar bij mannen is de stijging sterker.



## 1.6.2 Diagnose depressie

### *Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose depressie?*

Niet verwonderlijk zijn antidepressiva de meest voorgeschreven psychofarmaca bij volwassenen die gediagnosticeerd zijn met depressie. Interessanter is dat het percentage volwassenen met een voorschrift van antidepressiva consistent daalt van 76,4% in 2002 naar 70,1% in 2008 (zie Grafiek 14). SSRI's zijn duidelijk het meest voorgeschreven type antidepressivum. De ontwikkelingen qua voorschrijven tussen 2002 en 2008 verschillen per type antidepressivum. Terwijl het percentage volwassenen met een voorschrift van SSRI's (van 57,0% naar 48,9%) of TCA's (van 11,2% naar 9,3%) afneemt tussen 2002 en 2008, neemt het percentage volwassenen met een voorschrift van overige antidepressiva toe (van 13,5% naar 17,0%).

Bij iets minder dan 30% van de volwassenen die gediagnosticeerd zijn met depressie wordt een kalmeringsmiddel voorgeschreven; bij iets minder dan 20% een slaapmiddel. Het percentage volwassenen met deze medicatievoorschriften neemt geleidelijk af vanaf 2004 tot 2008 (% voorschrift kalmeringsmiddel: van 29,3% naar 27,8%; % voorschrift slaapmiddel: van 18,8% naar 18,1%). Antipsychotica en met name alcoholmiddelen (<1%) worden weinig voorgeschreven bij volwassenen met een diagnose depressie (niet weergegeven in Grafiek 14). Wel neemt het percentage volwassenen met een voorschrift antipsychotica consistent toe van 5,2% in 2002 tot 7,0% in 2008.

**Grafiek 14** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen is het percentage volwassenen met een voorschrift voor een antidepressivum, kalmerings- of slaapmiddel wat hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Omgekeerd ligt het percentage volwassenen met een voorschrift van een antipsychoticum of alcoholmiddel hoger bij mannen dan bij vrouwen bij wie depressie is gediagnosticeerd.

De meeste ontwikkelingen qua voorschrijven van psychofarmaca die in de totale groep volwassenen met een diagnose depressie waarneembaar zijn, zijn ook aanwezig wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Geslachtsspecifieke ontwikkelingen zijn dat alleen onder vrouwen het percentage met een voorschrift van overige antidepressiva consistent stijgt tussen 2002 en 2008 (van 12,0% naar 16,6%) en dat alleen onder vrouwen de percentages met een voorschrift voor een kalmerings- of slaapmiddel vanaf 2004 consistent dalen. Ten slotte, neemt vooral bij mannen met een diagnose depressie het percentage met een voorschrift van antipsychotica toe in de periode 2002-2008.

### **1.6.3 Diagnose angst**

#### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose angst?***

Bij volwassenen die gediagnosticeerd zijn met angst worden kalmeringsmiddelen het vaakst voorgeschreven (zie Grafiek 15). Het percentage volwassenen met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel daalt vanaf 2004 van 52,8% naar 49,4% in 2008. Een soortgelijk patroon is te zien voor het percentage volwassenen dat antidepressiva voorgeschreven krijgt (een daling van 39,8% in 2004 naar 35,6% in 2008). Per type antidepressivum zijn bij volwassenen met een diagnose angst ongeveer dezelfde ontwikkelingen in de periode 2002-2008 te zien als bij volwassenen met een diagnose depressie: het percentage volwassenen met een voorschrift van SSRI's (vanaf 2004) of TCA's (vanaf 2002) neemt af, terwijl het percentage volwassenen met een voorschrift van overige antidepressiva stijgt (vanaf 2002). Het percentage volwassenen met een diagnose angst dat een slaapmiddel voorgeschreven krijgt, stijgt of daalt niet consistent tussen 2002 en 2008; het percentage schommelt tussen 14,4-16,0%. Net als bij volwassenen met een diagnose depressie, worden antipsychotica ( $\pm 4\%$ ) en met name alcoholmiddelen ( $<1\%$ ) weinig voorgeschreven bij volwassenen met een diagnose angst.

**Grafiek 15** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacum) in de periode 2002-2008



### *Is er een invloed van geslacht?*

Antidepressiva, kalmerings- en slaapmiddelen worden over het algemeen wat vaker voorgeschreven aan vrouwen dan mannen bij wie angst gediagnosticeerd is. Omgekeerd krijgen mannen vaker dan vrouwen een antipsychoticum of alcoholmiddel voorgeschreven.

De ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 in de totale groep volwassenen met een diagnose angst, zijn over het algemeen ook waarneembaar wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat onder mannen al vanaf 2002 minder vaak kalmeringsmiddelen en antidepressiva worden voorgeschreven, en dat alleen onder vrouwen vanaf 2004 een afname van het percentage met een voorschrift van SSRI's te zien is.

## **1.7 Hoe vaak en waarheen worden volwassenen met een psychische diagnose verwezen?**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak de huisarts volwassenen verwijst naar andere hulpverleners in de eerste lijn of tweedelijns GGZ nadat een psychische diagnose gesteld is. Verwijzingen naar de tweede lijn betreffen alleen nieuwe verwijzingen.

Eerst wordt gekeken naar de algemene groep volwassenen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (ongeacht welke), en daarna naar de subgroepen van

volwassenen met, respectievelijk, een diagnose depressie en een diagnose angst. Er wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen verwijzingen die LINH-huisartsen geacht worden te registreren (d.w.z. maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, RIAGG, psychiatrie) en verwijzingen waarvan registratie facultatief is (d.w.z. sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut, en consultatiebureau alcohol & drugs).

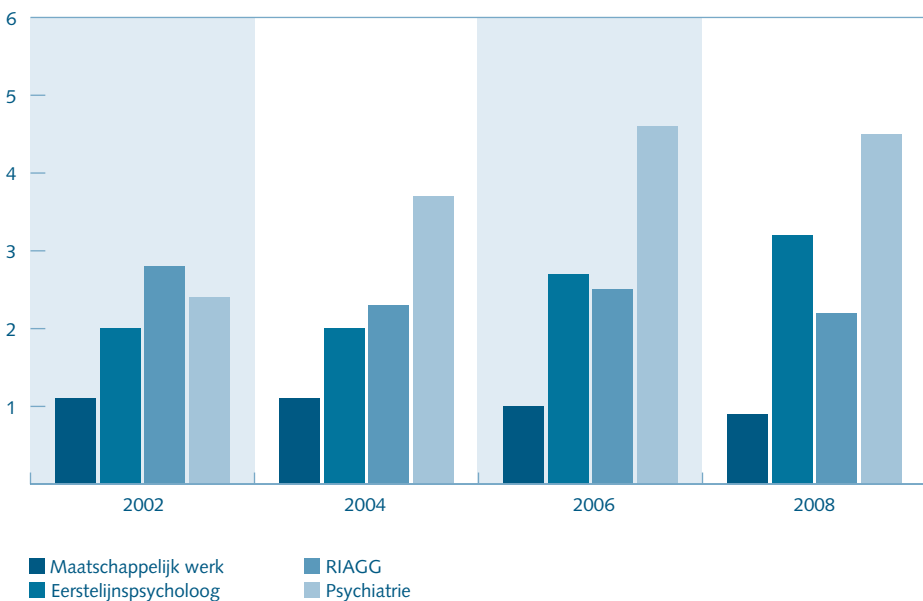
### 1.7.1 Psychische diagnose

#### ***Hoeveel volwassenen met een psychische diagnose worden doorverwezen, en waar naar toe?***

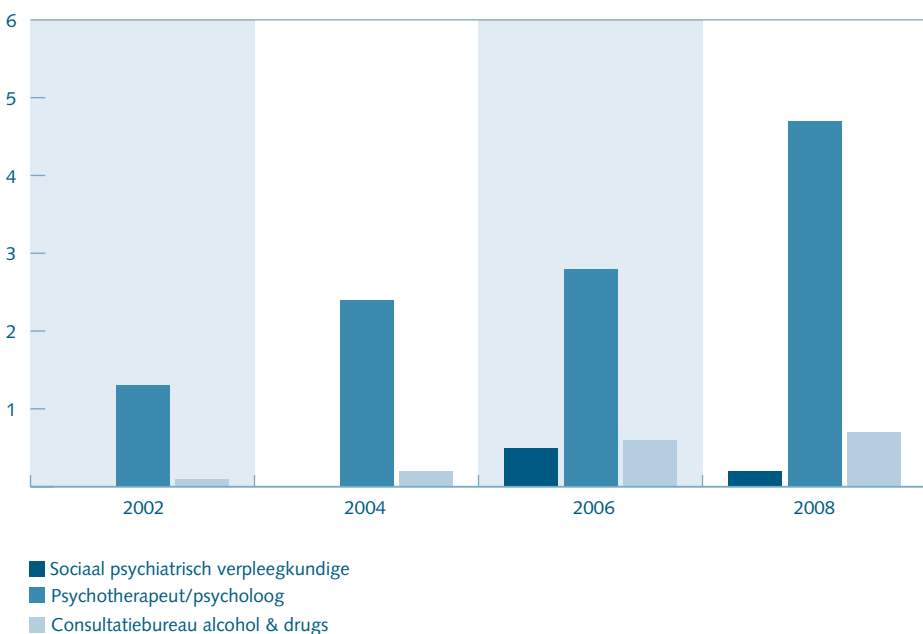
Over het algemeen worden niet veel volwassenen bij wie een psychische aandoening of klacht gediagnosticeerd is door de huisarts verwezen naar maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologische zorg, het RIAGG of psychiatrische hulpverlening (zie Grafiek 16). Relatief gezien worden in de periode 2002-2008 de meeste volwassenen verwezen naar psychiatrische hulpverlening. Er is ook een duidelijke ontwikkeling te zien in het verwijzingspercentage naar de psychiater: vanaf 2002 stijgt het percentage van 2,4% naar 4,6% in 2006, om vervolgens te stabiliseren in 2008. Ook het percentage volwassenen met een psychische diagnose dat verwezen wordt naar de eerstelijnspsycholoog stijgt duidelijk. Deze stijging is te zien vanaf 2004 (verwijzingspercentage: 2,0%) en resulteert in een verwijzingspercentage van 3,2% in 2008. Het percentage volwassenen met een verwijzing naar het RIAGG laat geen duidelijk patroon zien tussen 2002 en 2008, hoewel het percentage in 2008 (2,2%) lager ligt dan het percentage in 2002 (2,8%). Het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar een maatschappelijk werker ligt in de periode 2002-2008 redelijk stabiel rond de 1%.

Wat betreft de overige verwijscategorieën (waarvan registratie facultatief is) is er een opvallende toename te zien in het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar een psychotherapeut/psycholoog, van 1,3% in 2002 tot 4,7% in 2008 (zie Grafiek 17). Verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of een consultatiebureau alcohol & drugs (CAD) vinden weinig plaats (bij <1% van de volwassenen). Wel is er een duidelijke toename in het verwijzingspercentage naar CAD waarneembaar van 0,1% in 2002 naar 0,7% in 2008.

**Grafiek 16** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



**Grafiek 17** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In het algemeen is het verwijfspercentage naar maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologische zorg hoger onder vrouwen dan mannen bij wie een psychische aandoening of klacht gediagnosticeerd is. Daarentegen worden meer mannen dan vrouwen met een psychische diagnose verwezen naar een RIAGG of psychiater. Wat betreft de overige verwijfsbestemmingen, is het verwijfspercentage naar een psychotherapeut hoger onder vrouwen dan mannen, terwijl omgekeerd het verwijfspercentage naar CAD hoger is onder mannen dan vrouwen.

Hoewel over het algemeen de ontwikkelingen in verwijfspercentages in de totale groep van volwassenen ook te zien zijn wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen zijn er een aantal verschillen. Een stijgend verwijfspercentage naar de psychiater is onder mannen ook tussen 2006 en 2008 te zien, terwijl dit verwijfspercentage onder vrouwen na een toename tot 2006 juist weer afneemt in 2008. Het verwijfspercentage naar de eerstelijnspsycholoog stijgt bij mannen al vanaf 2002. Ten slotte nemen alleen onder vrouwen de percentages volwassenen die verwezen worden naar het RIAGG (vanaf 2002) of maatschappelijk werk (vanaf 2004) af.

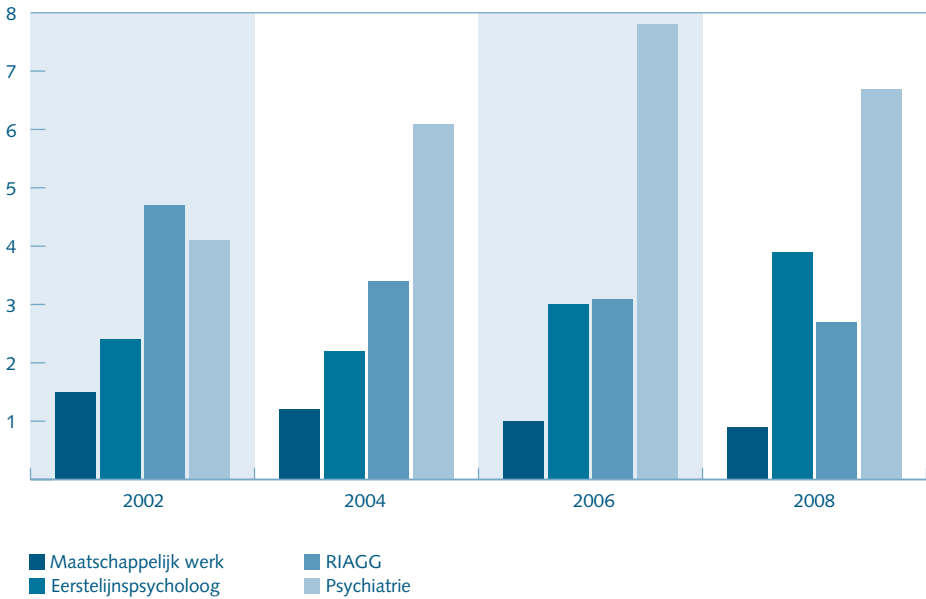
## **1.7.2 Diagnose depressie**

### ***Hoeveel volwassenen met een diagnose depressie worden doorverwezen, en waar naar toe?***

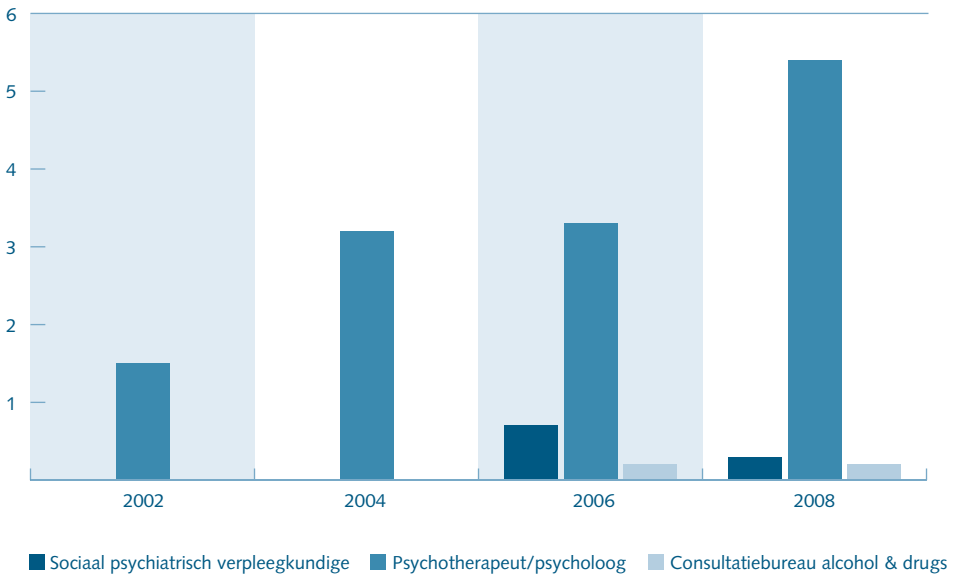
Ook bij volwassenen die gediagnosticeerd zijn met depressie worden relatief weinig mensen door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn of tweedelijns GGZ (zie Grafiek 18). Wanneer verwijzing plaatsvindt, komt een verwijzing naar een psychiater relatief het vaakst voor. Het verwijfspercentage naar psychiatrische hulpverlening laat tussen 2002 en 2008 ook een duidelijke patroon zien: eerst stijgt het verwijfspercentage sterk van 4,1% in 2002 naar 7,8% in 2006, waarna het weer daalt naar 6,7% in 2008. Wat betreft het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar de eerstelijnspsycholoog is er vanaf 2004 een consistente duidelijke stijging waarneembaar van 2,2% naar 3,9% in 2008. Zowel het verwijfspercentage naar het RIAGG (van 4,7% naar 2,7%) als maatschappelijk werk (van 1,5% naar 0,9%) neemt af tussen 2002 en 2008.

Met betrekking tot de overige verwijfsbestemmingen (waarvan registratie facultatief is) valt op dat het verwijfspercentage naar de psychotherapeut/psycholoog sterk toeneemt (van 1,5% in 2002 naar 5,4% in 2008) (zie Grafiek 19). Het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar een SPV of CAD is minimaal in de jaren 2002-2008.

**Grafiek 18** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



**Grafiek 19** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose depressie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de jaren 2002-2008 is het verwijsperscentage naar een psychiater hoger onder mannen dan vrouwen die gediagnosticeerd zijn met depressie; andersom is het verwijsperscentage naar de psychotherapeut hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Voor de andere verwijfsbestemmingen zijn verschillen tussen mannen en vrouwen minder consistent en minder duidelijk in deze periode.

Over het algemeen zijn de ontwikkelingen in verwijfspercentages in de periode 2002- 2008 in de totale groep volwassenen met een diagnose depressie ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat een dalend verwijfspercentage naar het RIAGG bij mannen alleen te zien is tussen 2002 en 2004 (daarna blijft het verwijfspercentage redelijk stabiel) en dat een dalend verwijfspercentage naar maatschappelijk werk bij mannen alleen waarneembaar is tussen 2002 en 2006, waarna het weer stijgt.

### **1.7.3 Diagnose angst**

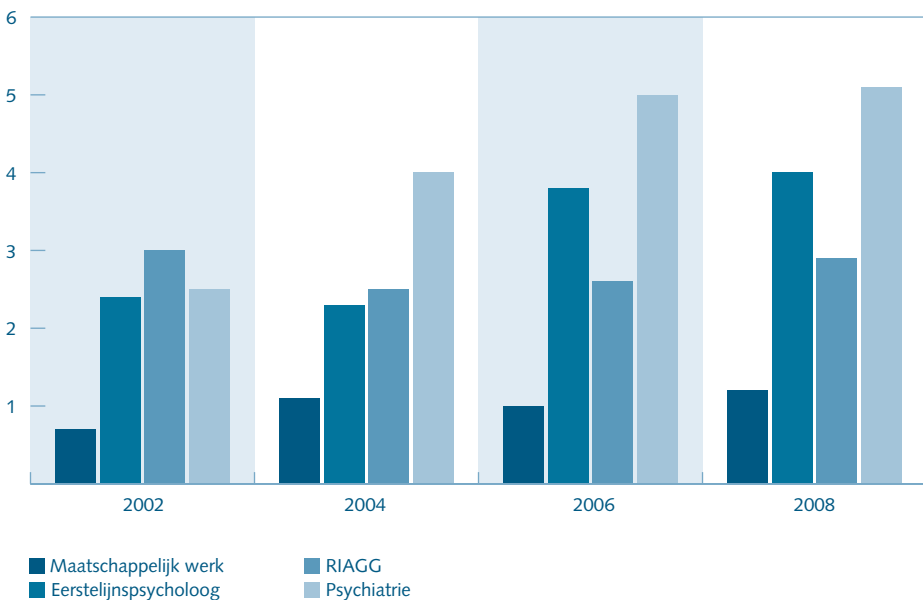
#### ***Hoeveel volwassenen met een diagnose angst worden doorverwezen, en waar naar toe?***

De huisarts verwijft ook weinig volwassenen die gediagnosticeerd zijn met angst door naar andere hulpverleners (zie Grafiek 20). Weer zijn in de periode 2002-2008 de hoogste verwijfspercentages te zien voor verwijfing van volwassenen naar psychiatrische hulpverlening. Het verwijfspercentage naar de psychiater verdubbelt tussen 2002 en 2006 (van 2,5% naar 5,0%), waarna het zich stabiliseert in 2008. Vanaf 2004 laat het verwijfspercentage naar de eerstelijnspsycholoog ook een duidelijke toename zien van 2,3% naar 4,0% in 2008. Het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar het RIAGG daalt tussen 2002 (3,0%) en 2004 (2,4%), om vervolgens tussen 2006 en 2008 weer te stijgen tot ongeveer het niveau van 2002. Het verwijfspercentage naar maatschappelijk werk ligt in 2002 (0,7%) wat lager dan in de daarop volgende jaren ( $\pm 1,0\%$ ).

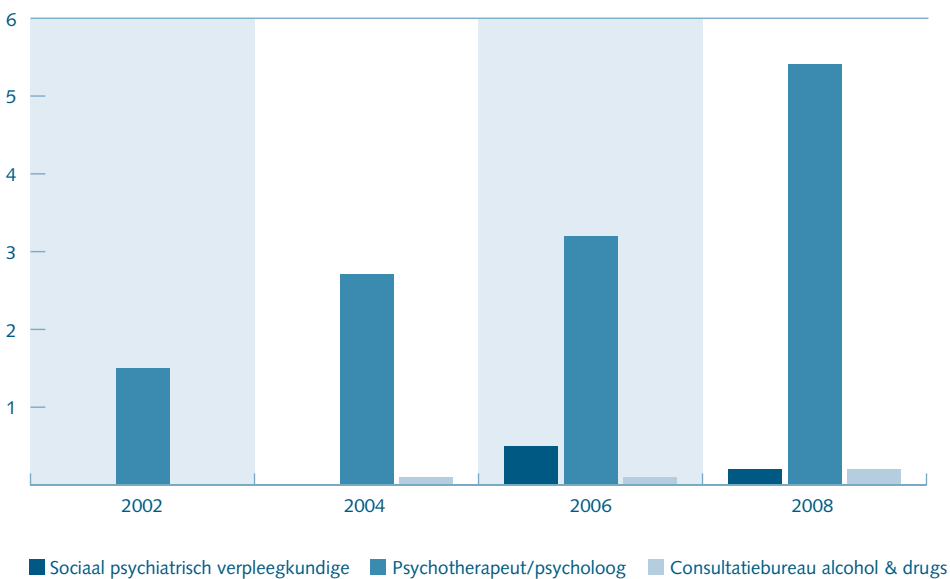
Wat betreft de overige verwijfsbestemmingen (waarvan registratie facultatief is) is er sprake van een sterke stijging van het percentage volwassenen met een diagnose angst dat verwezen wordt naar de psychotherapeut/psycholoog (van 1,5% in 2002 naar 5,4% in 2008) (zie Grafiek 21). De verwijfspercentages naar een SPV of CAD zijn erg laag in de periode 2002-2008.



**Grafiek 20** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



**Grafiek 21** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een diagnose angst en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen is in de periode 2002-2008 het verwijsperscentage naar een psychiater hoger onder mannen dan vrouwen bij wie angst gediagnosticeerd is. Omgekeerd worden relatief meer vrouwen dan mannen met een diagnose angst naar maatschappelijk werk verwezen. Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn voor de andere verwijlsbestemmingen minder consistent en minder duidelijk.

Verdere uitsplitsing naar geslacht geeft aan dat verschillende ontwikkelingen qua verwijsperscentages in de periode 2002-2008 in de totale groep volwassenen met een diagnose angst specifiek zijn voor mannen of vrouwen. Een toenemend verwijsperscentage naar de psychiater tussen 2002 en 2006, gevolgd door een stabilisatie, is alleen te zien onder vrouwen; bij mannen stijgt het verwijsperscentage tussen 2002 en 2004, stabiliseert het tussen 2004 en 2006, om vervolgens weer te stijgen tussen 2006 en 2008. Het zelfde patroon van stijging, stabilisatie, en stijging is bij mannen ook te zien wat betreft het percentage volwassenen dat verwezen wordt naar de eerstelijnspsycholoog. Bij vrouwen heeft dit verwijsperscentage een grilliger verloop, met vooral een sterke stijging tussen 2004 en 2006. Een dalend (tussen 2002 en 2004) en vervolgens weer stijgend (tussen 2006 en 2008) verwijsperscentage naar het RIAGG is alleen te zien bij mannen; het verwijsperscentage ligt onder vrouwen redelijk stabiel rond de 2,5%. Het patroon van een relatief laag verwijsperscentage naar maatschappelijk werk in 2002 ten opzichte van de jaren 2004-2008 is alleen te zien bij vrouwen.

## **1.8 Samenvatting en beschouwing**

De doelstelling van dit onderzoek was om op landelijk niveau na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn in hoe vaak huisartsen psychische problemen diagnosticeren bij volwassenen van 18-64 jaar en welke zorg zij verlenen wanneer er een psychische diagnose gesteld is. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, zal eerst ingegaan worden op de beperkingen van het onderzoek.

### **1.8.1 Beperkingen van het onderzoek**

De aan LINH deelnemende huisartsen zijn gewend aan dagelijks registratie van gegevens in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Daarnaast is er per onderzoeksjaar en uitkomstvariabele een selectie gemaakt van de praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie (zie Bijlage 1). Desondanks is het waarschijnlijk dat de registratie van gegevens in de EPD's niet helemaal compleet was. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de percentages volwassenen bij wie een (specifieke) psychische diagnose gesteld is. De verwijsperscentages naar de tweedelijns GGZ zijn onderschattingen van de werkelijke cijfers, aangezien binnen LINH huisartsen alleen verplicht zijn nieuwe verwijzingen naar de gespecialiseerde gezondheidszorg te registreren (en geen achteraf- of herhaalverwijzingen). Verder is de registratie van verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psychotherapeut/psycholoog of een

consultatiebureau voor alcohol en drugs facultatief. Bovendien is er sprake van onderregistratie omdat het algemeen maatschappelijk werk direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Wat betreft het voorschrijven van psychofarmaca zal de registratie vrij volledig zijn omdat LINH-praktijken geautomatiseerde huisartspraktijken betreffen waar medicatievoorschriften vergemakkelijkt worden door computersoftware.

Een andere beperking is dat er binnen LINH geen directe informatie beschikbaar is over het toepassen van psychologische of psychosociale interventies. Ook zijn de analyses beschrijvend van aard, en is er dus niet statistisch gecontroleerd voor de mogelijke invloed van sociaaldemografische kenmerken van volwassenen en variatie tussen praktijken. Hoewel er per onderzoeksjaar gebruik gemaakt is van gegevens over verschillende aantallen volwassenen uit een verschillend aantal praktijken, blijkt de leeftijd- en geslachtsverhouding van volwassenen over de jaren redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2006 en 2008) (zie Bijlage 1). Wel varieert de verdeling naar urbanisatiegraad enigszins tussen de studie jaren.

## 1.8.2 Samenvatting en bespreking belangrijkste bevindingen

### *De frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld zijn*

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 wordt jaarlijks bij 11-13% van de volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd. Het percentage volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke) neemt tussen 2002 en 2008 niet consistent toe of af.*
- *Depressie (bij 3-4% van de volwassenen) en angst (bij  $\pm$ 3% van de volwassenen) worden relatief vaak gediagnosticeerd in de jaren 2002-2008; problematisch alcoholgebruik erg weinig (<0,5% van de volwassenen). Depressie en angst worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen; problematisch alcoholgebruik daarentegen vaker bij mannen. De drie diagnoses worden het vaakst gesteld in de leeftijd van 45-64 jaar. Tussen 2002 en 2008 neemt het percentage volwassenen met een diagnose depressie of angst niet duidelijk toe of af; wel stijgt het percentage volwassenen met een diagnose problematisch alcoholgebruik consistent, met name onder 45-64 jarigen (mannen: van 0,6% naar 1,0%; vrouwen: van 0,2% naar 0,5%).*

De percentages volwassenen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft liggen beduidend lager dan de prevalenties die gevonden worden onder volwassenen in de algemene bevolking. NEMESIS-2 (uitgevoerd in 2007-2009) geeft aan dat 5,2% van de volwassenen van 18-64 jaar in het afgelopen jaar een depressieve stoornis had; en 10,1% had in het afgelopen jaar een angststoornis. Verder voldeed 3,7% van de volwassenen aan de criteria voor alcoholmisbruik; en 0,7% aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid (De Graaf e.a., 2010). Deze duidelijke verschillen tussen de

frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld worden in de huisartsenpraktijk en het vóórkomen van psychische stoornissen in de algemene bevolking geven aan dat een substantieel deel van de volwassenen met een psychische aandoening niet als zodanig herkend of gediagnosticeerd wordt door de huisarts. Dit kan komen doordat een deel van de volwassenen geen hulpbehoefte ervaart vanwege een psychisch probleem. Een ander deel van de volwassenen zal wel een hulpbehoefte hebben, maar toch geen hulp vragen tijdens een huisartsenconsult, omdat ze bijvoorbeeld weinig vertrouwen hebben in de huisarts waar het gaat om zorg voor psychische problemen, zich schamen, of psychische klachten vooral toeschrijven aan lichamelijke problemen. Ook huisartsgebonden factoren zouden een rol kunnen spelen bij de onderdiagnostiek van psychische problemen, zoals de beperkte tijd die per consult beschikbaar is, of het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden omtrent het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek.

In de periode 2002-2008 wordt door huisartsen niet consistent vaker een diagnose depressie of angst gesteld bij volwassenen. Er zijn in deze periode dus geen aanwijzingen voor een betere herkenning van deze veel voorkomende psychische problemen door de huisarts. Opgemerkt dient te worden dat gegevens uit een tweetal regionale huisartsregistratiesystemen wel aangeven dat huisartsen steeds vaker de diagnoses depressie en angst zijn gaan stellen over de langere periode 1990-2007 (Schoemaker e.a., 2010). Het is moeilijk om deze verschillen tussen landelijke en regionale cijfers te verklaren. Het is mogelijk dat de regionale cijfers het handelen van een kleine, selectieve groep huisartsen presenteert, dat niet terug te zien is op landelijk niveau.

Tussen 2002 en 2008 neemt het percentage volwassenen bij wie de huisarts problematisch alcoholgebruik diagnosticeert duidelijk toe, met name onder 45-64-jarigen. Cijfers van het CBS wijzen niet op stijgende percentages 45-65-jarigen die beschouwd kunnen worden als een zware<sup>3</sup> of overmatige<sup>4</sup> drinker in de periode 2002-2008 (www.cbs.nl). Dit zou er op kunnen wijzen dat de huisarts problematisch alcoholgebruik vroegtijdiger is gaan herkennen of diagnosticeren.

### ***De frequentie waarmee bijkomende psychische diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 komt de combinatie van de diagnoses depressie en angst het meest voor onder volwassenen. Vanaf 2004 wordt minder vaak een bijkomende diagnose depressie of angst gesteld. Onder volwassenen met een diagnose depressie daalt het percentage met een bijkomende diagnose angst van 12% in 2004 naar 9% in 2008. Omgekeerd, daalt onder de volwassenen die gediagnosticeerd zijn met angst het percentage met een bijkomende diagnose depressie van 15% in 2004 naar 10% in 2008.*

---

3 minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken.

4 gemiddeld 3 of meer glazen alcohol per dag drinken.

- *Weinig volwassenen met een diagnose depressie of angst hebben daarnaast een diagnose problematisch alcoholgebruik (1-2%).*

Depressie en angst komen vaak gelijktijdig voor. In NEMESIS-1 wordt bijvoorbeeld gevonden dat meer dan de helft (54%) van de 18-64-jarigen met een stemmingsstoornis ook een angststoornis heeft (Ravelli e.a., 1998). Comorbiditeit van angst en depressie is klinisch relevant omdat het een ongunstige invloed heeft op het beloop van de psychische klachten (Schoevers e.a., 2008), en bijgevolg een ander te volgen behandelbeleid kent (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004). De bevinding dat depressie en angst relatief vaak tegelijkertijd gediagnosticeerd worden bij volwassenen geeft aan dat huisartsen zich er in enigermate bewust van zijn dat deze psychische problemen vaak tegelijkertijd voorkomen. Wel liggen de percentages volwassenen met een bijkomende diagnose depressie of angst behoorlijk lager dan verwacht zou worden op basis van bevolkingsonderzoek. Dit geldt ook voor de frequentie waarmee een bijkomende diagnose problematisch alcoholgebruik gesteld is (Ravelli e.a., 1998). Dit zou kunnen komen doordat huisartsen de aanwezigheid van bijkomende psychische problemen in een deel van de gevallen niet herkennen, of dat ze minder snel geneigd zijn deze comorbide problematiek apart te diagnosticeren en/of te registreren in het elektronisch patiëntendossier.

#### ***De frequentie waarmee bijkomende lichamelijke diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste resultaten zijn:

- *In de periode 2002-2008 zijn vooral volwassenen van 45-64 jaar met een diagnose depressie of angst daarnaast relatief vaak gediagnosticeerd met diabetes mellitus, astma/COPD, een hart- of vaatziekte, of een bot- of gewrichtsaandoening. Onder de 45-64-jarigen met een diagnose depressie stijgt het percentage met een bijkomende diagnose diabetes mellitus of astma/COPD consistent tussen 2002 en 2008. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen in deze leeftijdscategorie.*

Het herkennen en behandelen van psychische problemen bij een chronische lichamelijke ziekte en vice versa, is van belang omdat ze elkaars beloop ongunstig beïnvloeden. De bevindingen geven aan dat huisartsen zich in enigermate bewust zijn van het gegeven dat zowel depressie als angst vaak samengaan met het hebben van een chronische lichamelijke ziekte (Verdurmen e.a., 2006; Scott e.a., 2007). Als gekeken wordt naar de leeftijdscategorie 45-64 jaar, dan blijkt namelijk dat bij volwassenen met een diagnose depressie of angst de onderzochte lichamelijke aandoeningen vaker gediagnosticeerd zijn dan verwacht (d.w.z. vaker dan in de totale praktijkpopulatie van 45-64-jarigen) (Verheij e.a., 2009). Dit betekent overigens niet dat comorbiditeit van depressie/angst en chronische lichamelijke ziekte altijd herkend en gediagnosticeerd wordt door de huisarts. In eerder onderzoek is bijvoorbeeld gevonden dat de meerderheid van de volwassenen met een depressieve stoornis en een chronische lichamelijke ziekte niet als depressief gediagnosticeerd was door hun huisarts, blijkend uit het ontbreken van

een geregistreerde diagnose depressie in hun medisch dossier (Nuyen e.a., 2005). Deze bevinding geeft aan dat er nog behoorlijk wat ruimte bestaat voor de verbetering van de diagnostiek van depressie bij chronisch lichamelijke zieken in de huisartsenpraktijk.

De bevinding dat zowel diabetes mellitus als astma/COPD in de periode 2002-2008 steeds vaker gediagnosticeerd is bij volwassenen tussen 45-64 jaar met een diagnose depressie hoeft niet te betekenen dat deze vormen van comorbiditeit steeds beter herkend of gediagnosticeerd worden door de huisarts. Deze bevinding weerspiegelt waarschijnlijk (deels) het gegeven dat diabetes mellitus en astma/COPD in het algemeen steeds vaker gediagnosticeerd worden in de huisartsenpraktijk tussen 2002 en 2008 (Verheij e.a., 2009).

### **Contacten vanwege een psychische diagnose**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2006-2008 hebben volwassenen vanwege een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst voornamelijk korte huisartsconsulten (<20 minuten), en in mindere mate lange huisartsconsulten (>20 minuten) en telefonische huisartsconsulten. Er is vanwege een psychische diagnose nauwelijks contact met een praktijkondersteuner (POH).*
- *Gemiddeld genomen is het totaal aantal contacten vanwege een psychische diagnose (-5%), diagnose depressie (-7%), of diagnose angst (-4%) afgenomen tussen 2006 en 2008. Dit wordt veroorzaakt door een daling van het aantal korte huisartsconsulten (psychische diagnose: -14%; diagnose depressie: -20%; diagnose angst: -13%). Het aantal telefonische huisartsconsulten stijgt juist (psychische diagnose: +12%; diagnose depressie: +16%; diagnose angst: +14%), terwijl het aantal lange huisartsconsulten redelijk stabiel blijft.*

Enige voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de veranderingen in het aantal contacten, aangezien ze betrekking hebben op de korte periode 2006-2008. Een verklaring voor de bevindingen kan zijn dat huisartsen volwassenen met psychische problemen vaker zijn gaan doorverwijzen naar eerstelijnspsychologen en hulpverleners in de tweedelijns GGZ (zie hieronder), waardoor zij zelf minder 'face-to-face' contacten hebben met deze volwassenen.

De functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) is per 1 januari 2008 ingevoerd om huisartsen te ondersteunen bij de behandeling van volwassenen met psychische problemen. Desondanks waren er in 2008 maar weinig POH's-GGZ werkzaam ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)), en onze bevindingen bevestigen dat: volwassenen hebben nauwelijks contact met een POH vanwege een psychische diagnose. De moeizame instroom kwam doordat er verschillende onduidelijkheden bestonden over de POH-GGZ, zowel op het gebied van zijn/haar takenpakket als de bekostiging. De beleidsregel POH-GGZ is per 1 januari 2009 gewijzigd, waardoor er onder meer geen limitering meer bestaat wat betreft het aantal declarabele contacten per patiënt per jaar en de POH-GGZ volwas-

senen kortdurend kan begeleiden. Deze wijzigingen hebben geleid tot een toename van de instroom van POH's-GGZ ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)). Wellicht laten LINH gegevens over 2009 en 2010 zien dat volwassenen met een psychische diagnose in toenemende mate contact hebben met een POH-GGZ.

### **Voorschrijven psychofarmaca**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen relatief vaak voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst. Een ruime meerderheid van de volwassenen met een diagnose depressie (70-76%) krijgt een antidepressivum voorgeschreven; bijna 30% een kalmeringsmiddel; en een kleine 20% een slaapmiddel. Een kalmeringsmiddel wordt voorgeschreven aan ongeveer de helft van de volwassenen bij wie angst gediagnosticeerd is; 36-40% krijgt een antidepressivum voorgeschreven; en ruwweg 15% een slaapmiddel.*
- *Sinds 2004 worden antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen wat minder vaak voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke). Onder volwassenen bij wie depressie gediagnosticeerd is daalt het percentage met een voorschrift voor een antidepressivum van 76% in 2002 naar 70% in 2008. Onder volwassenen met een diagnose angst daalt het percentage met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel van 53% in 2004 naar 49% in 2008; het percentage met een voorschrift van antidepressiva daalt in dezelfde periode van 40% naar 36%.*
- *Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) zijn het meest voorgeschreven type antidepressivum bij volwassenen met een psychische diagnose. Per type antidepressivum zijn er verschillende veranderingen te zien tussen 2002 en 2008. Over het algemeen worden er minder vaak SSRI's en tricyclische antidepressiva (TCA's) voorgeschreven, terwijl het voorschrijven van andersoortige antidepressiva (o.a. venlafaxine, mirtazapine) toeneemt. Bij volwassenen met een diagnose depressie daalt het percentage met een voorschrift van een SSRI van 57% in 2002 naar 49% in 2008; het percentage met een voorschrift van een TCA daalt licht van 11% naar 9%; terwijl het percentage met een voorschrift van een andersoortig antidepressivum toeneemt van 12% naar 17% (maar alleen onder vrouwen).*

De bevinding dat een ruime meerderheid van de volwassenen met een diagnose depressie door de huisarts antidepressiva voorgeschreven krijgt, en dan met name SSRI's, is in overeenstemming met vroegere studies (Verhaak e.a., 2002; Spies e.a., 2004; Volkers e.a., 2005). Dit doet vermoeden dat volwassenen met lichtere vormen van depressie, die er in de huisartsenpraktijk veel zijn, 'overbehandeld' worden met antidepressiva en te weinig profiteren van minder intensieve, eerste-stap interventies. In de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt expliciet uitgegaan van een *stepped care*

benadering en aanbevolen een lichte of matige depressie in eerste instantie te behandelen met lichte (niet-medicamenteuze) interventies (Richtlijnconsortium Nederland, 2010a). Ook de bevinding dat veel volwassenen met een diagnose angst kalmeringsmiddelen (vaak benzodiazepinen) voorgeschreven krijgen, lijkt niet conform richtlijnen die aanbevelen terughoudend te zijn ten aanzien van het (langdurig) voorschrijven van benzodiazepinen (Terluin e.a., 2004). Belangrijke nadelen van het gebruik van deze middelen zijn het risico op het ontstaan van afhankelijkheid, coördinatieproblemen en een minder goed cognitief functioneren.

In dit kader zijn het positieve ontwikkelingen dat huisartsen tussen 2002 en 2008 wat minder vaak antidepressiva zijn gaan voorschrijven aan volwassenen bij wie zij depressie gediagnosticeerd hebben, en wat minder vaak kalmeringsmiddelen zijn gaan voorschrijven aan volwassenen bij wie zij angst gediagnosticeerd hebben. Dit lijkt te wijzen op een toegenomen terughoudendheid van huisartsen bij het voorschrijven van deze typen psychofarmaca. In een eerder onderzoek werd hiervoor al een aanwijzing gevonden in de periode 2001-2006 (Emmen & Verhaak, 2007). Deze ontwikkeling lijkt zich dus te hebben doorgezet, in ieder geval tot en met 2008.

Het is opvallend dat registratiesystemen voor geneesmiddelengebruik in de periode 2002-2008 geen dalende trends laten zien wat betreft het aantal personen dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt. Cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) geven aan dat het aantal personen aan wie een antidepressivum verstrekt wordt via openbare apotheken gestegen is in de periode 2002-2008 (met een tijdelijke onderbreking tussen 2004 en 2005). Cijfers uit de databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIPdatabank) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)<sup>5</sup> laten tussen 2002 en 2004 een stijging zien van het aantal personen met een voorschrift voor een antidepressivum, gevolgd door een afname tot en met 2007, en weer een toename in 2008 ([www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)). Over de gehele periode 2002-2008 stijgt het aantal personen dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt met circa 13%. Het is onduidelijk hoe het verschil met de dalende trend van het percentage volwassenen met een voorschrift van antidepressiva in de huisartsenpraktijk verklaard kan worden. Het feit dat de cijfers van de GIPdatabank en SFK ook betrekking hebben op jongeren (<18 jaar) en ouderen (≥65 jaar), niet gekoppeld zijn aan de reden van voorschrijven, en een bredere dekking hebben dan alleen de huisartsenpraktijk, vormen mogelijke verklaringen.

## **Verwijzingen**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden relatief weinig volwassenen met een psychische diagnose door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners. Onder volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke) blijkt het percentage volwassenen dat doorverwezen wordt voor geen enkele verwijsbestemming hoger dan 5%*

---

5 De GIPdatabank bevat informatie over geneesmiddelen die extramuraal (d.w.z. buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen) zijn verstrekt en vergoed op grond van de Ziekenfondswet (tot en met 2005) en Zorgverzekeringswet (Zvw).



*te zijn; onder volwassenen met een diagnose depressie is er geen verwijsperscentage hoger dan 8%; en onder volwassenen met een diagnose angst is geen van de verwijspersentages hoger dan 6%. Vooral de verwijspersentages naar het algemeen maatschappelijk werk ( $\pm 1\%$ ) en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige ( $<1\%$ ) zijn laag.*

- *Tussen 2002 en 2008 worden meer volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie of een diagnose angst door de huisarts doorverwezen naar de eerstelijnspsycholoog. Over het algemeen is de stijging te zien vanaf 2004 en is het verwijsperscentage naar de eerstelijnspsycholoog ruim 1,5 keer zo hoog geworden.*
- *Tussen 2002 en 2008 worden meer volwassenen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie of een diagnose angst door de huisarts doorverwezen naar de psychotherapeut/psycholoog of psychiater. Over het algemeen is het verwijsperscentage naar de psychiater bijna verdubbeld; het verwijsperscentage naar de psychotherapeut/psycholoog is zelfs ruim 3,5 keer zo hoog geworden.*

De toename van verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog (ELP) wijst op een toegenomen rol van de ELP in de zorg voor volwassenen met psychische problemen. Deze ontwikkeling is niet alleen toe te schrijven aan de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket per 1 januari 2008: een stijgend verwijsperscentage naar de ELP is over het algemeen al vanaf 2004 te zien. Mogelijk hangt dit samen met het gegeven dat de capaciteit aan ELP-en al geruime tijd aan het toenemen is (Emmen & Verhaak, 2007). In de periode 2002-2008 worden weinig volwassenen met een psychische diagnose doorverwezen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), en zijn er ook geen toenames van deze verwijzingen te zien. Zoals eerder opgemerkt zijn de gevonden verwijspersentages naar deze verwijfsbestemmingen waarschijnlijk wel onderschattingen. Hoewel huisartsen binnen LINH geacht worden verwijzingen naar het AMW te registreren, is er sprake van onderregistratie omdat het AMW direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Registratie van verwijzingen naar een SPV is facultatief. Desondanks is een laag verwijsperscentage naar de SPV niet verwonderlijk. Maar een beperkt deel van de huisartsen kan een beroep doen op de ondersteuning van een SPV bij de behandeling van personen met psychische problematiek. In 2007 bijvoorbeeld was op een kwart van alle praktijkadressen van de huisarts een SPV werkzaam (Hansen e.a., 2007).

De toename tussen 2002 en 2008 van verwijzingen door de huisarts naar hulpverleners in de tweedelijns GGZ was niet beoogd met het stimuleren van de eerstelijns GGZ.<sup>6</sup> Het doel was juist om de druk op de tweedelijns GGZ te verminderen, en alleen indien

---

6 Tussen 2002 en 2008 is er geen duidelijke toename te zien wat betreft verwijzingen naar het RIAGG. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat sinds begin deze eeuw veel RIAGG's met andere GGZ-instellingen gefuseerd zijn en niet meer bestaan als zelfstandige organisatie.

noodzakelijk hiernaar te verwijzen. Aan de hand van LINH-gegevens is niet goed te bepalen in hoeverre verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de tweede lijn wel of niet noodzakelijk waren. Een mogelijke verklaring voor het gestegen verwijspercentage kan zijn dat de samenwerking van de huisarts met de tweedelijns GGZ in de loop der jaren verbeterd is (o.a. door het inzetten van SPV-en binnen de huisartsenpraktijk), waardoor de drempel om door te verwijzen minder hoog geworden is. De opkomst van nieuwe, laagdrempelige GGZ-instellingen kan hier ook van invloed zijn. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat huisartsen, zoals afgeleid kan worden uit de dalende trend om antidepressiva of kalmeringsmiddelen voor te schrijven, bij een psychisch probleem meer geneigd zijn om te kiezen voor een niet-medicamenteuze behandeling en dat zij deze behandeling (deels) overlaten aan gespecialiseerde hulpverleners in de tweede lijn. Ook zou een 'versmalling' van de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychische hulpverlening een rol kunnen spelen (Kolthof e.a., 2004).

### **1.8.3 Conclusies en aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening**

Gegeven de verschillende activiteiten en maatregelen die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te versterken en te verbeteren, was de verwachting dat er in de periode 2002-2008 veranderingen waarneembaar zouden zijn in het handelen van huisartsen ten aanzien van psychische problemen bij volwassenen van 18-64 jaar.

Op basis van onze bevindingen kan geconcludeerd worden dat verwachte ontwikkelingen gedeeltelijk hebben plaatsgevonden in de periode 2002-2008. Zo zijn huisartsen vaker een diagnose problematisch alcoholgebruik gaan stellen bij volwassenen (een mogelijke aanwijzing voor vroegtijdiger herkenning of diagnosestelling van problematisch alcoholgebruik), zijn huisartsen aan volwassenen bij wie zij een depressie gediagnosticeerd hebben wat minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven (een aanwijzing dat het veelvuldig voorschrijven van antidepressiva aan het afnemen is), zijn huisartsen aan volwassenen bij wie zij angst gediagnosticeerd hebben wat minder vaak kalmeringsmiddelen gaan voorschrijven (een aanwijzing voor meer terughoudendheid bij het voorschrijven van deze middelen) en zijn huisartsen meer volwassenen bij wie zij een psychisch probleem gediagnosticeerd hebben gaan doorverwijzen naar ELP-en (een aanwijzing voor een toenemende rol van ELP-en bij de zorg voor volwassenen met psychische problemen). Onverwachte bevindingen zijn dat huisartsen tussen 2002 en 2008 niet consistent vaker een diagnose depressie of angst zijn gaan stellen bij volwassenen (oftewel, er is geen aanwijzing voor een betere herkenning van depressie of angst) en dat huisartsen meer volwassenen bij wie zij een psychisch probleem gediagnosticeerd hebben zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ. Wat betreft deze laatste bevinding, is het belangrijk op te merken dat het onduidelijk is in hoeverre verwijzingen naar de tweedelijns GGZ wel of niet noodzakelijk waren.

### ***Aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening***

De bevindingen van dit onderzoek brengen een aantal aanknopingspunten aan het licht om de psychische zorgverlening aan volwassenen in de huisartsenpraktijk verder te verbeteren:

- ***Het verbeteren van de herkenning en diagnostiek van psychische problemen***

De herkenning en diagnostiek van veel voorkomende psychische problemen als depressie en angst bij volwassenen in de huisartsenpraktijk verdient verbetering. Overeenkomstig aanbevelingen uit de NHG-Standaarden zou een verhoogde alertheid van huisartsen bij hoogrisicogroepen (zoals bv. volwassenen met specifieke lichamelijke klachten, volwassenen met een chronische lichamelijke ziekte, of volwassenen die frequent het spreekuur bezoeken) kunnen bijdragen aan een betere herkenning. De herziene versie van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie adviseert hoogrisicogroepen standaard te screenen (Richtlijnconsortium Nederland, 2010a). De herkenning en diagnostiek van psychische problemen zou ook verbeterd kunnen worden door volwassenen die een hulpbehoefte ervaren vanwege psychische problematiek, maar desondanks niet actief hulp zoeken, te stimuleren dat wel te doen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door volwassenen te ondersteunen bij het accepteren van een psychische diagnose en hun bekend te maken met het bestaan van effectieve (niet-medicamenteuze) interventies. Behalve voor het opsporen van psychische problemen, kan het afnemen van een screeningsinstrument ook bruikbaar zijn om psychische problematiek bespreekbaar te maken.

- ***Het stimuleren van het gebruik van niet-medicamenteuze interventies***

Het stimuleren van de toepassing van psychologische of psychosociale interventies kan ertoe leiden dat huisartsen minder vaak psychofarmaca voorschrijven aan volwassenen met psychische problemen. Richtlijnen bevelen aan om volgens het *stepped care* principe, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie te kiezen voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is (Richtlijnconsortium Nederland, 2010a&b). Ook blijkt onder volwassenen met depressie of angst een grotere voorkeur te bestaan voor informatie en gesprekstherapie dan voor medicamenteuze behandeling (Prins e.a., 2009). Een recent uitgevoerd onderzoek geeft aan dat kortdurende, eerste-stap interventies voor psychische problemen, zoals motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp en *problem-solving treatment* (PST), goed uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Om de toepassing te vergroten wordt in dit onderzoek onder meer aanbevolen om de bekendheid van deze interventies te vergroten onder zowel hulpverleners als patiënten (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Huisartsen of andere medewerkers in de huisartsenpraktijk zouden ook een rol kunnen spelen bij het begeleiden van internet-hulpverlening voor volwassenen met psychische problematiek.

- *Het vergroten van de beschikbaarheid van ondersteunende hulpverleners*  
Huisartsen zelf zijn vaak niet de meest aangewezen personen om psychologische of psychosociale interventies bij volwassenen met psychische problemen uit te voeren, onder meer omdat zij dit niet tot hun takenpakket vinden behoren, de benodigde kennis en vaardigheden missen, of onvoldoende tijd beschikbaar hebben. De SPV en POH-GGZ zijn hiervoor meer geschikt (Zwaanswijk & Verhaak, 2009), waarbij opgemerkt moet worden dat de opleidingseisen voor en het takenpakket van laatstgenoemde functie mogelijk aangescherpt dienen te worden. De SPV en POH-GGZ kunnen ook een rol spelen bij het herkennen en diagnosticeren van psychische problemen. Zoals hierboven al aangegeven kan maar een beperkt deel van de huisartsen een beroep doen op de ondersteuning van een SPV, en komt de instroom van POH's-GGZ moeizaam op gang. Dit pleit er voor om de implementatie van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenpraktijk verder te stimuleren.
- *Het verder stimuleren van samenhangende zorg*  
Ten aanzien van depressie en angst zijn modellen ontwikkeld om ketenzorg op gang te brengen. In bijvoorbeeld het *collaborative care* model ondersteunt een *case manager* de huisarts bij psychische hulpverlening, onder meer door het uitvoeren van eerstelijnsinterventies en het monitoren van het effect van ingezette behandeling (Vlasveld e.a., 2010). De rol van *case manager* kan vervuld worden door verschillende hulpverleners zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of praktijkondersteuners. Daarnaast is ook een consulent-psychiater betrokken in het model. Meer samenhang in de zorg is ook van belang gezien de relatief vaak aanwezige comorbiditeit. Het stimuleren van ketenzorg lijkt op zijn plaats om de zorg voor volwassenen met psychische problemen verder te verbeteren.



# Referenties

- Braspenning J., Smolders M., Van Rijswijk E., Mulder J., Van den Hoogen H., Laurant M., Grol R. (2005). Psychische en (psycho)sociale problemen in de huisartspraktijk 2001-2003: omvang en behandeling. Nijmegen: Centre for Quality of Care research (WOK).
- De Graaf R., Ten Have M., Van Dorsselaer S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Emmen M.J., Verhaak P.F.M. (2007). Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001- 2006. Utrecht: NIVEL.
- Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. (2007). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Kolthof E.D., Zantinge E.M., Van den Berg M.J., Van der Zee, J. (2004). Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lambert H., Wood W. (1987). International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press.
- Meeuwissen J.A.C., Donker M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 59, 904-915.
- Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
- Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F.M., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., Van den Bos G.A.M. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. Psychological Medicine, 35, 1185-1195.
- Prins M.A., Verhaak P.F., Van der Meer K., Penninx B.W., Bensing J.M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. Journal of Affective Disorders, 119, 163-71.
- Ravelli A., Bijl R.V., Van Zessen G. (1998) Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Tijdschrift voor Psychiatrie, 40, 531-544.

- Richtlijnconsortium Nederland (2010a). Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Richtlijnconsortium Nederland (2010b). Richtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (eerste revisie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schoemaker C., Poos M.J.J.C., Spijker J., Van Gool C.H. (2010). Neemt het aantal mensen met depressie toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Schoevers R.A., Van H.L., Koppelmans V., Kool S., Dekker J.J. (2008). Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*, 68, 1621-1634.
- Scott K.M., Bruffaerts R., Tsang A., Ormel J., Alonso J., Angermeyer M.C., Benjet C., Bromet E., De Girolamo G., De Graaf R., Gasquet I., Gureje O., Haro J.M., He Y., Kessler R.C., Levinson D., Mneimneh Z.N., Oakley Browne M.A., Posada-Villa J., Stein D.J., Takehima T., Von Korff M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-20.
- Scott K.M., Von Korff M., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E., Fayyad J., De Girolamo G., Demyttenaere K., Gasquet I., Gureje O., Haro J.M., He Y., Kessler R.C., Levinson D., Medina Mora M.E., Oakley Browne M., Ormel J., Posada-Villa J., Watanabe M., Williams D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39, 33-43.
- Smolders M., Laurant M., Verhaak P., Prins M., Van Marwijk H., Penninx B., Wensing M., Grol R. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 31, 460-469.
- Spies T., Mookink H.G.A., De Vries Robbé P., Grol R.P.T.M. (2004). Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 364-367.
- Ten Have, J.J.I.M. (2007). Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Terluin B., Van Heest F.B., Van der Meer K., Neomagus G.J.H., Hekman J., Aulbers L.P.J., Starreveld J.S., Grol M.H. (2004). NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 47, 26-37.
- Van Marwijk H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Bijl D., Van Gelderen M.G., De Haan M., Van Weel-Baumgarten E.M., Burgers J.S., Boukes F.S., Romeijnders A.C.M. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.

- Van Rijswijk E., Borghuis M., Van de Lisdonk E., Zitman F., Van Weel C. (2007). Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 45, 23-29.
- Verdurmen J., Ten Have M., Van Dorsselaer S., Van 't Land H., Vollebergh W., De Graaf R. (2006). Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Trimbos-instituut: Utrecht.
- Verhaak P.F.M., Bartelds A.I.M., Schellevis F.G. (2002). Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts en Wetenschap*, 45, 722-725.
- Verhaak P.F., Prins M.A., Spreeuwenberg P., Draisma S., Van Balkom T.J., Bensing J.M., Laurant M.G., Van Marwijk H.W., Van der Meer, K., Penninx B.W. (2009). Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 31, 46-55.
- Verheij R.A., Van Dijk C.E., Abrahamse H., Davids R., Van den Hoogen H., Braspenning J., Van Althuis T. (2009). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Healthcare.
- Vlasveld M.C., Van Marwijk H.W.J., Van der Feltz-Cornelis C.M. (2010). Depressie te lijf met het 'Collaborative care'-model. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A1486.
- Volkers A., De Jong A., De Bakker D., Van Dijk L. (2005). Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL.
- Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M. (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL.





# Bijlage 1

## Geselecteerde huisartsenpraktijken en patiëntkenmerken

Per studiejaar is voor elke uitkomstvariabele een selectie gemaakt van LINH-praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria met betrekking tot registratie (zie Tabel 1). Zie [www.linh.nl](http://www.linh.nl) voor een beschrijving van de toegepaste kwaliteitscriteria. Tabel 2 presenteert de sociaaldemografische kenmerken van de volwassenen die ingeschreven staan bij de geselecteerde huisartspraktijken.

Tabel 1 Aantal praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie van gegevens

	Diagnoses		Contacten	Prescriptie	Verwijzingen
	Bestaand/ nieuw	Nieuw			
2002	69	69	36	53	34
2004	43	43	49	49	36
2006	69	29	59	63	37
2008	82	38	74	78	49

Tabel 2 Het aantal bij de geselecteerde huisartspraktijken ingeschreven personen van 18-64 jaar en hun sociaaldemografische kenmerken (periode 2002-2008)

	2002	2004	2006	2008
Aantal praktijken	N= 69	N= 43	N= 69	N= 82
Aantal volwassenen	N= 193.752	N= 114.209	N= 178.760	N= 203.237
<b>Patiëntkenmerken</b>				
<b>Geslacht</b>				
Man	50,5%	50,7%	50,2%	49,3%
Vrouw	49,5%	49,3%	49,8%	50,7%
<b>Leeftijd</b>				
18-24 jaar	13,7%	14,5%	13,6%	14,3%
25-44 jaar	48,9%	48,7%	45,8%	45,4%
45-64 jaar	37,3%	36,8%	40,6%	40,3%
<b>Urbanisatiegraad</b>				
Zeer hoog	17,9%	16,6%	16,1%	24,2%
Hoog	22,1%	23,4%	22,5%	24,0%
Midden	18,1%	20,2%	16,0%	18,0%
Laag	20,7%	16,5%	23,8%	13,0%
Zeer laag	20,9%	22,7%	21,4%	20,6%
Onbekend	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%



# 2 Tweedelijns GGZ voor volwassenen: ontwikkelingen in toegang en gebruik

## 2.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is zicht verkregen op ontwikkelingen in de psychische zorg die volwassenen geboden wordt in de huisartsenpraktijk in de periode 2002-2008. Het huidige hoofdstuk richt zich op het in kaart brengen van ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen en het type zorg dat in deze setting aan hen verleend wordt.

### 2.1.2 Bronnen

Om zicht te krijgen op bovengenoemde onderwerpen worden bevindingen uit reeds gepubliceerd onderzoek dat is uitgevoerd in Nederland beschreven en geëvalueerd. De gegevens die besproken worden zijn afkomstig uit verschillende typen databronnen, waaronder:

Bevolkingsstudies:

- NEMESIS-1 (*the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1*)
- NEMESIS-2
- ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of mental Disorders*)

Registratiebestanden:

- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (NIVEL/IQ Healthcare)
- Psychiatrische Casusregisters
- Zorgis/Wachttijdregistratie GGZ Nederland

### 2.1.3 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit zes paragrafen. Allereerst worden in paragraaf 2.2 beknopte beschrijvingen gegeven van bovengenoemde bevolkingsstudies en registratiebestanden. Vervolgens gaat paragraaf 2.3 in op ontwikkelingen ten aanzien van de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen. In paragraaf 2.4 wordt bekeken in hoeverre deze ontwikkelingen aansluiten bij het overheidsbeleid wat betreft de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ. Daarna gaat paragraaf 2.5 in op het type zorg dat in de tweedelijns GGZ verleend wordt aan volwassenen. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting en bespreking van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 2.6).

## 2.2 Beknopte beschrijving van databronnen

Zoals hierboven aangegeven wordt in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van gegevens uit verschillende databronnen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van veelgebruikte bronnen en op welke periode gerapporteerde gegevens betrekking hebben. Er is naar gestreefd om zoveel mogelijk de meest recente gepubliceerde gegevens in deze rapportage op te nemen. Soms was dat niet mogelijk omdat recentere gegevens nog niet beschikbaar waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage (bv. in het geval van LINH gegevens), of omdat de periode van dataverzameling beëindigd is (bv. in het geval van Zorgis). In de volgende subparagrafen wordt beknopt ingegaan op elk van de in Tabel 1 genoemde databronnen.

**Tabel 1** Veelgebruikte databronnen

<i>Bevolkingsonderzoeken</i>	Rapportageperiode <sup>b</sup>
NEMESIS-1 (1 <sup>ste</sup> en 2 <sup>e</sup> meting)	1996-1997
NEMESIS-2 (1 <sup>ste</sup> meting)	2007-2009
ESEMeD <sup>a</sup>	2001-2003

<i>Registratiebestanden</i>	
LINH	2002-2008
Psychiatrische Casusregisters	1990-2004
Zorgis	2003-2007
Wachttijdregistratie GGZ Nederland	2004-2009

<sup>a</sup> In dit hoofdstuk wordt alleen ingegaan op Nederlandse gegevens binnen ESEMeD.

<sup>b</sup> De rapportageperiode komt niet altijd overeen met de volledige meetperiode van een bevolkingsonderzoek of registratiebestand.

### 2.2.1 Beknopte beschrijving bevolkingsonderzoeken

#### **NEMESIS-1**

NEMESIS-1 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1*) is een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassen Nederlanders van 18-64 jaar uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos-instituut (Volleberg e.a., 2003). Via de studie werd voor het eerst een betrouwbaar beeld gegeven van onder andere het vóórkomen van psychische stoornissen, lichamelijke en psychische comorbiditeit, functionele beperkingen, zorggebruik, onvervulde behoefte aan hulp, en barrières om hulp te zoeken in de volwassen Nederlandse bevolking.

NEMESIS-1 was een longitudinale studie met drie meetmomenten: 1996, 1997 en 1999. Aan de eerste meting deden 7.076 personen mee, wat neerkwam op een respons van 69,7%. Het kerninstrument in NEMESIS-1 was de CIDI (*Composite International*

*Diagnostic Interview*) versie 1.1, ontwikkeld door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). De CIDI is een volledig gestructureerd interview om psychische stoornissen vast te stellen dat door getrainde leken kan worden afgenomen. Met de CIDI versie 1.1 worden diagnoses vastgesteld op basis van de criteria van de DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, derde herziene versie). De DSM is een veel gebruikt classificatiesysteem voor psychische stoornissen.

Vergeleken met de Nederlandse bevolking kwamen de 7.076 respondenten in de eerste meting van NEMESIS-1 goed overeen qua geslacht, burgerlijke staat en mate van urbanisatie. De jongste leeftijdsgroep van 18-24 jaar was ondervertegenwoordigd. Hoewel de representativiteit met betrekking tot etniciteit niet is bepaald in NEMESIS-1, is het waarschijnlijk dat de respons onder volwassenen van niet-westerse herkomst lager was dan onder volwassenen van Nederlandse origine (De Graaf e.a., 2005). Personen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten konden namelijk niet aan de studie deelnemen. Ook volwassenen die langdurig in instellingen verbleven en dak- en thuislozen werden van deelname aan de studie uitgesloten. Het is echter niet waarschijnlijk dat de ondervertegenwoordiging van deze groepen de resultaten heeft beïnvloed, aangezien deze groepen op bevolkingsniveau relatief klein in omvang zijn.

### **NEMESIS-2**

NEMESIS-2 is het vervolg op NEMESIS-1. Het doel van de nieuwe studie is om de informatie van NEMESIS-1 te actualiseren en gegevens te verzamelen over niet eerder binnen NEMESIS onderzochte onderwerpen (De Graaf e.a., 2010). Specifiek gezegd, is de doelstelling van NEMESIS-2 om actuele gegevens te verkrijgen over het vóórkomen, het ontstaan, en het beloop van psychische stoornissen, en van factoren die hiermee samenhangen, en over de gevolgen van psychische aandoeningen zoals functionele beperkingen, zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte en kosten van ziekten. In NEMESIS-1 werden alleen 'internaliserende' aandoeningen (dat zijn stemmings- en angststoornissen) en middenstoornissen meegenomen. In NEMESIS-2 is een uitbreiding gemaakt naar 'externaliserende' stoornissen, zoals aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en gedragsstoornissen.

De eerste meting van NEMESIS-2 is inmiddels uitgevoerd (tussen november 2007 en juli 2009) en de eerste resultaten met betrekking tot het vóórkomen van psychische aandoeningen en het gebruik van zorg daarvoor in de volwassen Nederlandse bevolking zijn gepubliceerd (De Graaf e.a., 2010). Aan de eerste meting deden 6.646 volwassenen van 18-64 jaar mee, wat neerkwam op een respons van 65,1%. Er staan twee vervolgmetingen gepland, elk drie jaar na de voorgaande meting. NEMESIS-2 maakt gebruik van de CIDI 3.0 versie 21. Hiermee worden diagnoses bepaald die gebaseerd zijn op de meest recente versie van de DSM, de DSM-IV.

De 6.646 respondenten in de eerste meting van NEMESIS-2 vormen een redelijk goede afspiegeling van de volwassen Nederlandse bevolking. Net als het geval was in NEMESIS-1, waren 18-24-jarigen ondervertegenwoordigd in de eerste meting van NEMESIS-2. Personen van niet-westerse herkomst waren ook ondervertegenwoordigd in de studie, vooral degenen van Turkse en Marokkaanse herkomst. Overeenkomstig

NEMESIS-1, werden personen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren, die dakloos waren of langdurig in een instelling verbleven uitgesloten van deelname aan NEMESIS-2.

### **ESEMeD**

ESEMeD (*European Study of Epidemiology on Mental Disorders*) is een Europees onderzoek, uitgevoerd in de jaren 2001-2003 in zes Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Italië en Nederland). In totaal werden ongeveer 20.000 interviews afgenomen bij volwassenen van 18 jaar en ouder. In Nederland deden 2.372 personen mee, wat neerkwam op een respons van 56,4%. ESEMeD maakt deel uit van de *World Mental Health Survey Initiative* van de WHO, waarbij over de hele wereld hetzelfde instrument (CIDI versie 3.0) werd afgenomen om psychische stoornissen te meten. De ESEMeD-studie leverde gegevens op over het vóórkomen van psychische stoornissen, comorbiditeit, functionele beperkingen en zorggebruik (inclusief gebruik van psychofarmacologische middelen) (zie voor een gedetailleerde beschrijving van de ESEMeD-studie: *The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators*, 2004). Tevens werd onderzocht hoe er in de bevolking wordt gedacht over het inschakelen van de GGZ bij emotionele problemen. Het interview bestond uit twee delen. Deel 1 (het vaststellen van de belangrijkste psychische stoornissen, zorggebruik en sociaaldemografische kenmerken) werd afgenomen bij alle respondenten. Deel 2 (het bepalen van minder vaak voorkomende psychische stoornissen, achtergrondkenmerken en opvattingen ten aanzien van GGZ) werd uitsluitend afgenomen bij respondenten met een psychische stoornis en een willekeurige gezonde sub-steekproef.

De groep respondenten in de ESEMeD-studie is in grote lijnen representatief voor de algemene Nederlandse bevolking. Mannen en 18-24-jarigen waren ondervertegenwoordigd. Personen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren of langdurig in een instelling verbleven waren uitgesloten van deelname.

## **2.2.2 Beknopte beschrijving registratiebestanden**

### **LINH**

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een netwerk van (in 2007) 89 geautomatiseerde huisartspraktijken bij wie bijna 340.000 patiënten staan ingeschreven (Verheij e.a., 2009). De aan LINH deelnemende huisartsen verzamelen op continue, routinematige wijze gegevens over gestelde diagnoses, patiëntcontacten en uitgevoerde verrichtingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat gegevens uit de EPD's opgenomen worden in de LINH database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats om de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen. Doordat alleen gegevens gebruikt worden van de huisartspraktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria kunnen per onderzoeksjaar en per uitkomst de aantallen praktijken verschillen waarop de resultaten gebaseerd zijn.

De praktijkpopulatie die ingeschreven staat bij de aan LINH deelnemende praktijken is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht. Ook de deelnemende

huisartsen verschillen niet van de Nederlandse huisartsenpopulatie, afgezien van dat zij wat minder vaak werkzaam zijn in een solopraktijk, iets minder vaak werken in niet stedelijke gebieden, en juist wat vaker werkzaam zijn in weinig stedelijke gebieden.

### ***Psychiatrische Casusregisters***

In een Psychiatrisch Casusregister (PCR) worden de contacten van patiënten met tweedelijns GGZ-voorzieningen uit een omschreven geografisch gebied op één centraal punt verzameld en gekoppeld (Pijl e.a., 2005). In Nederland zijn vier PCR's operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Rijnmond en Midden-Nederland. In elk van deze PCR's werken GGZ-instellingen in en rond de betreffende regio samen om het zorggebruik van de inwoners van die regio te registreren. In de (geanonimiseerde) bestanden van deze registers kunnen de gegevens over een groot aantal jaren door een cliëntgebonden code gecombineerd worden, zodat de GGZ-loopbaan per cliënt in kaart gebracht kan worden. Op basis daarvan kunnen epidemiologische gegevens over zorggebruik worden berekend. Een registerregio is, in tegenstelling tot het verzorgingsgebied van een zorginstelling, exact geografisch gedefinieerd. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk demografische gegevens uit de PCR's te vergelijken met bevolkingscijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Hierdoor kunnen de gegevens uit de PCR's gecorrigeerd worden voor verschillen in bevolkingsopbouw met de landelijke cijfers. De meest recent gepubliceerde gegevens uit de PCR's die in dit hoofdstuk besproken worden betreffen het jaar 2004.

### ***Zorgis/Wachttijdregistratie GGZ Nederland***

Zorgis is het registratiesysteem van lidinstellingen van GGZ Nederland (GGZ Nederland, 2009a). Het werd in 2000 ingevoerd om bij GGZ Nederland aangesloten zorgaanbieders spiegelinformatie te geven over hun prestaties. De gegevens binnen Zorgis omvatten onder meer informatie over de instroom van cliënten in de GGZ-instellingen, hun kenmerken, en de zorg die aan hen verleend werd. De gegevens beperken zich tot geïntegreerde GGZ-instellingen, algemene psychiatrische ziekenhuizen, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Zorgis omvat geen informatie van vrijgevestigde GGZ-professionals, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en). Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en voor forensische psychiatrie zijn niet meegenomen.

Binnen Zorgis zijn gegevens geordend per circuit. Het 'circuit volwassenen' betreft in principe hulp aan volwassenen van 18-64 jaar. Echter, ook cliënten van een andere leeftijdscategorie kunnen betrokken zijn, en zij worden meegeteld om de omvang van het aantal cliënten in het circuit volwassenen te bepalen. Deze systematiek wordt gehanteerd sinds 2003. Verder is eind 2006 de gegevensaanlevering door instellingen aan Zorgis beëindigd. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis. Bijgevolg worden in dit hoofdstuk cijfers gepresenteerd over de periode 2003-2007. Daarbij is, vanwege de alternatieve dataverzameling in 2007,



voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers van 2007 met voorgaande jaren.

Er bestond geen wettelijke verplichting voor instellingen om gegevens aan Zorgis aan te leveren. Om tot een landelijk beeld te komen werden de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoléerd ('bijgeschat'). Dit gebeurde zowel op basis van gegevens die bekend waren uit voorgaande jaren als op basis van financiële parameters. Er bestaat een hechte relatie tussen de zorgproductie en het budget. Budgetgegevens werden vrijwel volledig aangeleverd. De extrapolatie vond gewogen plaats (GGZ Nederland, 2009a). Bedacht dient te worden dat het extrapoleren van gegevens een bron van vertekening kan vormen. Zo kunnen de instellingen die gegevens hebben aangeleverd per jaar verschillen, waardoor verschillen tussen jaren in de periode 2003-2007 ook (deels) extrapolatieverschillen kunnen zijn.

Vanaf 2004 verzorgt GGZ Nederland rapportages over wachttijden. Verzameling van deze gegevens is ook na 2007 gecontinueerd op een manier die sterk overeenkomt met de voormalige dataverzameling via Zorgis (GGZ Nederland, 2010). De informatie over wachttijden is niet geordend naar circuit, maar naar leeftijd. Volwassenen van 18-64 jaar vormen één van de leeftijdsgroepen die onderscheiden worden.

## 2.3 Ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ

In deze paragraaf wordt ingegaan op ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen met psychische problemen. Allereerst wordt beschreven dat een minderheid van de volwassen Nederlanders met een psychische stoornis in aanraking komt met de tweedelijns GGZ (subparagraaf 2.3.1). Uitgelegd wordt dat dit het gevolg is van een selectieproces dat uitgeoefend wordt door verschillende opeenvolgende 'filters' op de weg naar de tweedelijns GGZ, van het niet hebben van een hulpbehoefte tot het bestaan van wachttijden bij GGZ-voorzieningen (subparagraaf 2.3.2). Vervolgens worden deze filters afzonderlijk besproken (subparagrafen 2.3.3-2.3.8). Voor zover gegevens voorhanden zijn worden daarbij ook eventuele veranderingen in de 'doorlaatbaarheid' van filters in de loop der tijd beschreven. Tot slot wordt in subparagraaf (2.3.9) ingegaan op de vraag of de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ de afgelopen jaren groter geworden is.

### 2.3.1 Veel volwassenen met een psychische stoornis maken geen gebruik van de tweedelijns GGZ

Een aanzienlijk deel van de volwassen Nederlanders met een psychische stoornis blijkt hiervoor geen tweedelijns GGZ te ontvangen. De recente NEMESIS-2 gegevens geven aan dat bijna acht op de 10 volwassenen van 18-64 jaar met een psychische stoornis<sup>1</sup> in het afgelopen jaar in die tijd niet in aanraking kwam met de tweedelijns GGZ<sup>2</sup> (zie

---

1 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middelenstoornis, of ADHD.

2 GGZ: psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg.

Tabel 2). Wanneer gekeken wordt naar de hoofdgroepen van psychische stoornissen, dan blijkt het percentage volwassenen dat geen gespecialiseerde psychische hulpverlening ontvangt te variëren. Terwijl ruim 80% van de volwassenen met een middelenstoornis in de afgelopen 12 maanden in die tijd niet in aanraking kwam met tweedelijns GGZ-voorzieningen, is dit percentage onder degenen met een stemmingsstoornis een stuk lager, namelijk 63%. Volwassenen met een angststoornis in het afgelopen jaar nemen een middenpositie in: ruim driekwart (78%) van hen deed geen beroep op de tweedelijns GGZ.

**Tabel 2 Het percentage volwassenen Nederlanders (van 18-64 jaar) met een psychische stoornis dat geen gebruik maakte van de tweedelijns GGZ vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden in de periode 2007-2009.**

	Totaal
<b>Stemmingsstoornis</b>	62,6
Depressieve stoornis	63,3
Dysthymie	48,6
Bipolaire stoornis	56,7
<b>Angststoornis</b>	77,8
Paniekstoornis	70,6
Agorafobie zonder paniekstoornis	75,2
Sociale fobie	69,5
Specifieke fobie	84,6
Gegeneraliseerde angststoornis	64,8
<b>Middelenstoornis</b>	82,7
Alcoholmisbruik	90,0
Alcoholafhankelijkheid	77,7
Drugsmisbruik	64,0
Drugsafhankelijkheid	63,7
<b>ADHD<sup>a</sup></b>	77,8
<b>Enigerlei stoornis<sup>b</sup></b>	79,5

<sup>a</sup> ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar

<sup>b</sup> Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Bron: NEMESIS-2; De Graaf e.a., 2010

Hoewel deze bevindingen suggereren dat er een grote 'kloof' bestaat tussen het aantal volwassenen met een psychische stoornis en het aantal dat hiervoor hulp ontvangt in de tweedelijns GGZ, is deze conclusie te kort door te bocht. Want het hebben van een psychische stoornis betekent niet automatisch dat iemand zorg nodig heeft, laat staan gespecialiseerde zorg. Verder moet bedacht worden dat in NEMESIS-2 gevraagd is naar het zorggebruik in de afgelopen 12 maanden. Het kan dus zijn dat hoewel iemand in

dat jaar niet in aanraking kwam met de tweedelijns GGZ, hij of zij wel in het jaar daarop of eerder gespecialiseerde psychische hulpverlening ontvangen heeft.

Aan de hand van het zogenoemde 'filtermodel' waarin het hulpzoekproces voor psychische problemen beschreven wordt als een opeenvolging van steeds intensievere vormen van hulpverlening (Goldberg & Huxley, 1992), kan goed uitgelegd worden waarom een minderheid van de volwassen Nederlanders met een psychische stoornis uiteindelijk in aanraking komt met de tweedelijns GGZ.

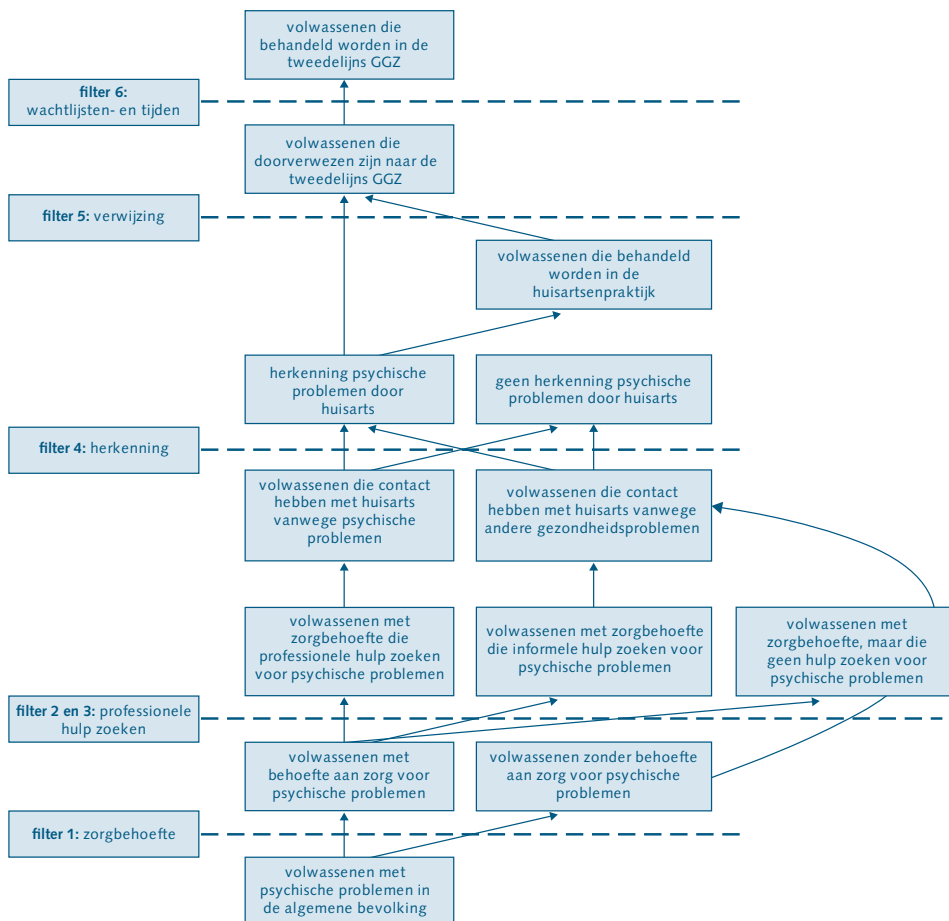
### **2.3.2 Filters op de weg naar de tweedelijns GGZ**

Binnen het filtermodel worden de opeenvolgende vormen van hulpverlening van elkaar gescheiden door filters. Figuur 1 presenteert verschillende filters die achtereenvolgens te onderscheiden zijn op de weg naar de tweedelijns GGZ, van het niet ervaren van een behoefte aan professionele zorg bij volwassenen met psychische problemen tot het bestaan van wachttijden bij tweedelijns GGZ-voorzieningen. Als gevolg van het selectieproces dat uitgeoefend wordt door de opeenvolgende filters zal een beperkt deel van de volwassen Nederlanders met psychische problemen uiteindelijk gebruik maken van de tweedelijns GGZ.

De huisarts heeft als 'poortwachter' voor de gespecialiseerde zorg in veruit de meeste gevallen als eerste hulpverlener contact met volwassenen met psychische problemen; de huisarts is ook veruit de belangrijkste verwijzer naar de tweedelijns GGZ. Toch dient opgemerkt te worden dat niet iedere volwassene de gang naar de gespecialiseerde psychische hulpverlening op de manier doorloopt zoals gepresenteerd in Figuur 1. Zo kan bijvoorbeeld een verwijzing naar de tweedelijns GGZ plaatsvinden via een andere hulpverlener in de eerstelijnszorg.

In de volgende subparagrafen (2.3.3-2.3.8) zullen de opeenvolgende filters op de weg naar de tweedelijns GGZ besproken worden. Voor zover gegevens voorhanden zijn wordt ook ingegaan op de ontwikkeling in de werking van een filter in de afgelopen jaren.

**Figuur 1 Filters op de weg naar de tweedelijns GGZ**



### 2.3.3 Het niet ervaren van een hulpbehoefte (filter 1)

Een eerste filter op de weg naar de tweedelijns GGZ is dat een aanzienlijk deel van de volwassenen met een psychische stoornis geen behoefte heeft aan professionele psychische zorgverlening.

Zo is aan de hand van ESEMeD gegevens gevonden dat bijna twee derde (63,7%) van de volwassenen (van 18 jaar en ouder) met een psychische stoornis<sup>3</sup> in de afgelopen 12 maanden aangaf geen behoefte te hebben aan professionele hulp voor psychische problemen (Codony e.a., 2009). Deze bevinding suggereert dat een deel van de volwassenen een aanwezige psychische stoornis niet herkent of dat wel doet,

3 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, of alcoholmisbruik/–afhankelijkheid.

maar de problematiek niet als dusdanig belastend ervaart dat zij hiervoor hulp zouden willen hebben van een professionele hulpverlener.

Niet verrassend is dat de ESEMeD gegevens aangeven dat volwassenen vaker een behoefte aan professionele zorg ervaren naarmate de ernst van een psychische stoornis toeneemt. Daarnaast blijken ook geslacht en leeftijd een rol te spelen. Volwassenen met een zorgbehoefte waren vaker vrouw en waren vaker in de leeftijd van 25-64 jaar (t.o.v. 18-24 jaar) (Codony e.a., 2009).

Bedacht dient te worden dat deze bevindingen gebaseerd zijn op gegevens van 2001-2003. Het is mogelijk dat de mate waarin volwassenen met psychische problemen hulpbehoefte ervaren sindsdien veranderd is.

### **2.3.4 Het zoeken van hulp bij informele zorgverleners (filter 2)**

Zoals weergegeven in Figuur 1 zal een deel van de volwassenen met een zorgbehoefte geen professionele hulp zoeken, maar informele hulp. Daarbij kan gedacht worden aan een telefonische hulpdienst, hulp van een vertegenwoordiger van een bepaald geloof (bv. dominee of imam), of hulp van een alternatieve genezer.

Uit de recente NEMESIS-2 studie blijkt dat 8,5% van de volwassenen met een psychische stoornis<sup>4</sup> in het afgelopen jaar hiervoor enigerlei vorm van informele zorg<sup>5</sup> ontving in die tijd (De Graaf e.a., 2010). Daarbij dient opgemerkt te worden dat dit niet hoeft te betekenen dat deze volwassenen uitsluitend hulp zochten in het informele circuit; het kan zijn dat zij daarnaast ook hulp ontvingen van een arts of andere professionele hulpverlener. Het percentage volwassenen dat gebruik maakte van informele hulpverlening bleek te variëren per hoofdgroep van psychische aandoeningen. Relatief gezien maakten volwassenen met een stemmingsstoornis het meest gebruik van informele zorg (15,3%), en volwassenen met een middenstoornis (7,4%) het minst. Volwassenen met een angststoornis namen een middenpositie in: van hen maakte één op de tien (10,0%) gebruik van informele zorg.

Uit de NEMESIS-2 gegevens blijkt verder dat naast het hebben van een psychische stoornis ook sociaaldemografische factoren een rol spelen bij het hulp zoeken in het informele circuit. Gebruikers van informele zorg waren vaker vrouw, waren vaker in de leeftijd van 45-54 jaar (t.o.v. 55-64 jaar), woonden vaker niet samen met een partner, hadden vaker geen betaald werk, en hadden vaker een lager huishoudinkomen (De Graaf e.a., 2010).

#### ***Het gebruik van informele hulp is hetzelfde gebleven in de afgelopen tien jaar***

Er is ook een vergelijking gemaakt tussen de recente NEMESIS-2 gegevens (van 2007-2009) en de oudere NEMESIS-1 gegevens (van 1996) om na te gaan of er in de tussenvolgende periode veranderingen hebben plaatsgevonden in het gebruik van informele zorg (De Graaf e.a., 2010). Wanneer rekening gehouden werd met demografische verschillen tussen de twee studies, bleek de kans dat een volwassene gebruik maakte

---

4 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middenstoornis, of ADHD.

5 Informele zorg: telefonische hulpdienst; dominee, pastoor, imam of andere vertegenwoordiger van een geloof; een alternatieve genezer zoals homeopaat, acupuncturist of iriscopist; zelfhulpgroep.

van informele zorg vanwege psychische problemen gelijk gebleven te zijn tussen 1996 en 2007-2009.

### 2.3.5 Het niet zoeken van professionele hulp, ondanks behoefte daartoe (filter 3)

Zoals aangegeven in Figuur 1 zal een deel van de volwassenen met een psychische stoornis wel een behoefte aan professionele zorg hebben, maar desondanks geen hulp gaan zoeken bij een arts of een andere professionele hulpverlener. Anders gezegd, een deel van de volwassenen met psychische problemen zal een 'onvervulde zorgbehoefte' hebben.

Op basis van de recente NEMESIS-2 gegevens is gevonden dat 5,6% van de volwassenen met een psychische stoornis<sup>6</sup> in het afgelopen jaar een onvervulde zorgbehoefte had (De Graaf e.a., 2010). Volwassenen met een stemmingsstoornis in het afgelopen jaar hadden relatief gezien het vaakst een onvervulde zorgbehoefte: 8,7% van hen zocht geen professionele hulp, ondanks een behoefte daartoe. Het percentage volwassenen met een onvervulde zorgbehoefte lag voor de hoofdgroepen angststoornis en middenstoornis redelijk dicht bij elkaar, met percentages van respectievelijk 5,9% en 5,3%. Het vóórkomen van onvervulde zorgbehoefte varieert ook binnen de hoofdgroepen. Zoals Tabel 3 aangeeft hadden volwassenen met dysthymie, een bipolaire stoornis of drugsmisbruik relatief het vaakst een onvervulde zorgbehoefte.

**Tabel 3 Het percentage volwassenen Nederlanders (van 18-64 jaar) met een psychische stoornis met een onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden in de periode 2007-2009.**

	Totaal
<b>Stemmingsstoornis</b>	8,7
Depressieve stoornis	7,9
Dysthymie	10,8
Bipolaire stoornis	12,7
<b>Angststoornis</b>	5,9
Paniekstoornis	2,8
Agorafobie zonder paniekstoornis	5,7
Sociale fobie	10,1
Specifieke fobie	6,3
Gegeneraliseerde angststoornis	4,3
<b>Middelenstoornis</b>	5,3
Alcoholmisbruik	4,4
Alcoholafhankelijkheid	3,7
Drugsmisbruik	9,0
Drugsafhankelijkheid	6,8
<b>ADHD<sup>a</sup></b>	5,1
<b>Enigerlei stoornis<sup>b</sup></b>	5,6

<sup>a</sup> ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar

<sup>b</sup> Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Bron: NEMESIS-2; De Graaf e.a., 2010

6 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middenstoornis, of ADHD.

Nadere analyses van de NEMESIS-2 gegevens laten zien dat naast het hebben van een psychische stoornis ook sociaaldemografische kenmerken een rol spelen bij het hebben van een onvervulde zorgbehoefte (De Graaf e.a., 2010). Volwassenen die niet samenwonen met een partner gaven aan vaker geen professionele hulp gezocht te hebben ondanks een behoefte daartoe dan degenen die met een partner samenwonen. Verder rapporteerden personen in de leeftijd van 18-24 jaar minder vaak een onvervulde zorgbehoefte dan 55-64 jarigen.

### ***Het vóórkomen van onvervulde zorgbehoefte is duidelijk afgenomen tussen 1996 en 2007-2009***

Ook wat betreft het vóórkomen van onvervulde zorgbehoefte is er een vergelijking gemaakt tussen beide NEMESIS-studies. Het blijkt dat het percentage volwassenen in de algemene bevolking met een onvervulde zorgbehoefte sterk is afgenomen in ruim een decennium. Gaf in 1996 nog 6,2% van de volwassenen aan een onvervulde zorgbehoefte te hebben, in de periode 2007-2009 was dit percentage nog maar 1,8%. Een dergelijk sterke daling is ook te zien wanneer gekeken wordt naar de volwassenen met een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden. In 1996 rapporteerde ongeveer één op de zes (16,8%) van de volwassenen met een psychische aandoening een onvervulde zorgbehoefte; in de periode 2007-2009 is dit percentage afgenomen naar 5,6% (De Graaf e.a., 2010).

Deze positieve ontwikkeling wijst er op dat volwassenen in mindere mate dan vroeger belemmeringen ervaren om daadwerkelijk hulp te gaan zoeken bij een arts of een andere professionele hulpverlener als zij daar behoefte toe voelen. Zoals hieronder wordt beschreven, bestaan er verschillende barrières om professionele hulp te zoeken. Zoals hieronder ook zal blijken is het echter onduidelijk welke belemmerende factoren in de afgelopen jaren een minder grote rol zijn gaan spelen.

### ***Barrières om professionele hulp te zoeken***

- *Opvattingen over psychische problemen kunnen hulp zoeken belemmeren*  
Opvattingen ten aanzien van psychische stoornissen kunnen een reden zijn om te wachten met het zoeken van professionele hulp.

Op basis van NEMESIS-1 gegevens is gevonden dat volwassenen met een psychische stoornis<sup>7</sup> in het afgelopen jaar én een zorgbehoefte het vaakst attitudegerelateerde redenen noemden om toch geen contact te zoeken met een professionele hulpverlener (Sareen e.a., 2007). Specifiek gezegd waren de bevindingen dat:

- 63% het probleem zelf wilde oplossen; en dat
- 51% dacht dat de klachten vanzelf zouden verbeteren.

Dit suggereert dat een deel van de volwassenen met psychische problemen wacht met het zoeken van professionele hulp omdat zij in eerste instantie graag het probleem zelf willen proberen op te lossen of omdat zij verwachten of hopen dat de problemen vanzelf zullen verdwijnen.

---

7 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, of een middenstoornis.

Opgemerkt moet worden dat deze bevindingen gebaseerd zijn op relatief 'oude' gegevens (van 1996), en dat het onduidelijk is in hoeverre opvattingen ten aanzien van psychische stoornissen sindsdien veranderd zijn.

- *Het hebben van minder positieve opvattingen over professionele hulp*

Het hebben van een minder positieve opvatting over de professionele zorgverlening kan een andere reden zijn waarom volwassenen met psychische problemen geen professionele hulp zoeken ondanks een behoefte daartoe.

Uit onderzoek op basis van ESEMeD gegevens bleek bijna de helft (45,6%) van de Nederlandse volwassenen van mening te zijn dat professionele hulp slechter was dan of gelijk was aan geen hulp bij psychische problemen (Ten Have e.a., 2010). In vergelijking met volwassenen uit andere Europese landen<sup>8</sup> bleken de Nederlanders vaker minder positief te denken over de effectiviteit van professionele zorgverlening.

Verdere analyses gaven aan dat bepaalde groepen vaker een positievere mening hadden over professionele hulp. Specifiek gezegd, hadden vrouwen, volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar (vergeleken met degenen van 65 jaar en ouder), en volwassenen met een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden (vergeleken met degenen zonder een stemmingsstoornis) vaker een positievere opvatting over de effectiviteit van professionele zorgverlening. Andere sociaaldemografische kenmerken bleken niet samen te hangen met een positievere opvatting, evenals het hebben van een angst- of middelenstoornis, of het hebben gehad van een eerdere psychische stoornis of zorgervaring (Ten Have e.a., 2010).

Bedacht moet worden dat deze bevindingen gebaseerd zijn op gegevens die verzameld zijn in 2001-2003. Het is onduidelijk of opvattingen over de professionele zorgverlening sindsdien veranderd zijn, mogelijk mede onder invloed van veranderingen in de kwaliteit van de geboden zorg.

- *Het ervaren van stigma*

Naast opvattingen over psychische stoornissen en professionele zorgverlening, kan het ervaren van stigma ook een reden zijn waarom volwassenen met psychische problemen geen professionele hulp zoeken ondanks het hebben van een behoefte daartoe. Zo zijn er aanwijzingen dat schaamte belemmerend kan werken.

De al eerder genoemde studie op basis van NEMESIS-1 liet zien dat 12% van de volwassenen met een psychische stoornis<sup>9</sup> in het afgelopen jaar én een zorgbehoefte zich bezorgd maakten om wat anderen ervan zouden denken (Sareen e.a., 2007).

Het ook al eerder besproken onderzoek op basis van ESEMeD gegevens vond dat twee op de tien volwassenen zich zouden schamen als vrienden zouden weten dat zij professionele hulp zouden ontvangen vanwege psychische problemen (Ten Have e.a., 2010). Uit deze studie kwamen ook bepaalde groepen naar voren die hier minder vaak moeite mee lijken te hebben. Om specifiek te zijn, gaven vrouwen, volwassenen

---

8 België, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje

9 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, of een middelenstoornis.



met een hoger inkomen, volwassenen woonachtig in meer stedelijke gebieden, en volwassenen die een eerdere zorgervaring hebben gehad, vaker aan zich comfortabel te voelen bij de gedachte dat vrienden zouden weten dat zij professionele hulp gingen zoeken (Ten Have e.a., 2010).

De bovengenoemde percentages liggen een stuk lager dan de eerder beschreven percentages volwassenen die 'attitude-gerelateerde' redenen noemen om geen professionele hulp te zoeken. Dit suggereert dat het ervaren van stigma minder vaak een barrière vormt om hulp te zoeken dan opvattingen over psychische stoornissen of professionele zorgverlening.

- *Het ervaren van praktische en financiële barrières*

Redenen om geen professionele hulp te zoeken ondanks een behoefte daartoe, kunnen ook praktisch of financieel van aard zijn.

De eerder genoemde studie op basis van NEMESIS-1 gegevens vond dat 9% tot 28% van de volwassenen met een psychische stoornis<sup>10</sup> in het afgelopen jaar én een zorgbehoefte aangaf vanwege een bepaalde praktische reden niet op zoek te gaan naar professionele hulp (Sareen e.a., 2007). Specifiek werden voor de onderzochte redenen de volgende percentages gevonden:

- 28% gaf aan niet goed te weten waar hulp te zoeken;
- 23% gaf aan dat hulp zoeken teveel tijd zou kosten of lastig zou zijn;
- 10% gaf aan een financiële barrière te ervaren; en
- 9% gaf aan dat het niet lukt om een afspraak te maken.

Ook deze percentages liggen beduidend lager dan de eerder beschreven percentages volwassenen die attitude-gerelateerde redenen noemen om geen professionele zorg te zoeken. Dit lijkt erop te wijzen dat praktische redenen minder vaak een obstakel vormen in het hulpzoekproces dan opvattingen over psychische problemen en de professionele zorgverlening. Wel moet wederom bedacht worden dat de bevindingen aangaande praktische barrières gebaseerd zijn op 'oude' gegevens (van 1996). Het is niet duidelijk of hun rol in het niet zoeken van professionele hulp sindsdien veranderd is.

### **2.3.6 Beperkte herkenning van psychische problemen door de huisarts (filter 4)**

In de voorgaande subparagrafen is ingegaan op filters die ertoe bijdragen dat volwassenen met psychische problemen hiervoor geen hulp zoeken bij een professionele zorgverlener: het niet ervaren van een behoefte aan professionele hulp, het zoeken van hulp in het informele circuit, en het ervaren van barrières om daadwerkelijk professionele hulp te zoeken ondanks een behoefte daartoe.

Gezien de poortwachterfunctie van de huisarts in de gezondheidszorg zullen de meeste volwassenen met psychische problemen in contact komen met de huisarts, ongeacht of zij nu wel of niet actief op zoek zijn naar professionele hulp voor hun problemen. Probleemherkenning door de huisarts vormt bijgevolg het volgende filter

---

<sup>10</sup> Een stemmingsstoornis, een angststoornis, of een middelenstoornis.

op de weg naar tweedelijns GGZ (zie Figuur 1). Het blijkt dat psychische problematiek in beperkte mate herkend wordt door de huisarts. Dit volgt uit studies die aantonen dat er sprake is van een aanzienlijke mate van 'onderdiagnostiek' van psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk.

Er zijn de afgelopen jaren vooral veel studies verricht naar de mate van onderdiagnostiek van depressie (o.a. Ormel e.a., 1990; Tiemens e.a., 1999; Van Weel-Baumgarten e.a., 2000; Nuyen e.a., 2005; Volkens e.a., 2004; Licht-Strunk e.a., 2009). Deze studies laten een grote spreiding zien wat betreft het percentage volwassenen met een depressieve stoornis die niet als zodanig gediagnosticeerd worden door hun huisarts, lopend van 21% tot 79%. Door de vele verschillen in onderzoekopzet en –methode is het moeilijk aan te geven wat de precieze mate van onderdiagnostiek van depressie is.<sup>11</sup> Een voorzichtige schatting (uitgaande van het laagst gevonden percentage) is dat de huisarts ten minste 21% van de volwassenen met een depressieve stoornis niet als zodanig diagnosticeert. Daarbij dient wel bedacht te worden dat het niet stellen van een diagnose niet altijd hoeft te betekenen dat een depressie ook niet herkend is door de huisarts.

### ***Is de herkenning van psychische problemen in de huisartsenpraktijk verbeterd?***

Zoals uitgebreid beschreven in Hoofdstuk 1 zijn er op basis van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) geen aanwijzingen voor een betere herkenning van psychische problemen door de huisarts in de periode 2002-2008. De landelijke representatieve LINH-gegevens geven namelijk niet aan dat het percentage volwassenen (van 18-64 jaar) bij wie de huisarts een psychisch probleem diagnosticeert consistent is toegenomen tussen 2002 en 2008 (zie Tabel 4). Dit geldt ook wanneer specifiek gekeken wordt naar de frequentie waarmee veel voorkomende psychische problemen als depressie en angst gediagnosticeerd worden.

Opgemerkt dient te worden dat gegevens uit een tweetal regionale huisartsregistratiesystemen wel aangeven dat huisartsen steeds vaker de diagnoses depressie en angst zijn gaan stellen over de langere periode 1990-2007 (Schoemaker e.a., 2010). Het is moeilijk om deze verschillen tussen landelijke en regionale cijfers te verklaren. Het is mogelijk dat de regionale cijfers het handelen van een kleine, selectieve groep huisartsen presenteert, dat niet terug te zien is op landelijk niveau.

---

11 Een belangrijke factor is bijvoorbeeld of het al dan niet door de huisarts diagnosticeren van een depressie bepaald wordt aan de hand van diagnoses zoals geregistreerd in medische dossiers van patiënten of dat dit bepaald wordt door huisartsen expliciet te laten beoordelen of er bij een patiënt sprake is van psychische problematiek (Cepoiu e.a., 2008). De eerstgenoemde methode kan leiden tot een overschatting van de mate van onderdiagnostiek van depressie vanwege onvolledige registratie in medische dossiers, terwijl de laatstgenoemde methode kan leiden tot een onderschatting van de mate van onderdiagnostiek omdat huisartsen meer alert en gefocust zijn op mogelijke psychische problematiek dan gebruikelijk.

**Tabel 4** Percentage volwassenen van 18-64 jaar bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft in de periode 2002-2008

	2002	2004	2006	2008
<b>Psychische diagnose (ICPC code)<sup>a</sup></b>	<b>N=193.752<sup>b</sup></b>	<b>N=114.209<sup>b</sup></b>	<b>N=178.760<sup>b</sup></b>	<b>N=203.237<sup>b</sup></b>
Enigerlei diagnose ( $\geq 1$ P-code)	11,2	12,0	11,6	12,8
Diagnose depressie (P03 of P76)	3,2	3,7	3,5	3,4
Diagnose angst (P01 of P74)	2,8	3,1	2,9	2,9

<sup>a</sup> Diagnoses worden binnen LINH gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem voor huisartsen, de 'International Classification of Primary Care' (ICPC)

<sup>b</sup> N= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 69 in 2002, 43 in 2004, 69 in 2006 en 82 in 2008

Bron: LINH (Verheij e.a., 2009)

### **Redenen voor de beperkte herkenning van psychische problemen door de huisarts**

Tal van factoren kunnen de herkenning en diagnostiek van psychische problemen in de huisartsenpraktijk bemoeilijken, waaronder:

- **Patiëntgebonden factoren:**

- Een patiënt brengt tijdens het consult geen psychische klachten naar voren. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat iemand aanwezige psychische problematiek zelf niet herkent, geen zorgbehoefte ervaart of geen vertrouwen heeft in de professionele zorg voor psychische problemen (zie eerder besproken filters). Een deel van de personen met psychische problemen zal zich presenteren met specifieke pijnklachten of onduidelijke lichamelijke klachten (Tiemens e.a., 1998).
- Een patiënt met psychische problemen heeft acute lichamelijke klachten of een chronische lichamelijke ziekte. Wanneer een persoon contact heeft met de huisarts vanwege acute klachten of complicaties die duidelijk van lichamelijke aard zijn, zal er minder ruimte zijn om aandacht te geven aan psychische problematiek.
- Een patiënt heeft minder ernstige psychische problematiek. Over het algemeen wordt bij personen met ernstiger psychische problemen (zoals degenen met meer symptomen of een langere ziekteduur, of degenen die meer functionele beperkingen ervaren) vaker een psychische diagnose gesteld door de huisarts (Verhaak e.a., 2006; Nuyen e.a., 2005).
- Een patiënt vindt het moeilijk om een 'psychische diagnose' te accepteren. Een diagnose depressie kan bijvoorbeeld als stigmatiserend ervaren worden of een patiënt vindt dat de klachten van lichamelijke aard zijn.

- **Huisartsgebonden factoren:**

- Een huisarts heeft beperkte tijd beschikbaar per consult. Een consult in de huisartsenpraktijk is over het algemeen kort en dit kan door een huisarts als belemmerend worden ervaren om aandacht te geven aan psychische

problemen. Daarbij zal een deel van de patiënten met psychische problemen ook lichamelijke klachten hebben die aandacht vragen. In het geval van zulke 'competing demands' kan het zijn dat de klacht of aandoening die het meest in het oog springt of het meest ernstig is de meeste kans heeft om aandacht van de huisarts te krijgen (Klinkman, 1997).

- Een huisarts kan weinig contact hebben (gehad) met een patiënt met psychische problemen.

In het algemeen wordt gevonden dat hoe vaker een huisarts in het afgelopen jaar contact heeft gehad met een persoon, hoe groter de kans is dat een aanwezig psychisch probleem door hem of haar gediagnosticeerd wordt (Verhaak e.a., 2006; Nuyen e.a., 2005). Dit wijst erop dat meer bekendheid met een patiënt de herkenning van psychische problematiek door de huisarts verbetert. Het hebben van meer contacten met de huisarts geeft een patiënt ook meer gelegenheid om psychische problemen naar voren te brengen.

- Een huisarts kan weinig gebruik maken van communicatietechnieken die de herkenning en diagnose van psychische problemen bevorderen.

De manier waarop een huisarts communiceert met een patiënt hangt samen met de mate waarin hij of zij psychische problemen herkent (Zantinge e.a., 2007; Van der Pasch e.a., 1998). Vooral huisartsen die meer oogcontact maken, zich empatisch opstellen, en vragen naar de emotionele gesteldheid, de psychosociale en maatschappelijke situatie van patiënten, zijn zich meer bewust van de aanwezigheid van psychische problematiek (Zantinge e.a., 2007).

- Gebrek aan kennis en ervaring

Een huisarts kan weinig kennis en ervaring hebben omtrent het herkennen, diagnosticeren en behandelen van psychische problemen, en zich daarom onzeker voelen over het stellen van een psychische diagnose.

- Een huisarts kan het behandelen van psychische problemen niet tot zijn of haar takenpakket rekenen.

Het blijkt dat de mate waarin huisartsen psychosociale zorgverlening tot hun takenpakket rekenen samenhangt met de frequentie waarmee zij psychische en sociale diagnoses stellen. Huisartsen met een 'bredere' psychosociale taakopvatting stellen verhoudingsgewijs vaker een psychische diagnose dan huisartsen met een 'smallere' taakopvatting op dit terrein (Kolthof e.a., 2004). Tussen 1987 en 2001 is de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale zorgverlening versmald (Kolthof e.a., 2004). Onduidelijk is hoe het er nu voorstaat.

### **2.3.7 Het niet doorverwijzen door de huisarts (filter 5)**

Na herkenning van een psychisch probleem door de huisarts, vormt zijn of haar verwijsgedrag de volgende filter op de weg naar de tweedelijns GGZ (zie Figuur 1). Het blijkt dat het merendeel van de volwassenen met psychische problemen in de huisartsenpraktijk behandeld wordt en niet wordt doorverwezen naar de tweedelijns GGZ (Van Rijswijk e.a., 2007; Verhaak e.a., 2009).

### **De huisarts verwijst vaker door naar de tweedelijns GGZ**

Zoals al gedetailleerd beschreven is in Hoofdstuk 1, geven de landelijke LINH-gegevens aan dat de huisarts volwassenen bij wie hij of zij een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft tussen 2002 en 2008 steeds vaker is gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ (inclusief vrijgevestigde hulpverleners) (zie Tabel 5). Alleen het verwijzingspercentage naar een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) is niet toegenomen. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat sinds begin deze eeuw veel RIAGG's met andere GGZ-instellingen gefuseerd zijn en niet meer bestaan als zelfstandige organisatie. Stijgende verwijzingspercentages naar de tweedelijns GGZ zijn ook te zien wanneer specifiek gekeken wordt naar de volwassenen bij wie een diagnose depressie of angst gesteld is. Opgemerkt moet worden dat op basis van de LINH-gegevens niet bepaald kan worden in hoeverre verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de tweede lijn wel of niet 'terecht' waren. Ook is onduidelijk in welke mate patiënten een verwijzing opvolgen.

**Tabel 5** Percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose dat door de huisarts verwezen wordt naar de tweedelijns GGZ in de periode 2002-2008

	2002	2004	2006	2008
<b>Verwijsbestemming<sup>a</sup></b>	<b>N=10.552<sup>b</sup></b>	<b>N=11.265<sup>b</sup></b>	<b>N=12.253<sup>b</sup></b>	<b>N=16.119<sup>b</sup></b>
Psychiatrie	2,4	3,7	4,6	4,5
RIAGG	2,8	2,3	2,5	2,2
Psycholoog/psychotherapeut <sup>c</sup>	1,3	2,4	2,8	4,7
Consultatiebureau alcohol & drugs <sup>c</sup>	0,1	0,2	0,6	0,7

<sup>a</sup> Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen (en geen achteraf- of herhaalverwijzingen).

<sup>b</sup> N= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 34 in 2002, 36 in 2004, 37 in 2006 en 49 in 2008.

<sup>c</sup> Registratie van deze verwijzing is binnen LINH facultatief. De verwijzingspercentages zijn daarom een onderschatting.

Bron: LINH (Verheij e.a., 2009)

### **2.3.8 Wachtlijsten en wachttijden binnen de tweedelijns GGZ (filter 6)**

Een laatste filter voordat volwassenen na doorverwijzing daadwerkelijk hulp ontvangen in de tweedelijns GGZ is het bestaan van wachttijden en wachtlijsten (zie Figuur 1).

Gegevens van GGZ-instellingen die aangesloten zijn bij GGZ Nederland geven zicht op hoe de wachttijden en wachtlijsten zich de afgelopen jaren ontwikkeld hebben (GGZ Nederland, 2007a, 2008, 2009b, 2010). Gegevens over 'wachtenden' bij instellingen voor forensische psychiatrie en bij vrijgevestigde psychiaters en psychologen zijn niet meegenomen. Er worden drie wachtfasen onderscheiden:

- de aanmeldingswachtfase: de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener;
- de beoordelingswachtfase: de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld; en

- de behandelingswachtfase: de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact.

### ***Het percentage cliënten met wachttijd langer dan aanvaardbaar blijft redelijk stabiel***

Tabel 6 laat zien dat in iedere wachtfase een substantieel deel van de cliënten langer moet wachten dan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zelf maximaal aanvaardbaar vinden, de zogenaamde Treeknormen.<sup>12</sup> Het relatieve aantal cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden blijft de laatste jaren betrekkelijk stabiel.

**Tabel 6 Gemiddelde wachttijden (in weken) voor volwassen cliënten en het percentage dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven in de periode 2004-2009**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Wachtfase</b>						
Aanmelding	3 (23%)	2 (19%)	3 (22%)	3 (26%)	3 (25%)	3 (25%)
Beoordeling	4 (28%)	4 (29%)	4 (29%)	4 (30%)	4 (31%)	4 (32%)
Behandeling	4 (20%)	4 (19%)	4 (19%)	6 (26%)	5 (24%)	5 (23%)

Bron: GGZ Nederland, 2007a, 2008, 2009b, 2010

### ***Het aantal cliënten met wachttijd langer dan aanvaardbaar stijgt***

De gegevens in Tabel 7 geven aan dat het absolute aantal volwassen cliënten dat langer wacht op zorg dan maximaal aanvaardbaar geacht wordt begin 2010 met ongeveer 7% toegenomen is ten opzichte van begin 2009. In elke wachtfase is ongeveer dezelfde stijging te zien.

**Tabel 7 Aantal volwassen cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven in de periode 2008-2010 (peildatum 1 januari)**

	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
<b>Wachtfase</b>			
Aanmelding	5.600	5.100	5.500
Beoordeling	5.700	7.900	8.400
Behandeling	3.300	2.600	2.800
Totaal	14.600	15.600	16.700

Bron: GGZ Nederland, 2007a, 2008, 2009b, 2010

<sup>12</sup> Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden 'treeknormen' genoemd. Het betreffen de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden in de GGZ: aanmeldingsfase (Treeknorm= 4 weken), beoordelingsfase (Treeknorm= 4 weken) en behandelingsfase (Treeknorm= 6 tot 13 weken, afhankelijk van het type behandeling).

### **2.3.9 Is de tweedelijns GGZ toegankelijker geworden?**

In de voorgaande subparagrafen zijn verschillende opeenvolgende filters op de weg naar de tweedelijns GGZ besproken. Voor verschillende filters zijn gegevens beschikbaar over hun selecterende werking door de jaren heen. Deze gegevens wijzen er op dat de 'doorlaatbaarheid' van deze filters gelijk gebleven of groter geworden is. Specifiek gezegd zijn er aanwijzingen gevonden dat tussen 1996 en 2007-2009 volwassenen in gelijke mate gebruik maken van informele zorg vanwege psychische problemen; dat tussen 1996 en 2007-2009 volwassenen in mindere mate belemmeringen ervaren om daadwerkelijk professionele hulp te gaan zoeken als zij daar behoefte aan hebben; dat de huisarts tussen 2002 en 2008 niet vaker psychische problemen is gaan diagnosticeren bij volwassenen; dat de huisarts tussen 2002 en 2008 volwassenen bij wie hij of zij een psychische diagnose gesteld heeft vaker is gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ; en dat wachttijden bij GGZ-instellingen betrekkelijk stabiel gebleven zijn in de periode 2004-2009. De gelijkblijvende of grotere 'doorlaatbaarheid' van deze filters zou er op kunnen wijzen dat de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor volwassenen groter geworden is. Deze gevolgtrekking is voorzichtig geformuleerd omdat bovengenoemde bevindingen gebaseerd zijn op verschillende databronnen die aanzienlijk verschillen in termen van onder meer meetperiode, wijze van dataverzameling en doelstelling. Ook op basis van andere bevindingen is het moeilijk om een duidelijke uitspraak te doen over veranderingen in de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ.

#### ***Grotere toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor volwassenen?***

Als gekeken wordt op het niveau van de algemene bevolking, dan valt op dat bevindingen uit de NEMESIS-studies en de bevindingen uit registratiesystemen niet met elkaar overeen komen wat betreft de ontwikkeling in tweedelijns GGZ-gebruik.

Een vergelijking tussen de NEMESIS-studies laat zien dat op populatieniveau het gebruik van de tweedelijns GGZ<sup>13</sup> gelijk gebleven is in het afgelopen decennium. Gevonden werd dat in 1996 6,0% van de volwassen Nederlanders in het afgelopen jaar in aanraking kwam met de tweedelijns GGZ-voorzieningen, en dat dit percentage in de periode 2007-2009 nagenoeg hetzelfde was (6,2%) (De Graaf e.a., 2010).

In tegenstelling tot het gelijkblijvend zorggebruik dat uit de NEMESIS-studies naar voren komt, wijzen gegevens van registratiesystemen er op dat in de loop der tijd steeds meer volwassenen in aanraking zijn gekomen met de tweedelijns GGZ. Zo laten gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem van de lidinstellingen van GGZ Nederland, zien dat tussen 2005 en 2007 het absolute aantal (unieke) personen dat behandeld werd in de tweedelijns GGZ steeg van 688.743 naar 769.406, een toename van 12% (GGZ Nederland, 2009a). Bedacht moet worden dat deze gegevens niet alleen betrekking hebben op volwassenen, maar ook op ouderen en jongeren.

---

13 GGZ: psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg.

Als gekeken wordt naar het aantal volwassen cliënten dat jaarlijks in behandeling is<sup>14</sup> in de tweedelijns GGZ, dan wijzen de Zorgis-gegevens ook op een relatief sterke groei tussen 2003 en 2007 (zie Tabel 8). In deze periode is er sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 5%.

**Tabel 8 Aantal cliënten in behandeling in het circuit volwassen in de periode 2003-2007**

2003	2004	2005	2006	2007
400.700	455.600	478.000	476.700	504.000

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

Opgemerkt moet worden dat de zorg die verleend werd door vrijgevestigde hulpverleners en vanuit psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische universiteitsklinieken niet is meegenomen in deze cijfers. Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en forensische psychiatrie zijn niet meegenomen (GGZ Nederland, 2009a).

Op basis van gegevens van de Psychiatrische Casusregisters Noord-Nederland, Zuid, Rijnmond, en Maastricht en omstreken werd gevonden dat het percentage volwassen inwoners (van 20-64 jaar) van deze regio's dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ duidelijk gestegen is in de periode 1990-2004 (Pijl e.a., 2005; Pijl, 2007). Kijkend naar 1996, het jaar van de eerste meting van NEMESIS-1, maakte 3,3% van de volwassen inwoners (van 20-64 jaar) van deze regio's gebruik van de tweedelijns GGZ. In 2004 is dit percentage gestegen naar 5,0%. Opgemerkt dient te worden dat de zorg die geboden werd vanuit instellingen voor de verslavingszorg en door vrijgevestigde hulpverleners niet is meegenomen in deze cijfers.

Het is moeilijk om deze verschillende bevindingen te verklaren, mede doordat er veel verschillen bestaan tussen de NEMESIS-bevolkingsstudies en de registratiesystemen (o.a. in termen van wijze van dataverzameling, doelstelling, definitie zorggebruik, en representativiteit). Wel lijkt het er sterk op dat er vooral een verschil zit tussen NEMESIS-gegevens en registratiegegevens wat betreft het tweedelijns GGZ-gebruik medio jaren negentig van de vorige eeuw. Ten aanzien van het huidige tweedelijns GGZ-gebruik komen de verschillende databronnen redelijk overeen (De Graaf e.a., 2010).

### ***Grotere toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor volwassenen met een psychische stoornis?***

Uit een vergelijking tussen de twee NEMESIS-studies blijkt dat het percentage volwassenen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ gestegen is van 15,3% in 1996 naar 20,8% in de jaren 2007-2009 (De Graaf e.a., 2010). Dit hoeft echter niet zonder meer te betekenen dat de tweedelijns GGZ toegankelijker geworden is voor volwassenen met een psychische stoornis. Zo is

14 Een deel van deze volwassenen zal in een jaar meer dan één behandeling ontvangen. De verhouding tussen het aantal unieke personen dat jaarlijks zorg ontvangt en het aantal behandelingen dat hiermee gemoeid gaat is redelijk stabiel (GGZ Nederland, 2009a).



de aanwezigheid van een psychische stoornis in NEMESIS-2 bepaald aan de hand van criteria van de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*<sup>15</sup>, vierde versie), terwijl dit in NEMESIS-1 gebeurde op basis van een eerdere versie, de DSM-III-R. De DSM-IV criteria zijn stringenter dan de DSM-III-R criteria in de zin dat zij een grotere nadruk leggen op klinisch significant lijden en beperkingen in het functioneren (Kessler e.a., 2005). Het kan dus zijn dat het hogere tweedelijs GGZ-gebruik in 2007-2009 onder volwassenen met een psychische stoornis verklaard wordt doordat zij gemiddeld genomen meer last hadden van hun psychische problemen.

### 2.3.10 Samenvatting

In deze paragraaf zijn gegevens over de toegang tot de tweedelijs GGZ voor volwassenen in kaart gebracht. De belangrijkste bevindingen:

- *Een aanzienlijk deel van de volwassenen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar maakt in die tijd geen gebruik van de tweedelijs GGZ. Dit wordt verklaard door de selecterende werking van verschillende opeenvolgende filters op de weg naar de gespecialiseerde GGZ, van het niet ervaren van een behoefte aan professionele zorg tot het bestaan van wachttijden bij tweedelijs GGZ-voorzieningen.*
- *Voor verschillende filters zijn gegevens uit verschillende databronnen beschikbaar over hoe hun selecterende werking zich ontwikkeld heeft. Er zijn aanwijzingen dat tussen 1996 en 2007-2009 het gebruik van informele zorg vanwege psychische problemen gelijk gebleven is; dat tussen 1996 en 2007-2009 volwassenen in mindere mate belemmeringen ervaren om daadwerkelijk professionele psychische hulp te gaan zoeken als zij daar behoefte aan hebben; dat de huisarts tussen 2002 en 2008 niet vaker psychische problemen is gaan diagnosticeren bij volwassenen; dat de huisarts tussen 2002 en 2008 volwassenen bij wie hij of zij een psychische diagnose gesteld heeft vaker is gaan doorverwijzen naar de tweedelijs GGZ; en dat tussen 2004 en 2009 wachttijden bij GGZ-instellingen relatief stabiel gebleven zijn.*
- *De gelijkblijvende of grotere 'doorlaatbaarheid' van filters doet vermoeden dat de toegankelijkheid van de tweedelijs GGZ voor volwassenen groter geworden is in de afgelopen jaren. Gegevens uit registratiesystemen wijzen inderdaad op een duidelijke toename van het aantal volwassenen dat een beroep doet op de tweedelijs GGZ. Echter, een vergelijking tussen de bevolkingsstudies NEMESIS-1 en NEMESIS-2 laat zien dat het percentage volwassenen dat in aanraking komt met de tweedelijs GGZ gelijk gebleven is tussen 1996 en 2007-2009. De niet met elkaar overeenstemmende bevindingen uit verschillende databronnen maken het lastig om een duidelijk uitspraak te doen over veranderingen in de toegankelijkheid van de tweedelijs GGZ voor volwassenen.*

---

15 Een veel gebruikt classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen.

## 2.4 Ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ: de relatie met overheidsbeleid

In de vorige paragraaf zijn verschillende opeenvolgende filters op de weg naar de tweedelijns GGZ besproken. In deze paragraaf wordt nagegaan of het selectieproces dat door deze filters wordt uitgeoefend aansluit bij het overheidsbeleid ten aanzien van de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ. Daarbij wordt eerst besproken of volwassenen met ernstiger psychische problemen vaker gebruik maken van de tweedelijns GGZ dan degenen met mildere problematiek (subparagraaf 2.4.1). Vervolgens wordt nagegaan of de tweedelijns GGZ in gelijke mate toegankelijk is voor subgroepen in de samenleving, ongeacht sociaaldemografische kenmerken als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomen of etniciteit (subparagrafen 2.4.2-2.4.3).

### 2.4.1 De samenhang tussen tweedelijns GGZ-gebruik en de ernst van psychische problemen

Sinds grofweg een decennium wordt door de overheid gestreefd naar een versterking van de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk (Meijer & Verhaak, 2004). Met dit beleid wordt beoogd personen met psychische problemen waar mogelijk te behandelen in de eerste lijn, en alleen indien noodzakelijk door te verwijzen naar de tweedelijns GGZ. Met andere woorden, de tweedelijns GGZ is vooral bestemd voor de meer ernstige gevallen. In deze subparagraaf worden bevindingen uit NEMESIS-1 beschreven die aangeven dat, consistent met dit overheidsbeleid, volwassenen vaker in aanraking komen met de tweedelijns GGZ voor psychische problemen naarmate de ernst van de problematiek toeneemt. Ook blijkt uit deze relatief oude gegevens (van 1997) dat een deel van de volwassenen die gebruik maakt van de tweedelijns GGZ 'milde' psychische problematiek heeft.

#### ***Meer tweedelijns GGZ-gebruik onder volwassenen met ernstiger problematiek***

In de vorige paragraaf is al beschreven dat de 'doorlaatbaarheid' van sommige filters groter is in het geval van ernstiger psychische problematiek. Zo hebben volwassenen met een ernstigere psychische stoornis vaker een behoefte aan professionele hulp (Codony e.a., 2009) en zo stelt de huisarts vaker een psychische diagnose bij volwassenen met ernstigere psychische problemen. Dit doet vermoeden dat de kans om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ groter wordt naarmate de ernst van de psychische problematiek toeneemt.

Dit vermoeden wordt bevestigd door bevindingen uit NEMESIS-I waarbij specifiek is gekeken naar de relatie tussen ernst van depressieve symptomen en zorggebruik (Ten Have e.a., 2009). Gevonden werd dat van de volwassenen met depressieve symptomen die zorg ontvingen in de tweedelijns GGZ iets minder dan de helft (46%) een matige

of ernstige depressieve stoornis<sup>16</sup> had (zie Tabel 9). Dit terwijl van de volwassenen met depressieve symptomen die uitsluitend zorg binnen de eerste lijn kregen, minder dan een derde (29%) een matige of ernstige depressieve stoornis had.

**Tabel 9 Een typering van zorggebruikers met depressieve symptomen in de afgelopen 12 maanden (N=925), in kolompercentages**

	Geen zorg N=596	Uitsluitend eerstelijnszorg N=206	Tweedelijns GGZ N=123
	%	%	%
<b>Ernst van de depressie</b>			
Subklinisch	86,1	61,0	44,1
Licht	8,0	9,7	10,2
Matig	3,5	13,8	20,8
Ernstig	2,4	15,5	24,9
Totaal	100	100	100

Bron: NEMESIS-1 (meetperiode: 1997); Ten Have e.a., 2009

Verdere analyses lieten een duidelijke relatie zien tussen de ernst van depressieve symptomen en tweedelijns GGZ-gebruik, ook wanneer rekening gehouden werd met verschillen in sociaaldemografische kenmerken, de aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen en andere psychische stoornissen (zie Tabel 10). Zo hadden volwassenen met een ernstige depressieve stoornis ruim 27 keer meer kans om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ dan om geen zorg te gebruiken in vergelijking met volwassenen met een subklinische depressie.<sup>17</sup>

16 Ernstige depressieve stoornis (al of niet met psychotische kenmerken): iemand had meer depressieve symptomen dan nodig om te voldoen aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis, en ondervond daarnaast ernstige beperkingen in het beroepsmatig functioneren, in normale sociale activiteiten en in relaties met anderen.

Lichte depressieve stoornis: iemand had het minimale aantal symptomen dat nodig is om te voldoen aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis en iemand ondervond geringe beperkingen in het functioneren, beroepsmatig functioneren, in normale sociale activiteiten en in relaties met anderen.

Matige depressieve stoornis: het aantal depressieve symptomen en functionele beperkingen was gemiddeld (d.w.z. het aantal depressieve symptomen was hoger dan bij een milde depressie en lager dan bij een ernstige depressie).

17 Subklinische depressie: iemand had één van de beide kernsymptomen (depressieve stemming, of verlies van interesse of plezier) én twee tot vijf van de in totaal negen symptomen van een depressie. Er wordt echter niet voldaan aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis.

**Tabel 10 Ernst van de depressie als voorspeller van zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (N=925), in Relatieve Risk Ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)\*. Referentiecategorie is geen zorg gebruikt.**

	Tweedelijns GGZ N=123
	RRR (95% BI) <sup>a</sup>
<b>Ernst van de depressie</b>	
<b>Subklinisch</b>	1
Licht	3,5 (1,6 – 7,5)
Matig	15,8 (7,7 – 32,5)
Ernstig	27,4 (11,7 – 64,5)
P for trend	<0,001

<sup>a</sup> Gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).

Significante relatieve risk ratio's en p-waarden zijn vet gedrukt.

\* Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Bron: NEMESIS-1 (meetperiode: 1997); Ten Have e.a., 2009

### **Recente cijfers over hoeveel van de volwassenen die zorg ontvangen in de tweedelijns GGZ 'milde' problematiek heeft ontbreken vooralsnog**

Wat opvalt in de bovenstaande Tabel 9 is dat iets meer dan de helft (54%) van de volwassenen met depressieve symptomen die gebruik maakten van de tweedelijns GGZ relatief milde klachten had (d.w.z. een subklinische depressie of lichte depressieve stoornis). Dit werd ook gevonden wanneer niet specifiek naar depressieve symptomen gekeken werd (zie Tabel 11): van de volwassenen die in aanraking kwamen met de tweedelijns GGZ vanwege psychische problemen had bijna 30% 'milde' psychische klachten, ofwel klachten die niet ernstig genoeg waren om te kunnen spreken van een psychische stoornis (Ten Have e.a., 2009).

**Tabel 11 Een typering van zorggebruik naar psychische stoornis/psychische klachten in de afgelopen 12 maanden (N=5618), in kolompercentages.**

	Geen zorg N=5016	Uitsluitend eerstelijnszorg N=388	Tweedelijns GGZ N=214
	%	%	%
Met psychische stoornis	11,3	46,8	70,2
Met milde psychische klachten <sup>a</sup>	88,7	53,2	29,8
Totaal	100	100	100

Bron: NEMESIS-1 (meetperiode: 1997); Ten Have e.a., 2009

Het hebben van milde psychische klachten hoeft zeker niet automatisch te betekenen dat behandeling in de tweedelijns GGZ 'onterecht' is. Zo gaven verdere analyses van de NEMESIS-1 gegevens aan dat het merendeel (81%) van de volwassenen met milde klachten in de tweedelijns GGZ ooit eerder in het leven last had van ofwel een psychische stoornis, ofwel van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide. Met andere woorden, slechts een klein deel is 'onbelast', in de zin dat ze nooit eerder in het leven last hadden van een psychische stoornis en/of psychische of sociale beperkingen (Ten Have e.a., 2009).

Bedacht dient te worden dat de hierboven beschreven bevindingen gebaseerd zijn op de relatief 'oude' NEMESIS-1 gegevens (van 1997). Het is dus onduidelijk hoe groot het aandeel volwassenen met milde psychische problemen dat gebruik maakt van de tweedelijns GGZ in recente jaren is. Dit is relevant om te weten, mede gezien het streven van de overheid in de afgelopen jaren om de GGZ in de eerste lijn te versterken. Toekomstige analyses van de recente NEMESIS-2 gegevens (van 2007-2009) zullen meer zicht geven op de huidige relatie tussen ernst van psychische problematiek en tweedelijns GGZ-gebruik, en op het aandeel volwassenen in deze setting met milde problematiek.

#### **2.4.2 De samenhang tussen tweedelijns GGZ-gebruik en sociaaldemografische kenmerken**

In de vorige subparagraaf is, voor zover mogelijk, nagegaan of het selectieproces dat uitgeoefend wordt door filters op de weg naar de tweedelijns GGZ aansluit bij het streven van de overheid om in de tweedelijns GGZ vooral degenen met ernstige psychische problematiek te behandelen. Een ander belangrijk streven van de overheid is om de tweedelijns GGZ toegankelijk te maken voor subgroepen in de samenleving, ongeacht sociaaldemografische kenmerken als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, inkomen of etniciteit (VWS, 2006). In deze subparagraaf wordt op basis van recente bevindingen uit de NEMESIS-2 studie beschreven of er aanwijzingen zijn dat bepaalde sociaaldemografische groepen verhoudingsgewijs minder vaak in aanraking komen met GGZ-voorzieningen. Een 'ondervertegenwoordiging' van een bepaalde subgroep van volwassenen in de tweedelijns GGZ kan er op wijzen dat één of meerdere van de hierboven beschreven filters voor hen minder makkelijk te 'passeren' zijn.

### ***Geen aanwijzingen voor een mindere toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor 'kwetsbare' groepen***

Analyse van NEMESIS-2 gegevens laat zien dat leeftijd niet samenhangt met het gebruik van de tweedelijns GGZ voor psychische problemen in het afgelopen jaar. Hierbij is rekening gehouden met verschillen in geslacht en de aanwezigheid van enigerlei psychische stoornis<sup>18</sup> (zie Tabel 12) (De Graaf e.a., 2010). Geruststellend is ook dat volwassenen die ten hoogste een lagere beroepsopleiding hebben afgerond even vaak in aanraking komen met GGZ-voorzieningen als degenen met een afgeronde HBO of universitaire opleiding, na controle voor verschillen in geslacht, leeftijd en de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening. Dit wijst er op dat de tweedelijns GGZ in gelijke mate toegankelijk is voor lager en hoger opgeleiden. Wel dient opgemerkt te worden dat in deze analyses niet gecontroleerd is voor mogelijke verschillen in de ernst van de psychische problemen. Het kan dus niet uitgesloten worden dat wanneer ook rekening gehouden wordt met de beperkingen die men ervaart als gevolg van een psychische stoornis, er wel een leeftijds- of opleidingsverschil in tweedelijns GGZ-gebruik gevonden wordt (De Graaf e.a., 2010).

Ook mogelijk 'kwetsbare' groepen qua inkomenspositie, woonsituatie (d.w.z. het niet samenwonen met een partner), of werksituatie (d.w.z. geen betaald werk hebben) hebben geen kleinere kans om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ. Integendeel, zij maken verhoudingsgewijs juist vaker gebruik van GGZ-voorzieningen, wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in leeftijd, geslacht en de aanwezigheid van enigerlei psychische stoornis (zie Tabel 12).

Het hogere tweedelijns GGZ-gebruik onder volwassenen met een lager huishoudinkomen blijkt samen te hangen met de bevinding dat zij vaker lager opgeleid zijn, vaker geen betaalde baan hebben, en vaker niet met een partner samenwonen. Toekomstig onderzoek dient na te gaan welke van deze kenmerken het meest bepalend is voor het zorggebruik (De Graaf e.a., 2010).

Een mogelijke verklaring voor het hogere tweedelijns GGZ-gebruik van volwassenen die niet met een partner samenwonen is dat zij vaker of sneller professionele hulp zoeken omdat zij minder steun in hun directe omgeving kunnen mobiliseren (Ten Have, 2004). Ook volwassenen zonder betaald werk zoeken mogelijk vaker of sneller contact met een professionele hulpverlener voor psychische problemen vergeleken met degenen met een betaalde baan. Bijvoorbeeld omdat zij eenvoudigweg meer tijd hebben om in therapie te gaan, of omdat zij het belang ervan meer inzien omdat zij door hun psychische problemen werkloos zijn geworden (De Graaf e.a., 2010). Ook kunnen verschillen in de ernst van de psychische problematiek (tussen personen die wel en personen die niet met een partner samenwonen; tussen personen met en personen zonder betaald werk) een rol spelen.

---

18 Een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middelenstoornis, of ADHD.

**Tabel 12 De samenhang tussen sociaaldemografische kenmerken en tweedelijns GGZ-gebruik vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in rij-percentages en odds ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI)\*.**

	%	OR (95% BI) <sup>a</sup>
<b>Geslacht</b>		
Man	5,4	1
Vrouw	7,0	<b>1,29 (1,01-1,66)</b>
<b>Leeftijd</b>		
18-24	5,5	0,73 (0,38-1,42)
25-34	6,8	1,21 (0,82-1,80)
35-44	6,6	1,24 (0,90-1,70)
45-54	6,9	1,36 (0,98-1,88)
55-64	4,6	1
P for trend		0,25
<b>Opleiding</b>		
Lager onderwijs	10,5	1,45 (0,84-2,50)
LBO, MAVO	6,1	0,79 (0,56-1,13)
MBO, HAVO, VWO	5,1	<b>0,72 (0,53-0,98)</b>
HBO, universiteit	6,6	1
P for trend		0,61
<b>Woonsituatie</b>		
Met partner	4,0	1
Zonder partner	10,6	<b>2,75 (2,07-3,66)</b>
<b>Werksituatie</b>		
Betaald werk	4,8	1
Geen betaald werk	10,7	<b>2,61 (1,92-3,54)</b>
<b>Inkomen</b>		
Laag	11,0	<b>2,52 (1,80-3,53)</b>
Midden	5,0	1,05 (0,76-1,45)
Hoog	4,2	1
P for trend		<b>&lt;0,0001</b>
<b>Urbanisatiegraad</b>		
Zeer laag	4,4	1
Laag	5,8	1,44 (0,80-2,58)
Matig	6,4	1,52 (0,88-2,63)
Hoog	5,6	1,23 (0,68-2,22)
Zeer hoog	8,4	<b>1,92 (1,12-3,30)</b>
P for trend		0,09
<b>Etnische herkomst</b>		
Westers	6,1	1
Niet-westers	7,0	1,01 (0,56-1,84)

<sup>a</sup> Gecorrigeerd voor verschillen in geslacht, leeftijd en aanwezigheid van enigerlei As-I psychische stoornis. Vet gedrukt: significante odds ratio of 'p for trend' (<0,05).

\* Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden.

Bron: NEMESIS-2 (meetperiode: 2007-2009); De Graaf e.a., 2010

Uit de NEMESIS-2 gegevens komen twee groepen naar voren die in de periode 2007-2009 relatief minder vaak gebruik maken van de tweedelijns GGZ, te weten mannen en dorpelingen (zie Tabel 12).

### ***Minder tweedelijns GGZ-gebruik onder mannen***

Uit de NEMESIS-2 gegevens blijkt dat vrouwen in de afgelopen 12 maanden vaker gebruik maken van de tweedelijns GGZ vanwege psychische problemen dan mannen, ook wanneer rekening gehouden wordt met geslachtsverschillen in het vóórkomen van psychische stoornissen (De Graaf e.a., 2010). Het lagere GGZ-gebruik van mannen ten opzichte van vrouwen werd ook al in eerdere studies gevonden, waaronder NEMESIS-1 (Ten Have e.a., 2002). Hiervoor bestaan verschillende mogelijke verklaringen:

- *Geslachtsverschillen in het vóórkomen van het type psychische stoornis*  
Stemmings- en angststoornissen komen bij vrouwen meer voor dan bij mannen, terwijl middelenstoornissen, aandachtstekort- of gedragsstoornissen, of antisociale persoonlijkheidsstoornissen vaker vóórkomen bij mannen dan bij vrouwen (De Graaf e.a., 2010). Deze verschillen hebben invloed op het GGZ-gebruik. Zo is het gebruik van de tweedelijns GGZ verhoudingsgewijs laag in het geval van een middelenstoornis of ADHD (De Graaf e.a., 2010). Mannen met een ernstige antisociale persoonlijkheidsstoornis “verdwijnen” vaker in het justitiële circuit en worden niet in de tweedelijns GGZ behandeld.
- *Geslachtsverschillen in de werking van filters op weg naar de tweedelijns GGZ*  
Hierboven is al beschreven dat vrouwen in vergelijking met mannen vaker een behoefte aan professionele zorg ervaren vanwege psychische problemen (Codony e.a., 2009), vaker een positievere opvatting hebben over de effectiviteit van professionele zorgverlening, en zich vaker comfortabel zeggen te voelen bij de gedachte dat vrienden zouden weten dat zij professionele hulp gingen zoeken (Ten Have e.a., 2010). Hierdoor zullen meer vrouwen dan mannen op zoek gaan naar professionele hulp. Daarnaast kan de ‘doorlaatbaarheid’ van andere filters mogelijk ook groter zijn voor vrouwen dan voor mannen. Zo is het mogelijk dat de huisarts psychische problemen beter herkent bij vrouwen dan bij mannen, bijvoorbeeld doordat vrouwen hun klachten gemakkelijker benoemen.

### ***Minder tweedelijns GGZ-gebruik onder dorpelingen***

Op basis van NEMESIS-2 gegevens is gevonden dat volwassenen die in een zeer grote stad wonen vaker in aanraking komen met de tweedelijns GGZ vanwege psychische problemen dan degenen die in een dorp wonen (zie Tabel 12). Ook wanneer rekening gehouden wordt met verschillen in geslacht, leeftijd, en de aanwezigheid van enigerlei psychische stoornis (De Graaf e.a., 2010). Het lagere GGZ-gebruik van dorpelingen ten opzichte van volwassenen woonachtig in zeer grote steden kan op verschillende manieren verklaard worden:

- *Er bestaat een meer gevarieerd aanbod aan GGZ-voorzieningen in zeer grote steden (De Graaf e.a., 2010).*



- *De bereikbaarheid van GGZ-voorzieningen is beter in zeer grote steden (De Graaf e.a., 2010).*
- *De bevolkingsopbouw is anders in zeer grote steden (De Graaf e.a., 2010).*  
Verschillen tussen zeer grote steden en dorpen wat betreft de verdeling van inwoners naar kenmerken als etniciteit, opleiding, en woon- en werksituatie kunnen een rol spelen.
- *Verschillen tussen stedelingen en dorpelingen in de werking van filters op weg naar de tweedelijns GGZ*  
Hierboven is al beschreven dat naarmate de stedelijkheid van de woonplaats toeneemt, volwassenen vaker aangeven zich niet te zullen schamen als vrienden zouden weten dat zij professionele hulp zouden ontvangen vanwege psychische problemen (Ten Have e.a., 2010). Dit suggereert dat dorpelingen mogelijk minder geneigd zijn om professionele hulp te zoeken voor psychische problemen. Het is mogelijk dat zij ook andere filters minder makkelijk 'passeren' dan volwassenen die in zeer grote steden wonen.

### **2.4.3 De samenhang tussen tweedelijns GGZ-gebruik en etniciteit**

In deze subparagraaf wordt apart nagegaan of er aanwijzingen zijn dat bepaalde etnische groepen ondervertegenwoordigd zijn in de tweedelijns GGZ. Naast bevindingen uit de recente NEMESIS-2 studie, wordt ook ingegaan op bevindingen op basis van gegevens die verzameld zijn op regionaal of lokaal niveau. Het blijkt dat de verschillen in onderzoekopzet en –methode tussen de studies, en ook de beperkingen van de studies (zoals een lage respons, selectieve steekproef) het lastig maken om duidelijke uitspraken te doen over de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor etnische groepen.

#### ***Bevindingen op landelijk niveau***

##### *NEMESIS-2: geen verschil naar etniciteit in tweedelijns GGZ-gebruik*

De gegevens van NEMESIS-2 laten zien dat in de periode 2007-2009 volwassenen van niet-westerse herkomst even vaak gebruik maken van tweedelijns GGZ-voorzieningen als volwassenen van westerse herkomst, ook wanneer rekening gehouden werd met verschillen in geslacht, leeftijd en het hebben van een psychische stoornis (De Graaf e.a., 2010). Het is belangrijk om te controleren voor de aanwezigheid van een psychische stoornis, omdat er aanwijzingen zijn dat er verschillen bestaan in het vóórkomen van psychische stoornissen naar etniciteit (Smits & Van 't Land, 2008; De Graaf e.a., 2010). De bevinding dat GGZ-gebruik niet samenhangt met etniciteit, suggereert dat de tweedelijns GGZ in gelijke mate toegankelijk is voor volwassenen van niet-westerse en westerse herkomst. Wel moet opgemerkt worden dat er in de analyses niet gecontroleerd is voor mogelijke verschillen in de ernst van de psychische stoornis naar etniciteit. Het is dus niet uit te sluiten dat wanneer ook nog rekening gehouden wordt met de beperkingen die men ervaart vanwege een psychische stoornis, er wel een verschil in GGZ-gebruik bestaat tussen volwassenen van westerse afkomst en degenen van niet-westerse afkomst.

Een beperking van de NEMESIS-2 steekproef is dat volwassenen die het Nederlands onvoldoende beheersten uitgesloten werden en dat volwassenen van Turkse en Marokkaanse afkomst duidelijk ondervertegenwoordigd waren. Dit kan mogelijk tot vertekening hebben geleid, bijvoorbeeld doordat de volwassenen van niet-westerse herkomst die wel deelnamen aan de studie vaker gebruik maakten van de tweedelijns GGZ dan niet-deelnemende volwassenen van niet-westerse herkomst (De Graaf e.a., 2010). Verder er is vanwege de relatieve lage aantallen binnen NEMESIS-2 niet gekeken naar het zorggebruik van specifieke minderheidsgroepen. Op basis van regionale en wat minder recente gegevens van het Psychiatrisch Casus Register Rijnmond zijn er aanwijzingen gevonden dat de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ minder goed is voor specifieke etnische groepen.

### ***Bevindingen op regionaal of lokaal niveau***

#### *Psychiatrisch Casusregister Rijnmond: tweedelijns GGZ-gebruik verschilt tussen specifieke etnische groepen*

In Nederland zijn vanaf de jaren negentig vier Psychiatrische Casusregisters operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Midden-Nederland en Rijnmond (zie subparagraaf 2.2.2). Het Psychiatrisch Casusregister (PCR) Rijnmond heeft als enige casusregister het gebruik van de tweedelijns GGZ naar etniciteit in kaart gebracht (Dieperink e.a., 2002; Dieperink e.a., 2007). Specifiek gezegd, werd er gekeken naar het GGZ-gebruik in de regio Rotterdam in de periode 1990-2004 door volwassenen van verschillende etnische herkomst en autochtone volwassen Nederlanders. Er werd uitsluitend gekeken naar het zorggebruik van volwassenen die behoren tot de eerste generatie migranten. Tweedelijns GGZ behelsde de zorg die geboden werd vanuit GGZ-instellingen; de zorg die geboden werd vanuit instellingen voor verslavingzorg of door vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten werd niet meegenomen.

In de onderstaande tabellen wordt de ontwikkeling in het GGZ-gebruik tussen 1990 en 2004 in de regio Rotterdam gepresenteerd voor de verschillende etnische groepen in totaal (Tabel 13), en uitgesplitst naar mannen (Tabel 14) en vrouwen (Tabel 15).

**Tabel 13 Aantal volwassenen (20-64 jaar) per 1000 inwoners in de regio Rotterdam dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etnische herkomst.**

	1990	1994	1998	2002	2004	Groei (%)
Nederland	30,1	35,5	38,0	48,1	64,4	114,0
Turkije	33,6	37,7	38,8	48,4	66,7	98,5
Marokko	31,1	33,6	38,2	45,1	60,9	95,8
Suriname	18,6	22,1	25,9	32,6	46,7	151,1
Nederlandse Antillen	12,0	17,7	17,8	21,9	36,4	203,3
Kaap Verdië	8,3	10,8	15,9	24,1	29,0	249,3
Overig	12,6	13,7	14,1	23,7	33,4	165,1
Totaal	28,1	32,5	34,7	43,6	58,8	109,3

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond; Dieperink e.a., 2007

**Tabel 14 Aantal volwassenen mannen (20-64 jaar) per 1000 inwoners in de regio Rotterdam dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etnische herkomst.**

	1990	1994	1998	2002	2004	Groei (%)
Nederland	25,2	28,5	30,0	39,7	52,9	109,9
Turkije	30,6	30,6	31,3	40,8	50,4	64,7
Marokko	41,2	42,3	43,2	50,6	66,3	60,9
Suriname	18,5	20,3	21,7	30,9	43,4	134,6
Nederlandse Antillen	14,3	17,2	16,7	22,3	35,6	149,0
Kaap Verdië	7,1	7,6	8,9	15,7	15,8	122,5
Overig	11,3	11,1	11,6	22,1	29,6	161,9
Totaal	24,1	26,6	28,0	37,0	49,3	104,6

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond; Dieperink e.a., 2007

**Tabel 15 Aantal volwassenen vrouwen (20-64 jaar) per 1000 inwoners in de regio Rotterdam dat gebruik maakt van de tweedelijns GGZ in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etnische herkomst.**

	1990	1994	1998	2002	2004	Groei (%)
Nederland	35,2	42,6	46,1	56,8	76,2	116,5
Turkije	37,4	46,4	47,0	56,5	83,7	123,8
Marokko	16,5	21,7	32,0	38,6	54,8	232,1
Suriname	18,7	23,7	29,7	34,0	49,6	165,2
Nederlandse Antillen	9,8	18,2	18,8	21,6	37,1	278,6
Kaap Verdië	9,5	14,2	22,6	31,8	40,8	329,5
Overig	14,0	16,5	16,7	25,4	36,9	163,6
Totaal	32,2	38,5	41,5	50,3	68,4	112,4

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond; Dieperink e.a., 2007

De resultaten wijzen op aanzienlijke verschillen in het GGZ-gebruik in de regio Rotterdam in de periode 1990-2004, zowel tussen etnische groepen en autochtone Nederlanders, als tussen etnische groepen onderling (Dieperink e.a., 2007).

Gevonden werd dat sommige etnische groepen ondervertegenwoordigd waren in de tweedelijns GGZ:

- Volwassenen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst kwamen over de gehele periode 1990-2004 beduidend minder vaak in aanraking met de tweedelijns GGZ dan volwassenen van Nederlandse origine en volwassenen van Turkse of Marokkaanse herkomst. Wel is hun GGZ-gebruik tussen 1990 en 2004 verhoudingsgewijs sterk gegroeid (zie Tabel 13). Dit kan impliceren dat de tweedelijns GGZ in deze periode toegankelijker geworden is voor volwassenen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst.
- Vrouwen van Marokkaanse herkomst maakten in vergelijking met vrouwen van Nederlandse origine en vrouwen van Turkse herkomst in de periode 1990-2004 aanzienlijk minder gebruik van GGZ-voorzieningen. Wel nam hun GGZ-gebruik tussen 1990 en 2004 verhoudingsgewijs sterk toe (zie Tabel 15). Dit kan erop wijzen dat de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor vrouwen van Marokkaanse herkomst toegenomen is.

Op basis van de gegevens van de PCR Rijnmond is niet te zeggen waarom volwassenen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst, en vrouwen van Marokkaanse herkomst ondervertegenwoordigd waren in de tweedelijns GGZ in de periode 1990-2004. Kennelijk zijn één of meerdere van de hierboven besproken filters op de weg naar de gespecialiseerde hulpverlening voor deze etnische groepen verhoudingsgewijs moeilijker te 'passeren'. Onderzoek is nodig om te bepalen welke filters nadelig werken. Ervaren Surinamers of Antillianen bijvoorbeeld minder vaak een zorgbehoefte? Of zoeken zij mogelijk vaker hulp buiten het professionele circuit om? Of herkent de huisarts misschien psychische problemen bij hen minder goed, of verwijst de huisarts hen juist minder vaak door naar de tweedelijns GGZ?

Evenzo is het onduidelijk waarom tussen 1990 en 2004 de mate van ondervertegenwoordiging in de tweedelijns GGZ van bovengenoemde etnische groepen afgenomen is. Dit kan erop wijzen dat de 'doorlaatbaarheid' van één of meerdere filters in deze periode toegenomen is, waardoor steeds meer volwassenen uit deze groepen in aanraking komen met de tweedelijns GGZ. Dit vraagt om onderzoek naar eventuele trends in de werking van de verschillende filters.

De gegevens van de PCR Rijnmond geven ook aan dat sommige etnische groepen in gelijke mate vertegenwoordigd of zelfs oververtegenwoordigd waren in de tweedelijns GGZ:

- Volwassenen van Turkse herkomst maakten tussen 1990 en 2004 in ongeveer gelijke mate gebruik van de tweedelijns GGZ als volwassenen van Nederlandse origine. Het zorggebruik van Turkse vrouwen was zelfs wat hoger dan dat van autochtone Nederlandse vrouwen (zie Tabel 15).

- Mannen van Marokkaanse herkomst kwamen over de gehele periode 1990-2004 vaker in aanraking met de tweedelijns GGZ dan mannen van Nederlandse origine en mannen van Turkse herkomst (zie Tabel 14).

Bij de interpretatie van deze bevindingen moet wel bedacht worden dat er geen rekening gehouden is met verschillen in het vóórkomen van psychische stoornissen naar etniciteit. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen gevonden dat personen van Marokkaanse herkomst vaker een psychische stoornis hebben dan autochtone Nederlanders (Smits & Van 't Land, 2008). Met andere woorden, het valt niet uit te sluiten dat de gelijke mate van vertegenwoordiging van volwassenen van Turkse herkomst en de oververtegenwoordiging van mannen van Marokkaanse herkomst in de tweedelijns GGZ veroorzaakt worden doordat psychische stoornissen vaker voorkomen onder deze etnische groepen. In een ander onderzoek naar het GGZ-gebruik van volwassenen van Turkse en Marokkaanse herkomst in Amsterdam werd in analyses wel rekening gehouden met mogelijke verschillen in de aanwezigheid van psychische stoornissen.

### ***Amsterdamse Gezondheidsmonitor: geen verschil naar etniciteit in tweedelijns GGZ-gebruik voor depressie en angst***

De Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM) is een grootschalig gezondheidsonderzoek onder volwassen Amsterdammers dat eens in de vier jaar uitgevoerd wordt. Op basis van gegevens van de AGM van 2004 is onderzocht of er verschillen bestonden in het gebruik van de tweedelijns GGZ tussen volwassenen van Turkse en Marokkaanse herkomst en volwassenen van Nederlandse origine (Fassaert e.a., 2009). Ook in dit onderzoek werd gefocust op volwassenen die behoren tot de eerste generatie migranten uit Turkije en Marokko. Gebruik van de tweedelijns GGZ werd bepaald aan de hand van zelfrapportage en betrof het hebben gehad van een contact in de afgelopen zes maanden met een ambulante GGZ-voorziening, een consultatiebureau alcohol en drugs, of een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut vanwege psychische problemen. In de analyses werd rekening gehouden met het verschillen in leeftijd, geslacht, en de aanwezigheid van een stemmings- en/of angststoornis in het afgelopen half jaar.<sup>19</sup>

Gevonden werd dat volwassenen van Turkse en Marokkaanse herkomst evenveel kans hadden om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ in Amsterdam als volwassenen van Nederlandse origine. In verdere analyses werd ook nog rekening gehouden met de ervaren ernst van psychische klachten. Ook nu werd er geen verschil in GGZ-gebruik gevonden naar etniciteit. Deze bevindingen geven aan dat, althans in het geval van de veel voorkomende stemmings- en angststoornissen, de tweedelijns GGZ in gelijke mate toegankelijk is voor volwassenen van Turkse en Marokkaanse herkomst als voor autochtone Nederlandse volwassenen.

Wel moet opgemerkt worden dat de respons onder volwassenen van Turkse en Marokkaanse herkomst in de AGM laag was (Fassaert e.a., 2009). Dit is een veel

---

<sup>19</sup> De prevalentie van een stemmings- en/of angststoornis in de afgelopen zes maanden was significant hoger onder volwassenen van Turkse herkomst.

voorkomend probleem bij bevolkingsonderzoek onder etnische minderheidsgroepen. Het is onduidelijk in hoeverre de lage respons de bevindingen vertekend heeft.

#### **2.4.4 Samenvatting**

In deze paragraaf is nagegaan of ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ aansluiten bij het overheidsbeleid. De belangrijkste bevindingen:

- *Overeenkomstig het streven van de overheid, neemt de kans om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ duidelijk toe naarmate de ernst van psychische problemen toeneemt.*
- *Wel blijkt uit NEMESIS-1 gegevens dat in de tweedelijns GGZ relatief veel volwassenen met 'milde' problemen behandeld worden. Dit betekent niet zonder meer dat deze personen 'onterecht' in aanraking komen met de gespecialiseerde hulpverlening. De meerderheid van hen blijkt 'belast' te zijn, in de zin dat zij ooit eerder in het leven last hadden van een psychische stoornis en/of psychische of sociale beperkingen. Onduidelijk is wat de huidige situatie is; de NEMESIS-1 gegevens betreffen het jaar 1997. Op basis van toekomstige analyses van de recente NEMESIS-2 gegevens kan zicht verkregen worden op het huidige aandeel volwassenen met milde psychische problematiek in de tweedelijns GGZ.*
- *In overeenstemming met het streven van de overheid zijn er op basis van de recente NEMESIS-2 gegevens geen aanwijzingen dat de tweedelijns GGZ minder toegankelijk is voor mogelijk 'kwetsbare' groepen, zoals volwassenen met een lage opleiding, met een laag huishoudinkomen, of zonder betaalde baan.*
- *Wel geven de NEMESIS-2 gegevens aan dat mannen (t.o.v. vrouwen) en dorpelingen (t.o.v. inwoners van zeer grote steden) verhoudingsgewijs minder vaak gebruik maken van de tweedelijns GGZ. Hiervoor bestaan verschillende mogelijke verklaringen, waaronder dat de 'doorlaatbaarheid' van één of meerdere van de filters op de weg naar de gespecialiseerde hulpverlening voor deze groepen minder groot is.*
- *Vanwege de beperkingen van het bestaande onderzoek (zoals een lage respons, een beperkte representativiteit) kunnen geen duidelijke uitspraken gedaan worden over de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor etnische minderheidsgroepen. Er zijn aanwijzingen dat volwassen eerste generatie migranten uit Turkije of Marokko evenveel gebruik maken van de tweedelijns GGZ vanwege een stemmings- en/of angststoornis als volwassenen van Nederlandse origine. Er zijn ook aanwijzingen dat eerste generatie migranten uit Suriname of de Nederlandse Antillen ondervertegenwoordigd zijn in de tweedelijns GGZ. Onderzoek naar de verschillende filters op de weg naar de tweedelijns GGZ heeft weinig aandacht besteed aan verschillen naar etniciteit, waardoor het onduidelijk is waarom deze etnische groepen minder vaak in aanraking komen met de gespecialiseerde hulpverlening.*

## **2.5 Ontwikkelingen in het type zorg dat verleend wordt in de tweedelijns GGZ**

In de voorgaande paragrafen is zicht verkregen op ontwikkelingen in de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen met psychische problemen, en is nagegaan in hoeverre deze ontwikkelingen aansluiten bij het overheidsbeleid. In de huidige paragraaf wordt gekeken naar hoe de zorg eruit ziet die verleend wordt in de tweedelijns GGZ. Allereerst wordt in subparagraaf 2.5.1 op basis van de recente NEMESIS-2 gegevens beschreven in hoeverre volwassenen met een psychische stoornis gebruik maken van verschillende typen van zorg binnen de tweedelijns GGZ (d.w.z. ambulante zorg, deeltijdbehandeling en klinische opname). Vervolgens wordt in subparagraaf 2.5.2 op basis van gepubliceerde gegevens uit Zorgis, het landelijk registratiesysteem van lidinstellingen van GGZ Nederland, ingegaan op de kenmerken van volwassen cliënten (in termen van leeftijd, geslacht, aanmeldklachten en gestelde diagnoses) in de tweedelijns GGZ en de zorg die aan hen verleend werd (in termen van zorgtype, aantal verrichtingen en behandelduur) in de periode 2003-2007. Tot slot wordt in subparagraaf 2.5.3 op basis van gegevens uit de Psychiatrische Casusregisters specifiek ingegaan op de vormen van zorg die langdurige GGZ-gebruikers, oftewel 'langdurige zorgafhankelijken', ontvingen in de periode 1995-2004.

### **2.5.1 Gebruik van type zorg in de tweedelijns GGZ door volwassenen met een psychische stoornis**

Tabel 15 presenteert eerste resultaten van NEMESIS-2 over de mate waarin volwassenen met een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden gebruik maakten van verschillende typen van zorg in de tweedelijns GGZ (De Graaf e.a., 2010). Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen ambulante behandeling, deeltijdbehandeling, en klinische opname. Bedacht moet worden dat aan volwassenen gevraagd is naar hun zorggebruik vanwege psychische problemen in het algemeen en niet vanwege een bepaalde psychische stoornis. Het is dus mogelijk dat een deel van de volwassenen met bijvoorbeeld een angststoornis geen gespecialiseerde psychische hulpverlening ontving voor deze stoornis, maar voor een bijkomende psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressieve stoornis (De Graaf e.a., 2010).

**Tabel 16 Het percentage volwassen Nederlanders (van 18-64 jaar) met een psychische stoornis dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden in de periode 2007-2009.**

	Ambulant	Deeltijd	Opname	Totaal
<b>Stemmingsstoornis</b>	37,2	5,3	3,2	37,4
Depressieve stoornis	36,5	6,2	3,6	36,7
Dysthymie	51,4	16,8	3,7	51,4
Bipolaire stoornis	43,3	0,0	1,0	43,3
<b>Angststoornis</b>	22,2	2,6	1,2	22,2
Paniekstoornis	29,4	4,1	0,8	29,4
Agorafobie zonder paniekstoornis	24,8	0,0	0,0	24,8
Sociale fobie	30,5	5,4	1,4	30,5
Specifieke fobie	15,4	1,4	0,6	15,4
Gegeneraliseerde angststoornis	35,2	4,7	3,1	35,2
<b>Middelenstoornis</b>	17,3	2,2	1,5	17,3
Alcoholmisbruik	10,0	1,1	1,1	10,0
Alcoholafhankelijkheid	22,3	2,4	1,1	22,3
Drugsmisbruik	36,0	8,9	8,3	36,0
Drugsafhankelijkheid	36,3	2,8	1,2	36,3
<b>ADHD<sup>a</sup></b>	22,2	5,6	5,0	22,2
<b>Enigerlei stoornis<sup>b</sup></b>	20,5	2,2	1,4	20,5
<b>Comorbiditeit: aantal As-1 stoornissen<sup>b</sup></b>				
1 stoornis	13,3	0,2	0,6	13,4
≥2 stoornissen	35,9	6,3	3,2	35,9

<sup>a</sup> ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar

<sup>b</sup> Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Bron: NEMESIS-2; De Graaf e.a., 2010

### ***Er wordt het meest gebruik gemaakt van ambulante zorg; het ambulante zorggebruik varieert per type en aantal psychische stoornissen***

Volwassenen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar maakten in die tijd veruit het meest gebruik van ambulante zorg. Zoals Tabel 16 laat zien varieerde het ambulante zorggebruik zowel tussen als binnen de hoofdgroepen van psychische stoornissen.

Ruim een derde (37,2%) van de volwassenen met een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden ontving ambulante zorg. Vooral volwassenen met dysthymie hadden een relatief hoog ambulant zorggebruik (51,4%).

Volwassenen met een angststoornis in het afgelopen jaar ontvingen minder vaak ambulante zorg (22,2%). Wel bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Volwassenen met een gegeneraliseerde angststoornis maakten verhoudingsgewijs



het vaakst gebruik van ambulante zorg (35,2%), en degenen met een specifieke fobie relatief het minst (15,4%). Het lage zorggebruik bij specifieke fobie is waarschijnlijk een weerspiegeling van het gegeven dat dit type angststoornis relatief weinig functionele beperkingen met zich meebrengt (Bijl e.a., 2000).

Minder dan twee op de 10 (17,3%) volwassenen met een middelenstoornis ontving ambulante zorg. Dit komt vooral doordat onder de volwassenen die voldoen aan de diagnostische criteria voor alcoholmisbruik het ambulante zorggebruik laag was (10,0%). Ook dit is een aandoening die samengaat met een relatief laag niveau van functionele beperkingen (Bijl e.a., 2000). Drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid hingen samen met een relatief hoog gebruik van ambulante zorg.

Ten slotte hing het hebben van twee of meer psychische stoornissen, oftewel psychische comorbiditeit (een indicator voor de complexiteit van psychische problematiek), duidelijk samen met een hoger ambulante zorggebruik (zie Tabel 16).

### ***Ook het gebruik van intensievere vormen van zorg varieert per type en aantal psychische stoornissen***

De percentages volwassenen met een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden die in die periode deeltijdbehandeling ontvingen of opgenomen werden liggen beduidend lager dan de percentages gebruikers van ambulante zorg (zie Tabel 16). Wel bestaan er ook wat betreft het gebruik van deze intensievere vormen van zorg verschillen tussen en binnen de hoofdgroepen van psychische stoornissen.

Ongeveer één op de zes (16,8%) volwassenen met dysthymie had deeltijdbehandeling gevolgd in het afgelopen jaar. Andere stoornissen die samenhangen met een relatief hoog gebruik van deeltijdbehandeling zijn drugsmisbruik, depressieve stoornis, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) in de volwassenheid en de angststoornissen sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, en paniekstoornis.

Met name drugsmisbruik hing samen met een relatief hoog opnamepercentage. Eén op de twaalf (8,3%) volwassenen die drugs misbruiken was het afgelopen jaar opgenomen in de tweedelijns GGZ. Ook volwassenen met een depressieve stoornis, dysthymie, of gegeneraliseerde angststoornis werden relatief vaak opgenomen.

Zoals te zien in Tabel 16 hing het hebben van twee of meer psychische stoornissen sterk samen met een hoger gebruik van deeltijdbehandeling en meer klinische opnames. Met andere woorden, des te complexer de problematiek, des te hoger de kans op intensievere vormen van zorg.

De hier besproken NEMESIS-2 cijfers over het tweedelijns GGZ-gebruik van volwassenen met een psychische stoornis in 2007-2009 kunnen niet goed vergeleken worden met de eerdere NEMESIS-1 bevindingen uit 1996 (Bijl en Ravelli, 1998). Dit komt onder meer doordat, zoals al eerder beschreven, de aanwezigheid van een psychische stoornis in NEMESIS-2 bepaald is aan de hand van de stringentere DSM-IV criteria, waardoor de NEMESIS-2 cijfers betrekking hebben op volwassenen met een relatief ernstiger psychische stoornis. Hierdoor kunnen geen duidelijke uitspraken gedaan worden over veranderingen tussen 1996 en 2007-2009 in de mate waarin volwassenen met een psychische

stoornis gebruik maken van de verschillende typen van zorg in de tweedelijns GGZ. Registratiegegevens van lidinstellingen van GGZ Nederland geven wel zicht op ontwikkelingen in de vormen van zorg die binnen de tweedelijns GGZ verleend worden aan volwassenen in de afgelopen jaren.

### **2.5.2 Zorggebruik van volwassenen binnen de tweedelijns GGZ**

Gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland geven een beeld van de zorg die verleend werd binnen de tweedelijns GGZ in de periode 2003-2007. Dit is exclusief de zorg die verricht werd door vrijgevestigde psychiaters en psychologen, en in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en). Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en forensische psychiatrie zijn niet meegenomen (GGZ Nederland, 2009a).

Subparagraaf 2.2.2 geeft een gedetailleerde beschrijving van Zorgis. Belangrijk is dat gegevens van ontbrekende instellingen geëxtrapoleerd ('bijgeschat') zijn om tot een landelijk beeld te komen. Het extrapoleren van gegevens kan een bron van vertekening vormen. Verder is de aanlevering van gegevens aan Zorgis eind 2006 beëindigd. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009a). Na 2007 zouden Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zoals geregistreerd door GGZ zorgaanbieders en bijeengebracht in het DBC Informatie Systeem (DIS) gaan dienen als vervangende gegevensbron. Echter, gegevens uit het DIS blijken nog van onvoldoende kwaliteit om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over het zorggebruik binnen de tweedelijns GGZ sinds 2008. Vanwege de alternatieve dataverzameling in 2007, is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers van 2007 met voorgaande jaren.

Hieronder worden Zorgis gegevens gepresenteerd over de kenmerken van volwassen cliënten die de tweedelijns GGZ, oftewel het 'circuit volwassenen'<sup>20</sup>, binnenkwamen en de zorg die aan hen verleend werd in de periode 2003-2007.

#### ***Kenmerken van cliënten in het circuit volwassenen***

##### *Meer vrouwen dan mannen in behandeling*

Tabel 17 laat zien dat verhoudingsgewijs meer vrouwen dan mannen behandeld worden in de tweedelijns GGZ. Zoals eerder besproken kan dit verklaard worden doordat stemmings- en angststoornissen vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen. Daarbij zijn er aanwijzingen dat vrouwen vaker professionele hulp zoeken voor psychische problemen (zie subparagraaf 2.4.2). De verdeling naar geslacht bleef stabiel in de periode 2005-2007. Verder geeft Tabel 17 aan dat in deze periode naar verhouding meer volwassenen van 18-41 jaar in behandeling waren dan volwassenen van 42-64 jaar.

---

20 GGZ Nederland onderscheidt in het zorgaanbod van de lidinstellingen verschillende zogenaamde circuits. Het 'circuit volwassenen' heeft betrekking op de hulp aan volwassenen van 18-64 jaar. Opgemerkt moet worden dat hierbij ook cliënten van een andere leeftijdscategorie betrokken kunnen zijn (GGZ Nederland, 2009a).

**Tabel 17 Het aantal cliënten in behandeling in het circuit volwassenen in de periode 2005-2007, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.**

Leeftijd	2005			2006			2007		
	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal (%)
18-41	103.892 (43%)	139.488 (57%)	243.380 (100%)	104.820 (43%)	139.756 (57%)	244.576 (100%)	107.222 (42%)	145.107 (58%)	252.329 (100%)
42-64	91.695 (45%)	110.469 (55%)	202.164 (100%)	92.193 (45%)	111.006 (55%)	203.199 (100%)	97.356 (45%)	117.892 (55%)	215.248 (100%)
Totaal 18-64 <sup>a</sup>	195.587 (44%)	249.957 (56%)	445.544 (100%)	197.013 (44%)	250.762 (56%)	447.775 (100%)	204.578 (44%)	262.999 (56%)	467.577 (100%)

<sup>a</sup> *Totalen komen niet overeen met de gegevens van Tabel 8 omdat ook cliënten van andere leeftijdscategorieën (<18 en ≥65 jaar) betrokken zijn.*

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### *Aanmeldklachten van cliënten*

Stemmingsklachten vormden veruit de meest voorkomende klachten waarmee cliënten zich aanmelden bij het circuit volwassenen in de periode 2005-2007 (zie Tabel 18). Andere aanmeldklachten die relatief vaak voorkwamen waren angst- en spanningsklachten. De verdeling van aanmeldklachten bleef betrekkelijk stabiel tussen 2005 en 2007.

**Tabel 18 Verdeling van aanmeldklachten bij het circuit volwassenen in de periode 2005-2007, in procenten <sup>a</sup>**

	2005	2006	2007
Stemmingsklachten	39	39	40
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten	19	19	18
Gedragsklachten	7	7	7
Klachten rond relatie partner/gezin/familie	8	8	7
Psychotische klachten	7	7	6
Klachten rond verslaving	5	5	6
Klachten rond het lichaam	4	4	4
Klachten rond een traumatische gebeurtenis	4	4	4
Geheugen-/oriëntatieklachten en cognitieve klachten	1	1	2
Identiteitsklachten	2	2	2
Klachten rond werk/studie	2	2	2
Klachten rond het leggen van contacten	1	1	1
School- en leerklachten en concentratieklachten	1	1	1
Klacht rond de opvoeding	1	1	0

<sup>a</sup> *Per cliënt wordt een aanmeldklacht geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende problemen en klachten.*

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### *Gestelde diagnoses*

In 2007 werd door hulpverleners het vaakst een persoonlijkheids- of gedragstoornis gediagnosticeerd bij cliënten in circuit volwassenen (zie Tabel 19). In voorgaande jaren werd deze diagnose beduidend minder vaak gesteld, en was een stemmingsstoornis de meest gestelde diagnose. Het is onwaarschijnlijk dat dit 'werkelijke' veranderingen zijn. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009a). Mogelijk heeft hierdoor een verschuiving plaatsgevonden tussen (deels verwante) diagnosecategorieën.

**Tabel 19** Verdeling van gestelde diagnoses in het circuit volwassenen in de periode 2003-2007, in procenten<sup>a</sup>

	2005	2006	2007
Persoonlijheids-/gedragsstoornis	5	9	34
Stemmingsstoornis	28	25	19
Overige stoornis	15	14	11
Angst-/stressgebonden stoornis	15	14	10
Overige neurotische stoornis	14	14	10
Psychotische stoornis	12	11	7
Stoornis door alcohol/drugs	6	7	5
Stoornis ontwikkeling/gedrag	3	4	4
Cognitieve/organische stoornis	1	1	1

<sup>a</sup> Per cliënt wordt een diagnose geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende diagnoses.

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### ***Verleende zorg binnen het circuit volwassenen***

#### *Verreweg de meeste cliënten ontvangen uitsluitend ambulante zorg*

GGZ Nederland maakt een onderscheid in ambulante, deeltijd, residentiële en gemengd residentiële zorg (GGZ Nederland, 2009a). Cliënten die voor het merendeel ( $\geq 90\%$ ) klinische zorg krijgen of die in een beschermde woonomgeving wonen, worden ingedeeld in de categorie 'residentieel'. Als het aandeel klinische zorg lager is en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentieel'. Cliënten die één of meer dagdelen in behandeling zijn worden ingedeeld in de categorie 'deeltijd'. Wanneer de behandeling volledig ambulant is worden cliënten ingedeeld in de categorie 'ambulant'.

Tabel 20 laat zien dat in de periode 2003-2007 veruit het merendeel van de cliënten in het circuit volwassenen uitsluitend ambulante behandeling ontving. Het percentage cliënten dat enkel ambulant behandeld werd bleef in deze periode redelijk stabiel en schommelt rond de 86%. Absoluut gezien steeg het aantal cliënten dat uitsluitend ambulante zorg ontving wel in de periode 2003-2007, met een tijdelijke onderbreking

tussen 2005 en 2006 (zie Tabel 20). Ten opzichte van 2006, groeide in 2007 het aantal cliënten in ambulante zorg met ongeveer 6%.

Het aantal cliënten dat residentiële zorg ontving bleef betrekkelijk stabiel tussen 2003 en 2007. Het aandeel cliënten in residentiële zorg nam af, van 8,8% in 2003 naar 7,2% in 2007.

Tussen 2003-2005 is het aantal cliënten dat gemend residentiële zorg ontving relatief sterk toegenomen. Dit komt ook tot uitdrukking in een stijging van het percentage cliënten dat dit type zorg kreeg van 3,3% in 2003 naar 4,2% in 2005. In de daaropvolgende jaren bleef dit percentage redelijk stabiel.

Het aantal cliënten in deeltijdbehandeling daalde tussen 2003 en 2004, om in de daaropvolgende jaren redelijk stabiel te blijven. Procentueel gezien is er sprake van een overeenkomstig beeld.

**Tabel 20 Aantal cliënten in het circuit volwassenen in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type behandeling**

	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulant	340.454 (85,0%)	393.269 (86,3%)	412.135 (86,2%)	409.742 (86,0%)	437.235 (86,8%)
Residentieel	35.190 (8,8%)	35.057 (7,7%)	36.516 (7,6%)	36.032 (7,6%)	36.097 (7,2%)
Gemengd residentieel	13.044 (3,3%)	17.804 (3,9%)	20.105 (4,2%)	21.359 (4,5%)	21.691 (4,3%)
Deeltijd	12.039 (3,0%)	9.468 (2,0%)	9.242 (1,9%)	9.588 (2,0%)	8.996 (1,8%)
Totaal	400.727	455.598	477.998	476.721	504.001

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### *Het aantal ambulante contacten stijgt*

Tabel 21 laat zien dat in de periode 2003-2007 het aantal verrichtingen consistent toegenomen is, met een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 6%. Kijkend naar het type verrichting, dan was er vooral sprake van een sterke toename van het aantal ambulante contacten.<sup>21</sup> Gemiddeld genomen steeg in de periode 2003-2007 het aantal ambulante verrichtingen jaarlijks met ruim 13%. Hoewel het aantal klinische verrichtingen<sup>22</sup> ook consequent toenam tussen 2003 en 2007, was deze stijging relatief licht (een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,7%). Sinds 2006 daalde het aantal deeltijdverrichtingen.<sup>23</sup> In 2007 was er sprake van een relatieve sterke daling van 15% ten opzichte van 2006.

21 Intake, onderzoek, behandeling/begeleiding, psychotherapie, crisisbehandeling, telefonisch contact, psychiatrische zorg thuis, begeleid wonen, dagactiviteiten of arbeidsrehabilitatie (GGZ Nederland, 2009a).

22 Klinische verblijfsdagen: opname, kort of langdurend, met behandeling die veranderingsgericht is, structuur biedend of stabiliserend, met beperkte, volledige of zeer intensieve begeleiding of bescherm wonen (GGZ Nederland, 2009a).

23 Deeltijdsessies (dagbehandeling): structurerende, stabiliserende, of psychotherapeutische behandeling, met volledige of beperkte begeleiding (GGZ Nederland, 2009a).

**Tabel 21 Aantal verrichtingen in het circuit volwassenen in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type**

	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulant <sup>a</sup>	4.658.196	5.985.743	6.341.417	7.033.642	7.863.534
Klinisch	5.216.307	5.300.008	5.460.661	5.599.693	5.660.402
Deeltijd	954.091	988.470	991.896	936.276	797.409
Totaal	10.828.594	12.274.221	12.793.974	13.569.611	14.321.345

<sup>a</sup> Vanaf 2004 zijn telefonische contacten meegeteld

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### Verdeling behandelduur

De verdeling van de behandelduur bleef betrekkelijk stabiel in de periode 2005- 2007 (zie Tabel 22). Ongeveer de helft van de cliënten was relatief kort in behandeling. Bij circa 30% van de cliënten werd de behandeling binnen drie maanden beëindigd. Bij globaal 20% van de cliënten was de 'behandeling' zelfs binnen één dag afgerond. Dit betrof een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing (GGZ Nederland, 2009a). Bijna een kwart van de cliënten bleef een jaar of langer in behandeling.

**Tabel 22 Verdeling van behandelduur van cliënten in het circuit volwassenen in de periode 2005-2007, in procenten**

	2005	2006	2007
1 dag	21	19	18
tot 3 maanden	30	30	28
3 maanden tot 1 jaar	28	28	30
1 jaar of langer	22	24	24

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### 2.5.3 Gebruik van tweedelijns GGZ door langdurig zorgafhankelijken

Zoals hierboven beschreven geven de Zorgis gegevens aan dat een substantieel deel van de volwassenen langdurig behandeld wordt in de tweedelijns GGZ.

Op basis van gegevens uit de Psychiatrische Casusregisters Drenthe, Maastricht en omstreken, en Rotterdam/Rijnmond Zuid is nader gekeken naar ontwikkelingen in het zorggebruik van volwassenen die langdurig behandeld worden (Kroon en Pijl, 2008). Specifiek gezegd werd voor de periode 1995-2004 gekeken naar volwassenen van 20-64 jaar die in een onderzoeksjaar ten minste twee jaar onafgebroken in zorg waren in de tweedelijns GGZ, de zogenaamde 'langdurig zorgafhankelijken' (Kroon en Pijl, 2008). Met andere woorden, de focus lag op personen die vanwege de ernst van hun psychische problematiek en de daarmee samenhangende beperkingen een langdurige zorgbehoefte hadden.

In het onderzoek werden verschillende typen van zorg onderscheiden (Kroon en Pijl, 2008):

- Kliniek: op enig moment in het jaar was een patiënt ten minste twee jaar aaneengesloten opgenomen in één of meer klinieken (d.w.z. een algemeen psychiatrisch ziekenhuis ofwel APZ, PAAZ, of PUK);
- Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW): op enig moment in het jaar verbleef een patiënt ten minste twee jaar aaneengesloten in een RIBW;
- Ambulant 25+: In het jaar was een patiënt twee jaar of langer continu in ambulante zorg. Er waren 25 of meer dagen in dat jaar met een ambulant contact. Ambulante zorg is daarbij ruim gedefinieerd als dagbehandeling, psychiatrische thuiszorg, ambulante woonbegeleiding en poli- en RIAGG-contacten;
- Ambulant 12-24: in het jaar was een patiënt twee jaar of langer continu in ambulante zorg en er waren 12-24 dagen in dat jaar met een ambulant contact; en
- Ambulant <12: in het jaar was een patiënt twee jaar of langer continu in ambulante zorg en er waren minder dan 12 dagen in dat jaar met een ambulant contact.

Opgemerkt dient te worden dat verslavingszorg en forensische zorg niet werden meegenomen (Kroon en Pijl, 2008).

Tabel 23 laat zien in welke mate langdurig zorgafhankelijken gebruik maakten van de bovengenoemde typen van zorg in de periode 1995-2004. De groeipercentages die gepresenteerd worden zijn gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei in deze periode.

**Tabel 23 Aantallen langdurig zorgafhankelijken van 20-64 jaar per 1000 inwoners naar zorggebruik in de periode 1995-2004**

	1995	1997	1999	2002	2003	2004	Groei (%) <sup>a</sup>
Kliniek	0,57	0,52	0,50	0,54	0,56	0,59	4
RIBW	0,18	0,22	0,22	0,31	0,35	0,37	113
Gemengd gebruik kliniek/RIBW	0,06	0,07	0,08	0,07	0,08	0,09	35
<i>Institutes totaal</i>	<i>0,81</i>	<i>0,81</i>	<i>0,80</i>	<i>0,92</i>	<i>0,99</i>	<i>1,05</i>	<i>30</i>
Ambulant 25+	0,85	0,96	0,96	1,02	1,13	1,28	51
Ambulant 12-24	0,99	1,11	1,16	1,22	1,35	1,42	44
Ambulant <12	1,00	1,01	1,04	1,05	1,15	1,27	27
<i>Ambulant totaal</i>	<i>2,84</i>	<i>3,08</i>	<i>3,16</i>	<i>3,29</i>	<i>3,63</i>	<i>3,98</i>	<i>40</i>
Gemengd gebruik kliniek/RIBW/ambulant	1,02	1,29	1,20	1,28	1,36	1,49	46

<sup>a</sup> groei tussen 1995 en 2004.

*Kliniek/RIBW: in de loop van het jaar was het totaal van de aaneengesloten zorgperioden in kliniek(en) en RIBW-vestigingen twee jaar of meer;*

*Kliniek/RIBW/ambulant: in de loop van het jaar bereikte de patiënt een aaneengesloten combinatie van verblijf in kliniek en/of RIBW en ambulante zorg*

*Bron: Kroon & Pijl, 2008*

### ***Tussen 1999 en 2004 neemt het gebruik van institutionele zorg toe***

Zoals te zien in Tabel 23 nam het promillage volwassen langdurig zorgafhankelijken dat langdurig klinisch was opgenomen tussen 1995 en 1999 af. Echter, sindsdien was er weer sprake van een toenemende trend. Over de gehele periode 1995-2004 steeg het promillage langdurig zorgafhankelijken dat langdurig in klinische zorg was licht, met 4%. Hoewel gering, is deze toename onverwacht (Kroon en Pijl, 2008). Sinds het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw streeft de overheid, met wisselende intensiteit, ernaar om klinische zorg gedeeltelijk te vervangen door minder intensieve vormen van zorg, zoals ambulante zorg of een verblijf in een RIBW. Op basis van dit streven naar 'extramularisering' van zorg zou verwacht worden dat steeds minder volwassenen langdurig klinisch opgenomen worden. Echter, tussen 1999 en 2004 is juist het tegenovergestelde het geval.

Het promillage volwassen langdurig zorgafhankelijken in een RIBW nam tussen 1995 en 2004 sterk toe, met meer dan 100%. In totaal nam het promillage geïnstitutionaliseerde langdurig zorgafhankelijken met 30% toe in de periode 1995-2004. Deze stijging deed zich niet de gehele periode voor, maar is te zien vanaf 1999. In de periode 1995-1999 was het aantal langdurig zorgafhankelijken dat langdurig klinisch was opgenomen en/of in een RIBW verbleef vrijwel stabiel.

### ***Tussen 1995 en 2004 neemt het langdurig gebruik van ambulante zorg toe***

Tabel 23 laat zien dat het langdurig gebruik van ambulante zorg onder volwassen langdurig zorgafhankelijken stelselmatig is toegenomen in de gehele onderzoeksperiode. In totaal steeg het promillage langdurig zorgafhankelijken dat langdurig ambulante zorg ontving met 40% in de periode 1995-2004. Kijkend naar de intensiteit van de zorg, dan was er vooral een sterke groei te zien bij de meer intensievere vormen van ambulante zorg. Dit hangt waarschijnlijk samen met het gegeven dat de GGZ in de afgelopen jaren veel intensieve varianten van zorg heeft opgezet, zoals ambulante woonbegeleiding, assertive community treatment (ACT) en de daarvan afgeleide Functie ACT-teams (Kroon en Pijl, 2008).

### ***Verklaringen voor toename gebruik van alle zorgtypen***

Uit de gegevens van de Psychiatrische Casusregisters blijkt dat in de periode 1999-2004 de groei van het langdurig zorggebruik over de gehele linie plaatsvond, dat wil zeggen zowel in de institutionele als in de ambulante zorg. Voor deze bevinding bestaan verschillende verklaringen.

Een mogelijke verklaring voor de toename van het aantal volwassen langdurig zorgafhankelijken is dat de toeleiding van volwassenen met ernstige psychische problematiek naar de zorg verbeterd is (bv. door lokale meldpunten en bemoeizorg), alsook de continuïteit van de zorg die hen vervolgens geboden wordt (waardoor er minder 'drop-out' is) (Kroon en Pijl, 2008). Dat de groei in alle zorgtypen plaatsvond en dus ook in de klinische zorg, wijst er op dat het streven naar extramularisering in de praktijk moeizaam verloopt. Dit komt ook tot uitdrukking in de bevinding dat het aantal psychiatrische bedden in Nederland in de periode 2002-2006 niet is afgenomen, maar juist



toegenomen (Priebe e.a., 2008). Daarnaast blijft het aantal volwassenen dat langdurig in een RIBW verblijft sterk groeien. Er worden verschillende redenen genoemd die 'deinstitutionalisering' belemmeren, waaronder een financieringsstelsel dat (onbedoeld) institutionele zorg stimuleert, weerstand onder hulpverleners, negatieve beeldvorming rondom mensen met ernstige psychische problematiek, en complicaties bij de ontwikkeling van een maatschappelijk georiënteerde ambulante zorg (zie voor een uitgebreide bespreking: Van Hoof e.a., 2009).

#### **2.5.4 Samenvatting**

In deze paragraaf is gekeken naar (ontwikkelingen in) de typen van zorg die in de tweedelijns GGZ verleend worden aan volwassenen. De belangrijkste bevindingen:

- *Eerste NEMESIS-2 bevindingen laten zien dat volwassenen met een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden in die tijd veruit het meest gebruik maken van ambulante zorg in de tweedelijns GGZ. Het gebruik van de verschillende typen van zorg (ambulant, deeltijd, klinische opname) varieert per type en aantal psychische stoornissen. Kijkend naar de intensievere vormen van zorg, dan hangen drugsmisbruik, ADHD in de volwassenheid, de stemmingsstoornissen depressieve stoornis en dysthymie, en de angststoornissen sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, en paniekstoornis samen met een relatief hoog gebruik van deeltijdbehandeling. Met uitzondering van ADHD, paniekstoornis en sociale fobie, hangen deze stoornissen ook samen met een relatief hoog opnamepercentage. Bedacht moet worden dat het niet zeker is of het zorggebruik alleen het gevolg is van deze specifieke stoornissen, of ook deels van een bijkomende psychische stoornis. Relatief veel volwassenen met een psychische stoornis hebben twee of meer stoornissen en deze psychische comorbiditeit hangt sterk samen met een hogere kans op deeltijdbehandeling of klinische opname.*
- *In overeenstemming met de NEMESIS-2 bevindingen, laten registratiegegevens van de lidinstellingen van GGZ Nederland zien dat in de periode 2003-2007 veruit het merendeel van de volwassen cliënten (circa 86%) uitsluitend ambulante zorg ontving in de tweedelijns GGZ. In deze periode daalde het percentage cliënten in residentiële zorg (van 8,8% naar 7,2%), steeg het percentage cliënten in gemengd residentiële zorg (van 3,3% naar 4,2%), en bleef het percentage cliënten in deeltijdbehandeling betrekkelijk stabiel vanaf 2004 (circa 2%). Kijkend naar het aantal verrichtingen, dan was er tussen 2003 en 2007 sprake van een stijging van het totaal aantal verrichtingen (met een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 6%), vooral veroorzaakt door een relatief sterke stijging van het aantal ambulante verrichtingen (met een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 13%). Het aantal klinische verrichtingen nam licht toe, terwijl het aantal deeltijdverrichtingen sinds 2006 afnam.*

- *De registratiegegevens geven verder aan dat de man/vrouw-verhouding (44% versus 56%) en de reden van aanmelding (meestal stemmingsklachten, gevolgd door angstklachten) van volwassenen die behandeld werden in de tweedelijns GGZ betrekkelijk stabiel gebleven zijn in de periode 2005-2007. In overeenstemming met de meest voorkomende aanmeldklacht werd een stemmingsstoornis het meest gediagnosticeerd bij volwassen cliënten in de jaren 2005 en 2006. Dat in 2007 een persoonlijkheids-/gedragsstoornis de meeste gestelde diagnose was hangt waarschijnlijk samen met de alternatieve dataverzameling in dat jaar.*
- *Volgens de registratiegegevens bleef ook de behandelduur relatief stabiel in de periode 2005-2007. Opvallend is dat er bij ongeveer 20% van de volwassen cliënten sprake was van slechts één behandelcontact (d.w.z. een eenmalige informatief gesprek of doorverwijzing). Bijna een kwart van de cliënten bleef een jaar of langer in behandeling.*
- *Wanneer op basis van gegevens uit de Psychiatrische Casusregisters specifiek gekeken wordt naar volwassen die ten minste twee jaar onafgebroken behandeld worden, de langdurige zorgafhankelijken, dan bleek hun aantal zowel in de institutionele zorg (met 30%) als in de ambulante zorg (met 40%) toegenomen te zijn in de periode 1995-2004. De stijging in het gebruik van institutionele zorg betrof met name verblijf in een RIBW en vond plaats tussen 1999 en 2004. De stijging in het gebruik van ambulante zorg betrof vooral de intensievere vormen en deed zich de gehele periode 1995-2004 voor.*

## 2.6 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk is op basis van beschikbare gegevens uit verschillende databronnen zicht verkregen op (ontwikkelingen in) de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen en de typen van zorg die hun in deze setting geboden wordt.

### 2.6.1 Belangrijkste resultaten en kennislacunes

#### ***Grotere toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ?***

Cijfers over ontwikkelingen ten aanzien van de toegang tot de tweedelijns GGZ voor volwassenen laten zich niet geheel eenduidig interpreteren.

Onderzoek laat zien dat er verschillende filters bestaan op de weg naar de tweedelijns GGZ, van het niet ervaren van een behoefte aan professionele zorg tot het bestaan van wachttijden bij GGZ instellingen. Beschikbare trendmatige gegevens over de selecterende werking van deze filters laten zien dat hun 'doorlaatbaarheid' gelijk gebleven of groter geworden is. Zo is de mate waarin volwassen Nederlanders een onvervulde zorgbehoefte vanwege psychische problemen ervaren sterk afgenomen tussen 1996 en 2007-2009. Dit wijst erop dat volwassenen in het afgelopen decennium duidelijk

minder vaak belemmeringen zijn gaan ervaren om professionele hulp te zoeken als zij daartoe behoefte hebben. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de huisarts in de periode 2002-2008 volwassenen bij wie hij of zij een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft vaker is gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ. De gelijkblijvende of groter wordende 'doorlaatbaarheid' van filters doet vermoeden dat de afgelopen jaren steeds meer volwassenen in aanraking zijn gekomen met de tweedelijns GGZ.

Gegevens uit registratiesystemen wijzen inderdaad op een duidelijke toename van het aantal volwassenen dat een beroep doet op de tweedelijns GGZ. Daarentegen laat een vergelijking tussen de bevolkingsstudies NEMESIS-1 en NEMESIS-2 zien dat het percentage volwassenen in de algemene bevolking dat in aanraking komt met de tweedelijns GGZ gelijk gebleven is tussen 1996 en 2007-2009. Het is lastig te verklaren waarom de bevindingen uit verschillende databronnen niet met elkaar overeenstemmen.

### ***Toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor subgroepen van volwassenen***

Uit de NEMESIS-1 studie blijkt dat het hebben van ernstiger psychische problemen de kans sterk verhoogt om in aanraking te komen met de tweedelijns GGZ. Dit sluit aan bij het overheidsbeleid om in de tweedelijns GGZ vooral de meer ernstige gevallen te behandelen. Niettemin laten de NEMESIS-1 gegevens ook zien dat een substantieel deel van de volwassenen (circa 30%) 'milde' psychische klachten heeft, oftewel psychische klachten die niet ernstig genoeg zijn om te kunnen spreken van een psychische stoornis. Het is onduidelijk in hoeverre deze volwassenen 'onterecht' in aanraking komen met de gespecialiseerde psychische hulpverlening. Ook is het onduidelijk hoe het er nu voorstaat. De NEMESIS-1 gegevens hebben betrekking op 1997. Op basis van toekomstige analyses van NEMESIS-2 gegevens kan bepaald worden hoe de huidige relatie tussen ernst van psychische problemen en tweedelijns GGZ-gebruik is, en hoeveel volwassenen die gespecialiseerde psychische hulpverlening ontvangen slechts 'milde' problematiek hebben. Dit is belangrijk om te weten in het kader van het overheidsstreven naar een sterkere GGZ in de eerste lijn.

Het is geruststellend dat de actuele NEMESIS-2 gegevens geen aanwijzingen laten zien dat de tweedelijns GGZ minder toegankelijk is voor mogelijk 'kwetsbare' groepen, zoals volwassenen met een lage opleiding, met een laag huishoudinkomen, of zonder betaalde baan. Duidelijke uitspraken over de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor etnische minderheidsgroepen zijn lastig vanwege de beperkingen van de tot nu toe uitgevoerde studies. Registratiegegevens wijzen erop dat, hoewel zij in de periode 1990-2004 steeds vaker in aanraking komen met de tweedelijns GGZ, volwassen eerste generatie migranten uit Suriname en Nederlandse Antillen in 2004 ondervertegenwoordigd zijn in de tweedelijns GGZ. De redenen hiervoor zijn onduidelijk. Ook is onduidelijk of hun ondervertegenwoordiging verder is afgenomen sinds 2004.

### ***Beperkt zicht op de feitelijke zorg die volwassenen ontvangen in de tweedelijns GGZ***

Het zicht op welke zorg feitelijk geboden wordt aan volwassenen binnen de tweedelijns GGZ, en ontwikkelingen hierin, is vooralsnog beperkt.

De meest recente gegevens (uit 2007-2009) komen van NEMESIS-2. Dit betreffen eerste bevindingen die nog niet diep ingaan op de aard en intensiteit van de zorg die binnen de tweedelijns GGZ verleend wordt. Aangetoond wordt dat volwassenen met een psychische stoornis veruit het meest gebruik maken van ambulante zorg, en dat het gebruik van dit zorgtype, maar ook van intensievere vormen van zorg (d.w.z. deeltijdbehandeling en klinische opname) behoorlijk lijkt te variëren per type en aantal psychische stoornissen.

Trendmatige cijfers over de typen van zorg die volwassenen binnen de tweedelijns GGZ ontvangen komen uit registratiebestanden. Op basis van registratiegegevens van de lidinstellingen van GGZ Nederland kunnen uitsluitend ontwikkelingen tot en met 2007 in kaart worden gebracht. Daarbij moet opgemerkt worden dat verleende zorg door niet bij GGZ Nederland aangesloten zorgaanbieders (zoals algemene en universitaire ziekenhuizen en vrijgevestigde hulpverleners) niet in deze cijfers is meegenomen. Verder is het onduidelijk in hoeverre methodologische beperkingen (o.a. extrapolatie van ontbrekende gegevens, een alternatieve wijze van dataverzameling in 2007) een vertekende invloed hebben gehad. De cijfers laten in de periode 2003-2007 een toename zien van het aantal volwassen cliënten dat behandeld werd in de tweedelijns GGZ (met een gemiddelde jaarlijkse groei van ruim 5%). Veruit de meeste cliënten ontvingen uitsluitend ambulante zorg en het percentage cliënten dat dit zorgtype kreeg bleef vrijwel stabiel tussen 2003 en 2007 (circa 86%). In deze periode daalde het percentage cliënten in residentiële zorg (d.w.z.  $\geq 90\%$  klinische zorg of verblijvend in een beschermde woonomgeving) (van 8,8% naar 7,2%), steeg het aandeel cliënten dat gemengd residentiële zorg ontving (van 3,3% naar 4,2%), en bleef het aandeel cliënten in deeltijdbehandeling betrekkelijk stabiel sinds 2004 (circa 2%). Kijkend naar het aantal verrichtingen, dan valt de relatief sterke toename van het aantal ambulante verrichtingen op in de periode 2003-2007 (met een jaarlijkse gemiddelde groei van ruim 13%). Het aantal klinische verrichtingen steeg nauwelijks, terwijl het aantal deeltijdverrichtingen sinds 2006 afnam. De duur van de behandeling bleef tussen 2005 en 2007 betrekkelijk stabiel. Een opvallend hoog percentage cliënten (ongeveer 20%) had slechts één behandelcontact. Dit doet vermoeden dat een deel van de volwassenen mogelijk niet op de juiste plaats terecht is gekomen. Bijna een kwart van de cliënten maakte langdurig gebruik van de tweedelijns GGZ (d.w.z. één jaar of langer).

Trendmatige gegevens uit de Psychiatrische Casusregisters wijzen erop dat tussen 1999 en 2004 het aantal volwassenen dat ten minste twee jaar onafgebroken behandeld werd in de tweedelijns GGZ toegenomen is. Deze groei van het aantal 'langdurig zorgafhankelijken' was in alle zorgvormen te zien, met relatief sterke toenames van verblijf in een RIBW en intensieve vormen van ambulante zorg. De algehele groei van het langdurig zorggebruik suggereert dat in ieder geval in de periode 1999-2004 het streven naar extramuralisering in de praktijk moeizaam verliep. Er zijn aanwijzingen dat dit ook voor recentere jaren geldt.

## 2.6.2 Kennislacunes vragen om meer onderzoek

Deze inventarisatie heeft verschillende ‘witte vlekken’ aan het licht gebracht. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op onder andere de volgende onderwerpen:

### ***Verklaringen voor trends in de werking van filters op de weg naar de tweedelijns GGZ***

Meer inzicht in hoeverre en waarom de selecterende werking van filters op de weg naar de tweedelijns GGZ in de loop der tijd veranderd is kan relevant zijn voor in te zetten beleidsmaatregelen. Een tweetal bevindingen vallen in dit kader in het bijzonder op.

Allereerst de sterke daling in het afgelopen decennium van het aantal volwassenen dat geen professionele hulp zoekt voor psychische problemen, ondanks een behoefte daartoe. Dit wijst erop dat de drempel om professionele hulp te gaan zoeken lager geworden is. Het waarom is echter niet duidelijk. Is het bijvoorbeeld ‘normaler’ geworden om voor psychische problemen professionele hulp te zoeken? Of hebben volwassenen een positievere opvatting gekregen over de GGZ, mogelijk omdat de (ervaren) kwaliteit van zorg toegenomen is?

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de huisarts in de afgelopen jaren volwassenen bij wie hij of zij een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft vaker is gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ. Dit is een trend die beleidsmatig niet beoogd wordt. Het doel is juist om de verwijsstroom naar de tweedelijns GGZ te beperken. Waarom het omgekeerde plaatsvindt is onduidelijk. Heeft het bijvoorbeeld te maken met een ‘versmalling’ van de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychische hulpverlening? Of hangt het samen met een nauwere samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijns GGZ, mede door de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk? Of speelt de invloed van nieuwe, laagdrempelige GGZ-zorgaanbieders een rol?

### ***Meer zicht op de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor subgroepen van volwassenen***

Nader onderzoek is nodig om een grondiger inzicht te krijgen in de samenhang tussen de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ en sociaaldemografische kenmerken.

Bedacht moet worden dat in de eerste analyses op basis van NEMESIS-2 gegevens waarin gekeken werd naar sociaaldemografische verschillen in tweedelijns GGZ-gebruik niet gecontroleerd is voor de ernst van de psychische problemen (De Graaf e.a., 2010). Het is derhalve mogelijk dat wanneer ook rekening gehouden wordt met verschillen in de beperkingen die men vanwege aanwezige psychische problematiek ervaart er bijvoorbeeld wel verschillen in de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ naar voren komen tussen laag- en hoogopgeleiden. Dit vraagt om nadere analyses van de NEMESIS-2 gegevens.

Daarnaast is meer inzicht nodig in waarom sommige subgroepen verhoudingsgewijs minder vaak (bv. dorpelingen, eerste generatie migranten uit Suriname of Nederlandse Antillen) of juist vaker (bv. volwassenen met een laag huishoudinkomen, degenen die niet met een partner samenwonen) in aanraking komen met de tweedelijns GGZ. Voorts ontbreken recente en landelijke representatieve cijfers over de toegankelijkheid van de

tweedelijns GGZ voor etnische minderheidsgroepen. Is bijvoorbeeld de ondervertegenwoordiging van eerste generatie migranten uit Suriname en de Nederlandse Antillen in de gespecialiseerde psychische hulpverlening na 2004 verder afgenomen?

***Het verband tussen ernst van de psychische problematiek en tweedelijns GGZ-gebruik***

Sinds een decennium streeft de overheid naar een sterkere GGZ in de eerste lijn, mede om de druk op de tweedelijns GGZ te verminderen. De verwachting is dat dit beleid gecontinueerd gaat worden (IBO-GGZ, 2010). In dit kader is het belangrijk om zicht te krijgen op de huidige relatie tussen de ernst van psychische problemen en tweedelijns GGZ-gebruik. Hoeveel volwassenen die gebruik maken van de tweedelijns GGZ hebben 'milde' psychische problemen? In hoeverre maken deze volwassenen 'onterecht' gebruik van de tweedelijns GGZ, en zouden zij ook behandeld kunnen worden in de eerste lijn?

***Meer zicht op de feitelijke zorg die volwassenen ontvangen in de tweedelijns GGZ***

Uit deze rapportage blijkt dat er geen gedetailleerde (trendmatige) gegevens beschikbaar zijn over de aard (o.a. specifieke psychologische en medicamenteuze behandelvormen) en de intensiteit (o.a. het aantal en de duur van de behandelcontacten) van de zorg die volwassenen in de tweedelijns GGZ ontvangen. Ook is het zicht op factoren die het zorggebruik beïnvloeden beperkt. Zo ontbreken recente gegevens over de samenhang tussen sociaaldemografische kenmerken (zoals bv. opleidingsniveau, etniciteit) en het type en de omvang van de hulpverlening die geboden wordt. Ook is er beperkt zicht op de invloed van het type en de ernst van psychische problematiek. Vanuit het streven naar extramuralisering (zie ook IBO-GGZ, 2010) is het belangrijk om gedetailleerd inzicht te krijgen in hoe het zorggebruik van volwassenen met ernstige psychische problemen zich de meest recente jaren (dat wil zegen sinds 2005) ontwikkeld heeft. Is er op enig moment een daling te zien van het aantal volwassenen dat langdurig opgenomen is? Zet de stijging in het langdurig gebruik van intensieve ambulante zorg door na 2004, en waaruit bestaat deze zorg precies?



# Referenties

- Bijl R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 76, 446-457.
- Bijl R.V., Ravelli A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. American Journal of Public Health, 90, 602-607.
- Cepoiu M., McCusker J., Cole M.G., Sewitch M., Belzile E., Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians. A. Systematic literature review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, 23, 25-36.
- Codony M., Alonso J., Almansa J., Bernert S., De Girolamo G., De Graaf R., Haro J.M., Kovess V., Vilagut G., Kessler R.C. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: Results of the ESEMeD project. Psychiatric Services, 60, 1051-1058.
- De Graaf R., Ten Have M., Van Dorsselaer S. (2010). 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., Schoemaker C., Beekman A., Vollebergh W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit: resultaten van Nemesis. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 60, 703-716.
- Dieperink C., Van Dijk R., De Vries S. (2007). Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62, 710-720.
- Dieperink C., Van Dijk R., Wierdsma, A. (2002). GGZ voor Allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57, 87-97.
- Fassaert T., De Wit M.A.S., Verhoeff A.P., Tuinebreijer W.C., Gorissen W.H.M., Beekman A.T.F., Dekker J. (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. BMC Public Health, 9, 307.
- GGZ Nederland (2010). Wachtlijsten in GGZ-instellingen 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009a). Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009b). Wachtlijsten in GGZ-instellingen 2008. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008). Wachtlijsten in GGZ-instellingen 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007a). Wachtlijsten in GGZ-instellingen op 1 januari 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.



- GGZ Nederland (2007b). Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2006). Toenemende zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Goldberg D., Huxley P. (1992). Common mental disorders: A bio-social model. Routledge: Londen.
- IBO-GGZ (2010). Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ. Bijlage bij rapport heroverweging curatieve zorg. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën, Bureau Beleidsonderzoek.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Klinkman M.S. (1997). Competing demands in psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 19, 98-111.
- Kolthof E.D., Zantinge E.M., Van den Berg M.J., Van der Zee J. (2004). Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Kroon H., Pijl, B. (2008). Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ. Trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters. Publicatie in het kader van de Monitor Langdurige Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Licht-Strunk E., Beekman A.T.F., De Haan M., Van Marwijk H.W.J. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 114, 310-315.
- Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
- Ministerie van VWS (2006). Beleidsvisie GGZ. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F., Schellevis F.G., Groenwegen P.P., Van den Bos G.A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.
- Ormel J., Van den Brink W., Koeter M.W.J., Giel R., Van der Meer K., Van de Willige G., Wilmink F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.
- Pijl Y.J. (2007). Kerncijfers GGZ voor drie psychiatrische casusregistergebieden. Intern memo.

- Pijl Y.J., Driessen G.A.M., Wierdsma A.I. (2005). Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Priebe S., Frottier P., Gaddini A., Kilian R., Lauber C., Martínez-Leal R., Munk-Jørgensen P., Walsh D., Wiersma D., Wright D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59, 570-573.
- Sareen J., Jagdeo A., Cox B.J., Clara I., Ten Have M., Belik S-L, De Graaf R., Stein M.B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 357-364.
- Schoemaker C., Poos M.J.J.C., Spijker J., Van Gool C.H. (2010). Neemt het aantal mensen met depressie toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Smits C., Van 't Land H. (2008). Allochtonen: Psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. In: *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en Zorggebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ten Have M., De Graaf R., Ormel J., Vilagut G., Kovess V., Alonso J. (2010). Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 205-217.
- Ten Have M., Van 't Land H., De Graaf R. (2009). *Trendrapportage GGZ 2009. Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ten Have M. (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations*. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Ten Have M., Vollebergh W.A.M., Bijl R.V., Ormel J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine*, 32, 311-323.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (Scientific Committee: Alonso J., Angermeyer M., Bernert S., et al.) (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 8-20.
- Tiemens B.G., Van den Brink W., Van der Meer K., Ormel J. (1998). Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 41, 109-116.
- Tiemens B.G., Von Korff M., Lin, E.H. (1999). Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview. *Understanding discordance*. *General Hospital Psychiatry*, 21, 87-96.
- Van der Pasch M., Verhaak P.F. (1998). Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient Education and Counseling*, 33, 97-112.
- Van Hoof F., Knispel A., Van Wijngaarden B., Kok I. (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut

- Van Rijswijk E., Borghuis M., Van de Lisdonk E., Zitman F., Van Weel C. (2007). Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 45, 23-29.
- Van Weel-Baumgarten E.M., Van den Bosch W.J., Van den Hoogen H.J., Zitman F.G. (2000). The validity of the diagnosis of depression in general practice: is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *British Journal of General Practice*, 50, 284-287.
- Verhaak P.F.M., Prins M.A., Spreeuwenberg P., Draisma S., Van Balkom T.J., Bensing J.M., Laurant M.G., Van Marwijk H.W., Van der Meer K., Penninx B.W. (2009). Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 31, 46-55.
- Verhaak P.F.M., Schellevis F.G., Nuijen J., Volkens A.C. (2006). Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 28, 125-132.
- Verheij R.A., Van Dijk C.E., Abrahamse H., Davids R., Van den Hoogen H., Braspenning J., Van Althuis T. (2009). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Health care.
- Volkens A.C., Nuyten J., Verhaak P.F.M., Schellevis F.G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 82, 259-263.
- Vollebergh W.A.M., De Graaf R., Ten Have M., Schoemaker C.G., Van Dorsselaer S., Spijker J., Beekman A.T.F. (2003). Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zantinge E.M., Verhaak P.F., De Bakker D.H., Kerssens J.J., Van der Meer K., Bensing J.M. (2007). The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems. *Patient Education and Counseling*, 67, 93-99.

# 3 Ontwikkelingen in de onvrijwillige geestelijke gezondheidszorg

## 3.1 Inleiding

### 3.1.1 Achtergrond

#### ***Wet BOPZ***

Door psychische problemen kunnen mensen een gevaar vormen voor zichzelf of de omgeving. Het is mogelijk dat de persoon in kwestie geen inzicht heeft in de ernst van de psychische problematiek en het gevaar wat hierdoor ontstaat. Daardoor komt het voor dat mensen met een psychische stoornis die gevaar veroorzaken behandeling weigeren. Onvrijwillige geestelijke gezondheidszorg (onvrijwillige GGZ) is dan soms de enige manier om het gevaar weg te nemen.

Omdat onvrijwillige opname en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis ingrijpende maatregelen zijn voor de patiënt, is de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in 1992 in het leven geroepen. Deze wet, die in 1994 officieel in werking trad, zorgt ervoor dat mensen met psychische problemen alleen onder bepaalde omstandigheden tegen hun wil in een psychiatrische instelling kunnen worden opgenomen en behandeld. Zo moet er sprake zijn van gevaar voor de patiënt of de omgeving (het zogenoemde gevaarcriterium). Dit gevaar moet veroorzaakt worden door een vastgestelde psychische aandoening en niet op een andere manier af te wenden zijn.

De Wet BOPZ heeft betrekking op alle mensen met een psychische stoornis in de GGZ, psychogeriatrische zorg en verpleeghuiszorg. De wet is ontworpen om een juridisch kader te schetsen voor de mogelijkheid tot deze gedwongen opnamen en tegelijk de rechten van mensen met een psychische stoornis te beschermen. Daarmee werd de krankzinnigenwet uit 1834 vervangen. Behandelaars zijn sinds de invoering van de wet BOPZ voor het eerst verplicht te verantwoorden wat ze doen tijdens een onvrijwillige opname. Ook is informatieverstrekking aan de patiënt en de direct betrokkenen verplicht sinds 1994 en hebben patiënten nu het recht een officiële klacht in te dienen.

#### ***Registratiesysteem BOPZIS***

Om goed te kunnen volgen hoe de Wet BOPZ in de praktijk werkt, is bij invoering een registratiesysteem ontworpen: Bopzis. Dit registratiesysteem wordt beheerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Alle instellingen waar gedwongen opname en behandeling plaatsvindt zijn sinds de invoering van de Wet BOPZ verplicht melding te maken van elk geval van gedwongen zorgverlening. Zo kan de IGZ de ontwikkelingen in de verplichte GGZ in de gaten houden. Uit dit registratiebestand blijkt dat het aantal dwangopnamen in Nederland al sinds de invoering van de wet BOPZ

sterk toeneemt (zie voor een bespreking: Mulder e.a., 2006; Mulder en Snijdewind, 2006).

### ***Recente aanpassingen van de wet BOPZ***

In de laatste vijf jaar is er veel veranderd in de wet BOPZ. Binnen de wet die in 1994 werd ingevoerd, was de zorg die kon worden gegeven beperkt en kon niet iedereen die zorg nodig had deze ook krijgen. Daarom zijn de toepassingsmogelijkheden van de Wet BOPZ op verschillende manieren verruimd. Echter, ondanks de doorgevoerde wijzigingen lijkt de wet in de praktijk nog steeds niet optimaal te werken. Zorgmaatregelen kunnen vaak niet worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de individuele patiënt. Daarom zijn er vanuit het kabinet Balkenende IV plannen gemaakt om de wet helemaal te vervangen door een nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, met het oogmerk de onvrijwillige zorg beter te laten aansluiten op de behoeften van de patiënt.

#### **3.1.2 Doelstelling**

Het doel van dit hoofdstuk is tweeledig. Ten eerste worden de ontwikkelingen in het aantal gedwongen opnamen en het aantal gedwongen toepassingen in de GGZ in de periode 2002-2009 beschreven (paragrafen 3.2 en 3.3). Daartoe wordt gebruik gemaakt van gegevens uit het registratiebestand Bopzis-4. Nagegaan zal worden of de veranderingen die de afgelopen jaren in de Wet BOPZ zijn doorgevoerd op enigerlei wijze terug te zien zijn in de feitelijke cijfers.

Ten tweede wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de kritiek op de Wet BOPZ en de plannen voor de nieuwe regelgeving (paragraaf 3.4). De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de Wet BOPZ zullen beknopt worden besproken en tevens zullen reacties op de plannen vanuit het veld kort uiteen worden gezet.

## **3.2 Ontwikkeling aantal onvrijwillige opnemingen tussen 2002-2009**

Gedwongen opname kan plaatsvinden door een inbewaringstelling of door een rechterlijke machtiging. In deze paragraaf wordt op basis van gegevens van Bopzis-4 de ontwikkeling in het vóórkomen van beide typen gedwongen opname in kaart gebracht voor de periode 2002-2009. Telkens worden per type zorg eerst de voorwaarden beschreven en wordt er ingegaan op eventuele wijzigingen die de afgelopen jaren in de Wet BOPZ zijn doorgevoerd.

### **3.2.1 Inbewaringstelling**

#### ***Voorwaarden***

Een inbewaringstelling (IBS) kan door de burgemeester worden afgegeven wanneer iemand een acuut dreigend gevaar voor zichzelf of de omgeving veroorzaakt en niet instemt met opname. Het gevaar moet zo ernstig zijn dat er geen tijd is om een rech-

terlijke procedure af te wachten. Er moet daarbij sprake zijn van een sterk vermoeden van een psychische stoornis die het gevaar veroorzaakt. Ook moet directe opname de enige manier zijn om het gevaar af te wenden. Nadat een IBS is afgegeven, wordt de patiënt binnen 24 uur opgenomen. Vervolgens meldt de officier van justitie de opname uiterlijk de volgende werkdag aan de rechter. Binnen drie werkdagen na deze melding bekijkt de rechter of een IBS moet worden voortgezet. In de afgelopen jaren zijn er geen veranderingen geweest in deze regeling.

### **Ontwikkeling aantal inbewaringstellingen in de periode 2002-2009**

Tabel 1 geeft het aantal afgegeven IBS'en weer in de periode 2002-2009. Per type instelling is aangegeven hoeveel gevallen van IBS er zijn gemeld. Daarnaast staat vermeld hoeveel procent van het totaal aantal afgegeven IBS'en in het betreffende instellingstype is uitgevoerd.

**Tabel 1 Aantal inbewaringstellingen in de periode 2002-2009, naar type instelling**

Type instelling	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% groei <sup>a</sup>
GGZ-instelling	5.824 (84,8%)	5.839 (84,3%)	6.225 (84,1%)	6.406 (83,2%)	6.570 (81,9%)	6.561 (81,7%)	6.536 (81%)	6.746 (80,6%)	16
Kinder-en Jeugdpsychiatrisch circuit (GGZ)	137 (2%)	164 (2,4%)	141 (1,9%)	174 (2,3%)	213 (2,7%)	235 (2,9%)	198 (2,5%)	255 (3,0%)	86
PAAZ/PUK <sup>b</sup>	792 (11,5%)	771 (11,1%)	820 (11,1%)	883 (11,5%)	872 (10,9%)	887 (11,0%)	903 (11,2%)	820 (9,8%)	3,5
Verslavingszorg- instelling	3 (0%)	5 (0,1%)	10 (0,1%)	22 (0,3%)	64 (0,8%)	72 (0,9%)	77 (1,0%)	103 (1,2%)	3333
Verpleeghuis/ verzorgingshuis	94 (1,4%)	120 (1,7%)	155 (2,1%)	164 (2,1%)	206 (2,6%)	197 (2,5%)	217 (2,7%)	264 (3,2%)	181
Verstandelijk gehandicapten- zorg	16 (0,2%)	19 (0,3%)	29 (0,4%)	32 (0,4%)	38 (0,5%)	48 (0,6%)	43 (0,5%)	53 (0,6%)	231
TBS/FPK kliniek en instelling <sup>c</sup>	1 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	3 (0%)	3 (0%)	3 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Onbekend <sup>d</sup>	0 (0%)	2 (0%)	19 (0,3%)	16 (0,2%)	56 (0,7%)	28 (0,3%)	91 (1,1%)	133 (1,6%)	
<b>Totaal</b>	<b>6.867 (100%)</b>	<b>6.923 (100%)</b>	<b>7.402 (100%)</b>	<b>7.700 (100%)</b>	<b>8.022 (100%)</b>	<b>8.031 (100%)</b>	<b>8.065 (100%)</b>	<b>8.374 (100%)</b>	<b>22</b>

De aantallen in deze tabel representeren geen unieke personen. Het is mogelijk dat één persoon in hetzelfde jaar meerdere malen IBS heeft gekregen.

<sup>a</sup> Groeipercentages tussen 2002 en 2009, voor zover deze berekening mogelijk is.

<sup>b</sup> PAAZ: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis, PUK: Psychiatrische Universiteitskliniek.

<sup>c</sup> TBS: Terbeschikkingstelling, FPK: Forensisch Psychiatrische Kliniek.

<sup>d</sup> Ten tijde van de registratie was het nog niet bekend waar de betreffende patiënt geplaatst zou worden. Uiteindelijk werd plaatsing in deze gevallen vaak gerealiseerd in een GGZ-instelling.

Bron: Bopzis-4

## Belangrijke ontwikkelingen tussen 2002-2009:

- *Totaal aantal inbewaringstellingen neemt toe*

In de afgelopen acht jaar is er landelijk een duidelijke stijging te zien in het totaal aantal afgegeven IBS'en, van 6.867 in 2002 naar 8.386 in 2009. Dit is een toename van bijna 22%. Ter vergelijking: de Nederlandse bevolking groeide in dezelfde periode met 3,9% veel minder snel. Het valt op dat er tussen 2006 en 2008 nauwelijks sprake was een stijging (0,5%). In 2009 is het aantal IBS'en weer sneller gestegen, met bijna 4% ten opzichte van 2008.

- *Meeste inbewaringstellingen worden gerealiseerd in GGZ-instellingen*

Veruit het grootste gedeelte van de IBS'en vindt plaats in GGZ-instellingen. Wel daalde het relatieve aandeel van IBS'en die gerealiseerd werden in GGZ-instellingen van 84,8% in 2002 naar 80,4% in 2009. Het absolute aantal IBS'en binnen GGZ-instellingen nam in de periode 2002-2009 toe van 5.824 naar 6.746, een stijging van bijna 16%. Deze ontwikkeling loopt nagenoeg gelijk met de hierboven beschreven ontwikkeling in het totaal aantal gevallen van IBS, met een stijging van 2002 tot 2006, vrijwel een stabilisatie tussen 2006 en 2008, en een daaropvolgende stijging in 2009.

Tussen 2002 en 2009 steeg het aantal IBS'en dat in de kinder- en jeugdpsychiatrie werd uitgevoerd van 137 naar 255. Er is echter geen sprake van een consistent stijgende trend. Zowel in 2004 als in 2008 daalde het aantal meldingen van IBS ten opzichte van het jaar daarvoor. Het relatieve aandeel IBS'en dat plaatsvond in de kinder- en jeugdpsychiatrie schommelt in de periode 2002-2009 tussen de 2% en 3%.

Het aantal meldingen van IBS vanuit psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en) steeg licht in de afgelopen acht jaar, van 792 in 2002 naar 820 in 2009 (een toename van 3,5%). Ook hier is er geen sprake van een consistent stijgende trend. Zo is in 2009 het aantal meldingen van IBS gedaald ten opzichte van 2008. Het relatieve aandeel van IBS'en in de PAAZ'en en PUK'en ligt tussen 2002 en 2008 rond de 11%, om in 2009 af te nemen naar ongeveer 10%.

- *Toenames in andere sectoren*

Binnen de verslavingszorg nam het aantal IBS-en verhoudingsgewijs sterk toe, van slechts drie in 2002 naar 91 in 2009. In de afgelopen acht jaar was ook in de verpleeghuiszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg een relatief sterke stijging van het aantal IBS-en te zien (resp. bijna een verdrievoudiging en meer dan een verdrievoudiging). Het relatieve aandeel in het totaal aantal gemelde IBS'en dat elk van deze sectoren voor haar rekening neemt is navenant gestegen tussen 2002 en 2009.

## 3.2.2 Rechterlijke machtiging

### *Typen en voorwaarden*

Een rechterlijke machtiging (RM) kan worden afgegeven door de rechter, onder andere op basis van een geneeskundige verklaring van een psychiater. Deze psychiater mag niet betrokken zijn bij de behandeling van de persoon waar het over gaat. Er moet sprake zijn van een vastgestelde psychische stoornis en van gevaar dat voortkomt uit deze stoornis. Net als bij IBS, moet opname in een psychiatrisch ziekenhuis de enige manier zijn om het gevaar te kunnen afwenden. Pas als aan deze voorwaarden is voldaan kan iemand onvrijwillig worden opgenomen met een voorlopige rechterlijke machtiging. Deze opname duurt maximaal een half jaar, waarna steeds met een jaar kan worden verlengd. Voor verlenging is een nieuwe machtiging nodig, de zogenoemde machtiging voortgezet verblijf. Na vijf jaar onafgebroken verblijf in een instelling kan een machtiging voortgezet verblijf voor twee jaar worden afgegeven.

Er bestaat ook nog de mogelijkheid dat iemand voor zichzelf een RM aanvraagt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer iemand voor een psychische stoornis behandeld wil worden, maar voorziet dat een behandeling zonder dwang niet kan worden volgehouden. Een dergelijke machtiging op eigen verzoek wordt voor minimaal zes maanden en maximaal een jaar afgegeven.

### *Recente veranderingen: nieuwe typen*

De regeling omtrent de RM'en in de Wet BOPZ is recent aan veranderingen onderhevig geweest. Deze veranderingen zijn erop gericht de gegeven onvrijwillige zorg beter te kunnen aanpassen aan de behoeften van de patiënt. Het gaat om de volgende wijzigingen:

- Sinds 2004 is het voor de rechter officieel mogelijk een zogenoemde voorwaardelijke machtiging af te geven (IGZ, 2007). De betreffende persoon wordt dan niet opgenomen in een psychiatrische instelling op voorwaarde dat hij of zij zich houdt aan een behandelingsplan. De duur van de voorwaardelijke machtiging wordt in dit behandelingsplan omschreven. Het is voor de betrokken patiënt op deze manier mogelijk om een behandeling buiten een instelling te krijgen en gedwongen opname te vermijden. De machtiging wordt afgegeven wanneer iemand door een psychische stoornis wel gevaar veroorzaakt, maar een opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet strikt noodzakelijk wordt geacht voor afwending van dit gevaar. Wanneer iemand zich niet aan de voorwaarden houdt, of wanneer de behandeling niet zorgt voor vermindering van het gevaar, kan alsnog tot gedwongen opname worden overgegaan.
- Vanaf 1 juni 2008 zijn de toepassingsmogelijkheden van de voorwaardelijke machtiging verruimd.<sup>1,2</sup> In de oorspronkelijke regeling moest de patiënt bereidheid tonen zich aan de voorwaarden van de machtiging te houden voordat een voorwaardelijke

---

1 De Wet van 25 februari 2008 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling). Stb. 2008, 80.

2 Koninklijk Besluit van 23 mei 2008, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de wet van 25 februari 2008 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling). Stb. 2008, 187.



machtiging kon worden afgegeven. Sinds de verruiming van de toepassingsmogelijkheden mag de machtiging al worden afgegeven wanneer de rechter het waarschijnlijk acht dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. De patiënt hoeft daarbij niet uitdrukkelijk zijn bereidheid uit te spreken.

- Van 1 januari 2006 tot 1 januari 2009 is het voor een rechter mogelijk geweest een zogenoemde observatiemachtiging af te geven (IGZ, 2007). Hiermee was het mogelijk personen die een gevaar voor zichzelf of de omgeving veroorzaakten drie weken op te nemen voor psychiatrisch onderzoek. Dit kon alleen wanneer er een ernstig vermoeden van een psychische stoornis was die het bestaande gevaar mogelijk veroorzaakte. Eerder was het onmogelijk mensen zonder een gediagnosticeerde psychische stoornis met een RM te dwingen tot opname in een psychiatrische instelling. Per 1 januari 2009 is de mogelijkheid tot het afgeven van deze observatiemachtiging weer vervallen (Ministerie van VWS, 2009), omdat deze na evaluatie geen praktische waarde bleek te hebben. Dit kwam mede doordat de hoge raad in 2007 vaststelde dat alleen een ernstig vermoeden van een psychische stoornis niet genoeg kan zijn om iemand gedwongen op te nemen (Hulsbosch e.a., 2008).
- Vanaf 1 januari 2008 is het voor patiënten ook mogelijk een zogenoemde zelfbindingsverklaring af te geven. Wanneer het relatief goed gaat met iemand die een psychische aandoening heeft, maar de kans op terugval groot is, dan kan hij of zij er zelf voor kiezen deze verklaring op te stellen. Daarbij geeft de patiënt aan dat bij een verslechtering van de situatie en het ziekte-inzicht tot dwang mag worden overgegaan. De omstandigheden waarbij een dergelijke gedwongen opname kan plaatsvinden worden door de patiënt zelf omschreven. Ook wordt in de zelfbindingsverklaring gespecificeerd welke vorm(en) van opname en behandeling gewenst zijn. De gedwongen opname hoeft met een eerder afgegeven zelfbindingsverklaring door de patiënt niet meer strikt te voldoen aan alle voorwaarden die door de Wet BOPZ aan een RM worden gesteld. Wel moet worden voldaan aan alle voorwaarden die in de zelfbindingsverklaring zijn overeengekomen (Ministerie van VWS, 2007).

### ***Ontwikkeling aantal rechterlijke machtigingen in de periode 2002-2009***

In Tabel 2 wordt het aantal toe- en afgewezen RM'en in de periode 2002-2009 gepresenteerd, uitgesplitst naar type RM. Het betreft meldingen vanuit verschillende instellingstypen (d.w.z. GGZ-instellingen, PAAZ'en/PUK'en, het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit, verslavingszorginstellingen, verpleeg- of verzorgingshuizen, de verstandelijk gehandicaptenzorg, TBS-instellingen/Forensisch Psychiatrische Klinieken).

**Tabel 2 Aantal rechterlijke machtigingen in de periode 2002-2009, naar type machtiging**

Type rechterlijke machtiging	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% groei <sup>a</sup>
Voorlopige machtiging <sup>b</sup>	3.349	3.679	3.916	4.064	4.163	4.395	4.492	4.673	40
Voorlopige machtiging, afwijzing	290	337	409	462	504	641	648	638	120
Machtiging voortgezet verblijf <sup>b</sup>	2.776	3.249	3.133	3.212	2.678	2.796	2.917	3.012	8,5
Machtiging voortgezet verblijf, afwijzing	118	128	126	160	134	178	192	181	53
Voorwaardelijke machtiging <sup>b</sup>	30	57	860	1.256	1.960	2.081	2.158	2.519	193
Voorwaardelijke machtiging, afwijzing	2	2	70	110	176	179	177	196	180
Machtiging eigen verzoek <sup>b</sup>	90	86	101	68	78	72	50	78	-13
Machtiging eigen verzoek, afwijzing	11	16	7	3	8	15	9	15	36
Zelfbindingsmachtiging <sup>b</sup>	0	0	0	0	0	0	1	2	
Zelfbindingsmachtiging, afwijzing	0	0	0	0	0	0	2	0	
Observatiemachtiging <sup>b, c</sup>	-	-	-	-	52	37	17	1	
Observatiemachtiging, afwijzing	-	-	-	-	8	13	13	0	
<b>Totaal aangevraagd</b>	<b>6.666</b>	<b>7.554</b>	<b>8.622</b>	<b>9.335</b>	<b>9.761</b>	<b>10.407</b>	<b>10.676</b>	<b>11.315</b>	<b>70</b>
<b>Totaal afgewezen</b>	<b>421</b>	<b>483</b>	<b>612</b>	<b>735</b>	<b>830</b>	<b>1026</b>	<b>1041</b>	<b>1030</b>	<b>145</b>
<b>Totaal toegewezen</b>	<b>6.245</b>	<b>7.071</b>	<b>8.010</b>	<b>8.600</b>	<b>8.931</b>	<b>9.381</b>	<b>9.635</b>	<b>10.285</b>	<b>65</b>
<b>Afgewezen verzoeken %</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>7,1</b>	<b>7,9</b>	<b>8,5</b>	<b>9,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>	

De aantallen in deze tabel representeren geen unieke personen. Het is mogelijk dat één persoon in hetzelfde jaar meerdere malen een rechterlijke machtiging heeft gekregen.

<sup>a</sup> Groeipercentages tussen 2002 en 2009, voor zover deze berekening mogelijk is. De groeipercentages van de voorwaardelijke machtiging zijn berekend vanaf het moment dat dit type machtiging officieel is ingevoerd (2004).

<sup>b</sup> Het betreft hier het aantal daadwerkelijk toegewezen aanvragen.

<sup>c</sup> Sinds 1 januari 2009 is de mogelijkheid tot het aanvragen van een observatiemachtiging in de Wet BOPZ komen te vervallen.

Bron: Bopzis-4

Belangrijke ontwikkelingen tussen 2002-2009:

- *Totaal aantal toegewezen rechterlijke machtigingen neemt toe*

Het totaal aantal RM'en dat jaarlijks toegewezen wordt is in de afgelopen acht jaar sterk gestegen van 6.245 in 2002 naar 10.285 in 2009 (een stijging van bijna 65%, tegenover een bevolkingsgroei van 3,9% in dezelfde periode). De stijgende trend is de gehele periode te zien: in geen enkel jaar was er sprake van een daling in het totaal aantal toegewezen RM'en.

Wat verder opvalt is dat de rechter relatief vaker aanvragen voor een RM is gaan afwijzen. Werd in 2002 ongeveer zes procent van de aanvragen afgewezen, in 2009 is dit gestegen naar 9%. Dit betekent dat de rechter relatief vaker van mening is dat een gedwongen opname niet gerechtvaardigd is.

- *Voorlopige machtigingen en machtigingen voortgezet verblijf komen het vaakst voor; het aantal voorwaardelijk machtigingen neemt sterk toe sinds de invoering ervan*  
Over de gehele periode 2002-2009 is de voorlopige machtiging het meest voorkomende type RM. Het aantal afgegeven machtigingen van dit type steeg elk jaar. Tussen 2002 en 2009 is er sprake van een stijging van 40%.

Een ander veel voorkomend type RM is de machtiging voortgezet verblijf. Hier is echter een andere ontwikkeling te zien. Over de hele periode 2002-2009 is het totaal aantal afgegeven machtigingen voor voortgezet verblijf met ruim 8% toegenomen, maar er is geen sprake van een consistent stijgende trend. In 2003 steeg het aantal toegewezen machtigingen voortgezet verblijf nog sterk. In de daaropvolgende jaren stabiliseerde dit aantal zich echter, om in 2006 zelfs sterk te dalen. Sinds 2007 is er elk jaar weer een lichte stijging waar te nemen in het aantal afgegeven machtigingen van dit type.

Dit patroon hangt mogelijk samen met de officiële invoering van de voorwaardelijke machtiging in 2004. Sinds 2004 stijgt het aantal toegewezen machtigingen van dit type explosief. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de stabilisatie tussen 2003 en 2005 en de daaropvolgende daling in 2006 van het aantal machtigingen voor voortgezet verblijf. Mogelijk is in een deel van de gevallen waarin voorheen de voorlopige machtiging alleen zou kunnen worden verlengd middels een machtiging voortgezet verblijf, als alternatief gekozen voor een 'lichtere' vorm van onvrijwillige zorg op basis van een voorwaardelijke machtiging.

- *Machtigingen eigen verzoek en zelfbindingsmachtigingen komen nauwelijks voor*  
Hoewel er binnen de Wet BOPZ ruimte is voor een machtiging op eigen verzoek en een zelfbindingsmachtiging (sinds 2008), wordt er van deze mogelijkheden weinig gebruik gemaakt in de periode 2002-2009.

### **3.3 Ontwikkeling aantal onvrijwillige toepassingen in de GGZ tussen 2002-2009**

In deze paragraaf wordt op basis van gegevens van Bopzis-4 de ontwikkeling in het vóórkomen van onvrijwillige toepassingen beschreven voor de periode 2002-2009. Alvorens dit te doen wordt ingegaan op het onderscheid tussen dwangbehandeling en dwangmiddelen of -maatregelen en een wijziging die recentelijk doorgevoerd is in de Wet BOPZ.

#### **3.3.1 Dwangtoepassingen bij onvrijwillige opname**

##### ***Typen en voorwaarden***

Wanneer iemand gedwongen is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, heeft hij of zij het recht behandeling te weigeren, mits dit geen gevaar oplevert binnen de instelling. Alleen in een beperkt aantal gevallen kan tegen de wil van de patiënt worden ingegrepen.

Het ingrijpen onder dwang wordt een dwangtoepassing genoemd. Er wordt binnen dwangtoepassingen onderscheid gemaakt tussen dwangbehandeling en dwangmiddelen of -maatregelen. Aan dwangbehandeling ligt altijd een behandelingsplan ten grondslag en in dit kader kunnen verschillende vormen van gedwongen behandeling toegepast worden. Wanneer er geen behandelingsplan, of deze niet voorziet in de situatie, kunnen dwangmiddelen- of maatregelen gedurende maximaal zeven dagen worden ingezet om direct gevaar af te wenden. De middelen en maatregelen die kunnen worden ingezet zijn: separatie, afzondering, fixatie, dwangmedicatie en gedwongen vocht en voeding.

### ***Recente veranderingen in voorwaarden***

Tot 1 juni 2008 was een dwangtoepassing volgens de Wet BOPZ alleen mogelijk wanneer de patiënt binnen het psychiatrisch ziekenhuis een gevaar voor zichzelf of anderen vormde en middelen om dit gevaar af te wenden niet door hem of haar werden geaccepteerd. Wanneer niet aan deze voorwaarde was voldaan, kon tijdens een gedwongen opname geen onvrijwillige behandeling plaatsvinden. Het kon daardoor voorkomen dat een patiënt tijdens een gedwongen opname geen behandeling ontving, omdat hij of zij zich hiertegen verzette. Deze situatie werd ongewenst geacht, omdat een gedwongen opname er voor zou moeten zorgen dat de psychiatrische problematiek van de patiënt vermindert, waardoor terugkeer naar de maatschappij mogelijk zou moeten zijn. Daarom mag sinds 1 juni 2008<sup>3</sup> ook dwangbehandeling worden toegepast wanneer er geen gevaar is binnen de instelling. Dit kan alleen op voorwaarde dat het gevaar in de maatschappij, waarvoor de patiënt gedwongen is opgenomen, niet op een andere manier langdurig kan worden afgewend.<sup>4</sup>

### **3.3.2 Dwangbehandeling**

#### ***Ontwikkeling aantal onvrijwillige toepassingen in het kader van dwangbehandeling in de periode 2002-2009***

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal onvrijwillige toepassingen dat tussen 2002 en 2009 is uitgevoerd in het kader van dwangbehandeling, uitgesplitst naar type toepassing. Alle registraties vanuit GGZ-instellingen, PAAZ'en/PUK'en en het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit zijn hierbij meegenomen.

---

3 Koninklijk Besluit van 23 mei 2008, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de wet van 25 februari 2008 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling). Stb. 2008, 187

4 De Wet van 25 februari 2008 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling). Stb. 2008, 80.

**Tabel 3 Aantal toepassingen in het kader van dwangbehandeling in de GGZ<sup>a</sup>, naar type toepassing**

Type toepassing	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% groei <sup>b</sup>
Medicatie	724 (29,1%)	777 (31,2%)	960 (34,9%)	904 (33,7%)	951 (35,5%)	874 (34,3%)	1.021 (36,4%)	1.047 (40,9%)	122
Separatie	1.477 (59,4%)	1.360 (54,6%)	1.394 (50,7%)	1.403 (52,3%)	1.288 (48,1%)	1.188 (46,7%)	1.282 (45,7%)	984 (38,5%)	-33
Afzondering	136 (5,5%)	199 (8,0%)	196 (7,1%)	215 (8,0%)	241 (9,0%)	268 (10,5%)	282 (10,0%)	302 (11,8%)	40
Fixatie	88 (3,5%)	103 (4,1%)	114 (4,1%)	93 (3,5%)	108 (4,0%)	134 (5,3%)	107 (3,8%)	123 (4,8%)	45
Voeding en vocht	32 (1,3%)	28 (1,1%)	36 (1,3%)	27 (1,0%)	30 (1,1%)	30 (1,2%)	37 (1,3%)	41 (1,6%)	28
Anders <sup>c</sup>	28 (1,1%)	26 (1,0%)	51 (1,9%)	41 (1,5%)	60 (2,2%)	51 (2,0%)	78 (2,8%)	61 (2,4%)	118
<b>Totaal</b>	<b>2.485</b> <b>(100%)</b>	<b>2.493</b> <b>(100%)</b>	<b>2.751</b> <b>(100%)</b>	<b>2.683</b> <b>(100%)</b>	<b>2.678</b> <b>(100%)</b>	<b>2.545</b> <b>(100%)</b>	<b>2.807</b> <b>(100%)</b>	<b>2.558</b> <b>(100%)</b>	<b>2,9</b>

De aantallen in deze tabel representeren geen unieke personen. Het is mogelijk dat één persoon in hetzelfde jaar meerdere toepassingen heeft gekregen.

<sup>a</sup> GGZ: GGZ-instellingen, PAAZ'en, PUK'en en het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit.

<sup>b</sup> Groeipercentages tussen 2002 en 2009.

<sup>c</sup> Hieronder vallen o.a. Electro Convulsie Therapie (ECT) of beperking van de bewegingsvrijheid.

Bron: Bopzis-4

Belangrijke ontwikkelingen tussen 2002-2009:

- *Schommeling in het totaal aantal meldingen van dwangbehandeling*

In de periode 2002-2009 is er geen consistente ontwikkeling in het aantal gemelde toepassingen in het kader van dwangbehandeling: in het ene jaar is er sprake van een stijging, in het andere jaar van een daling. Een vergelijking tussen 2002 en 2009 laat een relatief lichte stijging van het aantal gemelde toepassingen zien van 2,9%. Deze stijging is minder groot dan de bevolkingsgroei in Nederland in dezelfde periode (3,9%).

De toename die in het totaal aantal gevallen van dwangbehandeling wordt waargenomen blijft achter bij de stijging in het aantal gedwongen opnamen (zoals besproken in paragraaf 3.2), waardoor gemiddeld genomen het aantal dwangbehandelingen per gedwongen opname daalt.

- *Aantal meldingen van separatie neemt af sinds 2006.*

Wanneer gekeken wordt naar de verschillende typen toepassingen, dan is te zien dat separatie sinds 2006 minder vaak wordt ingezet als onderdeel van dwangbehandeling. Tussen 2002 en 2005 schommelt het aantal meldingen van separatie tussen de 1.360 en 1.477, om in 2006 te dalen naar 1.288. In 2009 is het aantal gemelde separaties verder gedaald naar 984. Dit hangt mogelijk samen met de initiatieven die GGZ Nederland vanaf 2006 samen met alle relevante partijen heeft genomen in het kader van het project 'Dwang en Drang'. Een van de doelstellingen van dit

programma is het terugdringen van separatie met 10% op jaarbasis tussen 2006 en 2008 (GGZ Nederland, 2008).

Ondanks deze dalende trend, is het relatieve aandeel van separatie in het totale aantal toepassingen nog steeds aanzienlijk (38,5%) in 2009.

- *Aantal meldingen van andere vormen van dwangtoepassingen nemen toe.*

Het aantal meldingen van andere typen toepassingen in het kader van dwangbehandeling neemt over het algemeen toe tussen 2002 en 2009. Het aantal gemelde gevallen van gedwongen toediening van medicatie is relatief sterk gestegen, met 122%. Bijgevolg is in 2009 gedwongen toediening van medicatie de meest gebruikte vorm van dwangbehandeling. De stijgingen van het aantal meldingen van afzondering en fixatie zijn relatief minder sterk, respectievelijk 45% en 40%.

### 3.3.3 Dwangmiddelen of –maatregelen

#### *Ontwikkeling aantal dwangmiddelen of -maatregelen in de periode 2002-2009*

Tabel 4 presenteert het aantal toegepaste middelen of maatregelen tussen 2002 en 2009, uitgesplitst naar type toepassing. Deze middelen en maatregelen worden ingezet wanneer er binnen een gedwongen opname gevaar ontstaat dat moet worden afgewend, terwijl er geen behandelplan voorhanden is of het behandelplan niet voorziet in de situatie. Het inzetten van middelen of maatregelen wordt daarom geen 'behandeling' genoemd. Het wordt vooral gezien als crisisinterventie. Alle registraties vanuit de GGZ-instellingen, PAAZ'en/ PUK'en en het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit zijn in de cijfers meegenomen.

**Tabel 4 Aantal toepassingen in het kader van middelen of maatregelen in de GGZ<sup>a</sup>, naar type toepassing**

Type toepassing	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% groei <sup>b</sup>
Separatie	3.942 (76,1%)	4.380 (73,4%)	4.702 (71,6%)	5.049 (71,2%)	4.581 (71,0%)	4.787 (70,3%)	4.733 (68,9%)	4.558 (63,8%)	16
Medicatie	784 (15,1%)	978 (16,4%)	1.131 (17,2%)	1.157 (16,3%)	1.143 (17,7%)	1.234 (18,1%)	1.351 (19,7%)	1.557 (21,8%)	99
Afzondering	274 (5,3%)	370 (6,2%)	409 (6,2%)	554 (7,8%)	416 (6,5%)	483 (7,1%)	541 (7,9%)	711 (9,9%)	160
Fixatie	172 (3,3%)	228 (3,8%)	306 (4,7%)	318 (4,5%)	290 (4,5%)	287 (4,2%)	223 (3,2%)	284 (4,0%)	65
Voeding en vocht	11 (0,2%)	14 (0,2%)	20 (0,3%)	18 (0,3%)	19 (0,3%)	21 (0,3%)	21 (0,3%)	37 (0,5%)	236
<b>Totaal</b>	<b>5.183</b> <b>(100%)</b>	<b>5.970</b> <b>(100%)</b>	<b>6.568</b> <b>(100%)</b>	<b>7.096</b> <b>(100%)</b>	<b>6.449</b> <b>(100%)</b>	<b>6.812</b> <b>(100%)</b>	<b>6.869</b> <b>(100%)</b>	<b>7.147</b> <b>(100%)</b>	<b>38</b>

De aantallen in deze tabel representeren geen unieke personen. Het is mogelijk dat één persoon in hetzelfde jaar meerdere toepassingen heeft gekregen.

<sup>a</sup> GGZ: GGZ-instellingen, PAAZ'en, PUK'en en het kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit.

<sup>b</sup> Groeipercentages tussen 2002 en 2009.

Bron: Bopzis-4

Belangrijke ontwikkelingen tussen 2002-2009:

- *Totaal aantal meldingen van dwangmiddelen en -maatregelen stijgt, met een tijdelijke daling in 2006.*

Het totaal aantal meldingen van toegepaste dwangmiddelen en -maatregelen is toegenomen van 5.183 in 2002 naar 7.147 in 2009, een stijging van 38% (tegenover een stijging in de Nederlandse bevolking van 3,9%). Deze toename is niet over alle jaren stabiel. Tussen 2002 en 2005 is er sprake van een forse stijging. Echter, in 2006 is er sprake van een daling ten opzichte van het voorgaande jaar. Sindsdien stijgt het aantal meldingen van ingezette middelen of maatregelen weer, zij het minder sterk dan in de periode 2002-2005.

- *Toename in alle afzonderlijke typen middelen en maatregelen.*

Tussen 2002 en 2009 is over het algemeen het aantal meldingen van alle typen dwangmiddelen en -maatregelen toegenomen. Als gekeken wordt naar de meest voorkomende dwangtoepassingen, dan neemt separatie een uitzonderingspositie in. Het aantal gemelde separaties nam tussen 2002 en 2009 het minst sterk toe van 3.942 naar 4.558 (een stijging van 16%).

De stijgingen in het aantal meldingen van gedwongen toediening van medicatie en afzondering waren veel sterker, respectievelijk 99% en 160%. Voor alle veel voorkomende typen toepassingen is in 2006 een daling te zien. Terwijl het aantal meldingen van gedwongen toediening van medicatie en afzondering sindsdien weer consistent toeneemt, blijft het aantal gemelde separaties betrekkelijk stabiel.

Het relatieve aandeel van separatie daalde dan ook van 76,1% in 2002 naar 63,8% in 2009. Wel is separatie nog steeds de meest ingezette toepassing als het gaat om middelen en maatregelen.

### 3.4 Plannen tot wetwijziging

Zoals blijkt uit de in de vorige paragrafen beschreven ontwikkelingen in de onvrijwillige GGZ, komen tussen 2002 en 2009 gedwongen opnames en toepassingen steeds vaker voor. Op basis van Bopzis-4 gegevens kan niet nagegaan worden of dit een gewenste ontwikkeling is. Duidelijk is wel dat in de afgelopen jaren de kritiek op de werking van de Wet BOPZ gegroeid is. Het meest genoemde bezwaar is dat de huidige wet uitsluitend opnamegebonden is. Dat wil zeggen dat onvrijwillige zorg noodzakelijk verbonden is aan een intramurale instelling en dat daardoor niet goed kan worden ingespeeld op de behoeften van de patiënt. Dit kan binnen de huidige wet moeilijk worden aangepast. Daarom zijn er plannen voor een nieuwe, vervangende wet: de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg.

In deze afsluitende paragraaf van dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de plannen voor de nieuwe wet. Allereerst zullen de knelpunten in de huidige regelgeving worden besproken. Vervolgens zullen de plannen voor de nieuwe wet op hoofdpunten

worden uitgelegd. Ten slotte zal kort worden ingegaan op enkele reacties uit het veld op de nieuwe plannen.

### **3.4.1 Knelpunten in de Wet BOPZ**

Bij het aannemen van de Wet BOPZ in 1994 is bepaald dat de werking van de wet om de vijf jaar door een onafhankelijke commissie moet worden geëvalueerd. De derde evaluatie van de Wet BOPZ in 2007 bracht aan het licht dat de wet, ook na aanpassingen, verschillende knelpunten vertoont (Derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ, 2007). Zo is de wet complex, slecht leesbaar en moeilijk te begrijpen.

Ook voorziet de wet alleen in opnamegebonden zorg, terwijl in de psychiatrische praktijk steeds meer de nadruk komt te liggen op persoonsgebonden, ambulante zorg. Een behandeling zou moeten zijn afgestemd op de behoeften van de patiënt, maar de huidige Wet BOPZ voorziet alleen in opname. Hierdoor wordt vooral aandacht besteed aan de zorg voor patiënten met ernstige en acute problematiek. Wanneer het gevaar is geweken, en de gedwongen opname wordt beëindigd, ontbreekt de nodige nazorg vaak.

Daarnaast wordt er in de huidige wet geen juridisch onderscheid gemaakt tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet tegen opname. Dit, terwijl wilsbekwaam verzet volgens de commissie anders zou moeten worden beschouwd dan wilsonbekwaam verzet. Het uitgangspunt van de commissie is dat wilsbekwaam verzet zoveel mogelijk serieus genomen moet worden en gedwongen opname in deze gevallen altijd een allerlaatste redmiddel zou moeten zijn (Derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ, 2007).

Wat betreft de huidige procedures die op basis van de Wet BOPZ zijn ingesteld merkt de commissie op dat de aansluiting tussen het straf- en zorgsysteem te wensen overlaat. Patiënten die geen misdrijf hebben gepleegd, maar door hun psychische stoornis wel langdurig potentieel gevaarlijk zijn, krijgen in de instellingen waar zij in het kader van de Wet BOPZ zijn opgenomen vaak niet de structuur die zij nodig hebben. Omgekeerd krijgen gedetineerden met dezelfde psychische problematiek deze structuur wel, maar lopen zij de nodige zorg vaak mis. Deze mensen belanden binnen de huidige regelingen tussen wal en schip.

Ook is het soms voor betrokken personen en instanties niet duidelijk hoe de rollen in het proces ingevuld moeten worden. Door de Wet BOPZ worden aan de verschillende partijen meer verantwoordelijkheden toegekend dan zij op dit moment kunnen nemen. De IGZ zou bijvoorbeeld niet alleen het vóórkomen van onvrijwillige zorg moeten monitoren, maar ook moeten toezien op de kwaliteit van de zorg. Ook zou de burgemeester volgens de Wet BOPZ alle inwoners moeten kennen en een geïnformeerd besluit moeten kunnen nemen over het verlenen van een IBS. In werkelijkheid blijkt dit onmogelijk en neemt de burgemeester bijna zonder uitzondering het advies van de behandelaar die de IBS aanvraagt over. Ook andere actoren vervullen hun rol op andere wijze dan oorspronkelijk bedoeld. De evaluatiecommissie pleit daarom voor een meer heldere en realistische rolverdeling voor de betrokken partijen (Derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ, 2007).



Tot slot is het voor de partij die verzoekt tot gedwongen opname onmogelijk bezwaar te maken wanneer dit verzoek niet wordt ingewilligd (Van der Kwartel e.a., 2007). Dit zorgt voor veel ontevredenheid bij betrokkenen en weinig mogelijkheden onterechte afwijzingen te corrigeren.

### 3.4.2 De nieuwe wet

De evaluatiecommissie adviseerde op basis van deze knelpunten de huidige Wet BOPZ te vervangen door een nieuwe wettelijke regeling. Het kabinet Balkenende IV nam zich voor dit advies over te nemen en kwam eind 2008 met een voorstel voor een nieuwe wet, de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, die de Wet BOPZ uiteindelijk zal moeten vervangen<sup>5</sup>. In deze nieuwe wet zullen er veranderingen zijn in de procedure, inhoud, voorwaarden en het bereik van de rechterlijke machtiging.

#### *Procedure*

De verschillende rechterlijke machtigingen die in de Wet BOPZ kunnen worden afgegeven zullen in het nieuwe voorstel worden vervangen door een enkele zorgmachtiging. Dit zou voor minder ingewikkelde aanvraagprocedures moeten leiden en zo vorm- en procedurefouten kunnen helpen voorkomen. In het nieuwe voorstel blijft de rechter verantwoordelijk voor het opleggen van de zorgmachtiging. Deze machtiging zal worden aangevraagd door een multidisciplinaire commissie. Deze commissie bestaat minimaal uit een jurist, een psychiater en een deskundige die het patiëntperspectief vertegenwoordigt. Andere professionals kunnen zo nodig worden toegevoegd.

#### *Inhoud*

De belangrijkste inhoudelijke verandering in het nieuwe wetsvoorstel is dat de gedwongen opname wordt vervangen door: 'een persoonsvolgende regeling voor een persoon die als gevolg van zijn psychische stoornis een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zichzelf of anderen veroorzaakt, waarbij de rechter een zorgmachtiging kan verlenen die legitimeert tot verschillende vormen van verplichte zorg om dit risico weg te nemen. Daarbij kan worden gedacht aan allerlei interventies op het terrein van de zorg, variërend van verzorging, bejegening, behandeling, inclusief opname, begeleiding of beveiliging.<sup>6</sup> Met 'persoonsvolgend' wordt bedoeld dat onvrijwillige zorg niet meer gebonden is aan de instelling die de zorg verleent. Zo kan in de toekomst een regeling worden getroffen die veel meer aansluit bij de behoeften van de patiënt. Wanneer zorg binnen een instelling niet strikt noodzakelijk is, zal er een minder ingrijpende vorm van zorg kunnen worden ingezet. Een zorgmachtiging is in het nieuwe wetsvoorstel dus niet langer uitsluitend gekoppeld aan (voorwaardelijke) opname. Ook ambulante zorg kan in de nieuwe wet worden ingezet als onvrijwillige zorg. Hierdoor kan noodzakelijke zorg worden geboden, terwijl de inbreuk op de autonomie van de patiënt niet groter dan nodig is. Ook kan er in het nieuwe wetsvoorstel meer aandacht zijn voor nazorg en terugkeer in de maatschappij.

---

<sup>5</sup> Wetsvoorstel Verplichte GGZ, kamerstukken II 2009/10, 32 399.

<sup>6</sup> Wetsvoorstel Verplichte GGZ, kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr 3, p.26-27 (MvT).

De rechter beslist in het nieuwe voorstel over de invulling en duur van de gedwongen zorg. De multidisciplinaire commissie die de zorgmachtiging aanvraagt zal de rechter adviseren over de specifieke invulling van de gedwongen zorg.

### **Voorwaarden**

Naast deze belangrijkste inhoudelijke verandering, worden er ook veranderingen voorgesteld in de voorwaarden waaronder gedwongen zorg kan plaatsvinden. Zo moet een patiënt volgens de Wet BOPZ gevaar veroorzaken voor zichzelf of de omgeving. In de nieuwe wet zal dit gevaarscriterium worden vervangen door een zogenoemd 'schadecriterium', waarbij een 'aanzienlijk risico op ernstige schade' aanwezig moet zijn. Deze schade kan bestaan uit 'levensgevaar, lichamelijk letsel, psychische, materiële of financiële schade, een verstoorde ontwikkeling of maatschappelijke teloorgang'<sup>7</sup>.

Ook wordt in het nieuwe wetsvoorstel een andere interpretatie gegeven aan het niet instemmen met opname of behandeling. In de Wet BOPZ wordt alleen aangenomen dat een patiënt instemt met opname wanneer hij of zij dit nadrukkelijk kenbaar maakt. In alle andere gevallen moet worden aangenomen dat de voorgestelde zorg tegen de wil van de patiënt is. Voor het verlenen van deze zorg moet dan volgens de Wet BOPZ een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling worden afgegeven. Echter, in het nieuwe wetsvoorstel wordt onder verplichte zorg alleen die zorg verstaan waartegen iemand zich verzet. Een machtiging is dan alleen nodig wanneer iemand actief aangeeft niet mee te willen werken. Dit wordt het 'verzetscriterium' genoemd. Mensen die geen verzet tonen tegen behandeling zullen niet onder de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg vallen en worden niet door deze wet beschermd. Ook wordt er in het nieuwe voorstel duidelijker onderscheid gemaakt tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet. Mensen die zich weloverwogen verzetten tegen behandeling kunnen alleen een zorgmachtiging opgelegd krijgen wanneer niet behandelen medisch onverantwoord is.

### **Bereik**

Hieruit volgt dat de nieuwe wet alleen van toepassing zal zijn op personen met een psychische stoornis. Patiënten uit de psychogeriatrische zorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg kunnen zich vaak niet goed uitdrukken. Bij deze groep is het niet wenselijk aan te nemen dat een zwijgende patiënt instemt met de behandeling. Om deze reden is het verzetscriterium uit de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg hier niet bruikbaar. Patiënten die vanwege cognitieve beperkingen niet kunnen aangeven of ze instemmen met een behandeling zullen in het vervolg daarom onder een andere regeling vallen: de nieuwe Wet Zorg en Dwang<sup>8</sup>. Binnen deze wet wordt de rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en gehandicapten beter gewaarborgd dan binnen de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg.

---

7 Wetsvoorstel Verplichte GGZ, kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr 3, p.42 (MvT).

8 Wetsvoorstel Zorg en Dwang, Kamerstukken II 2009/10, 31 996.

### 3.4.3 Reacties

Vanuit het veld zijn er veel reacties gekomen op de nieuwe plannen (Widershoven, 2009, Bos & Knuttel, 2009, GGZ Nederland, 2009, KNMG, 2009). Hoewel de wenselijkheid van een nieuwe wet niet wordt ontkend, worden er kanttekeningen geplaatst bij de huidige invulling van het voorstel, waaronder:

- De rechtspositie van mensen met psychische problemen lijkt onder druk te komen staan door het invoeren van de nieuwe wet (Bos & Knuttel, 2009). Zo bestaat de angst dat de ruime definitie van het schadecriterium er voor zal zorgen dat er een uitbreiding van dwang zal plaatsvinden, waarbij personen niet meer goed kunnen worden beschermd tegen inbreuk op hun integriteit. Ook het feit dat gedwongen zorg in principe overal zou kunnen plaatsvinden, ook bij patiënten thuis, lijkt inbreuk op de integriteit te kunnen doen (Bos & Knuttel, 2009).
- Ook worden er kanttekeningen geplaatst bij het voornemen de wensen en voorkeuren van een wilsbekwame patiënt in acht te nemen en te honoreren 'mits dat medisch verantwoord is'. Er wordt in het wetsvoorstel niet uitgelegd wat verstaan kan worden onder 'medisch verantwoord'. Ook wordt hier voorbij gegaan aan het advies van de evaluatiecommissie, dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd zou moeten worden wanneer er alleen sprake is van risico op schade voor de betrokkene zelf (Widershoven, 2009).
- Daarnaast is er veel discussie over de rol van de multidisciplinaire commissie. Zorgorganisaties zijn bang dat bij een uitsluitend adviserende rol van deze commissies te veel inhoudelijke verantwoordelijkheid bij de rechter wordt gelegd. Omdat de rechter geen expert is op zorginhoudelijk gebied, zou deze niet gekwalificeerd zijn inhoudelijke beslissingen te nemen (GGZ Nederland, 2009, KNMG, 2009). Anderen vrezen juist dat de commissies te veel inhoudelijke beslissingen nemen en te veel op de stoel van de behandelaar gaan zitten. Wanneer een zorgmachtiging moet aansluiten bij het advies van de commissie bestaat het gevaar dat dit advies wordt geschreven in de vorm van een behandelplan. Het valt te betwijfelen of de commissie genoeg kennis heeft van de specifieke situaties om een goed passend behandelplan samen te stellen. Hierdoor komt volgens critici de kwaliteit en de professionaliteit van de uitvoerende hulpverleners op de tocht te staan. Daarnaast wordt gevreesd dat een vergaande verantwoordelijkheid tot een onaanvaardbare werklast voor de multidisciplinaire commissies zou kunnen leiden. Dit alles kan afbreuk doen aan de kwaliteit van de onvrijwillige zorg (Bos & Knuttel, 2009).
- Ook is naar voren gebracht dat een scheiding tussen de beslissende rechter en een adviserende commissie veel bureaucratische beperkingen met zich meebrengt die een heldere gang van zaken in de weg staan (Widershoven, 2009).

Wanneer en in welke vorm de nieuwe regelgeving van kracht wordt is nog onduidelijk. Helder lijkt wel dat het noodzakelijk is begrippen en procedures te verduidelijken voordat de wet kan worden ingevoerd (Widershoven, 2009).

# Referenties

- Bos F., Knuttel M. (2009). Dwang tot achter de eigen voordeur: Commentaar op het conceptwetsvoorstel Verplichte GGZ. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64, 1068-1079.
- Derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ (2007). Evaluatierapport: voortschrijdende inzichten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- GGZ Nederland (2009). Brief aan de minister van justitie: Definitieve reactie Wetsvoorstel verplichte GGZ, 9 februari 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008). Informatie over project Dwang en drang GGZ Nederland. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hulsbosch L., Wolf J., Kroon, H. (2008). Evaluatie van de observatiemachtiging. Utrecht: Trimbos-instituut.
- IGZ (2007). Tabellenboek Wet BOPZ 2002-2006. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- KNMG, NVVP & NVVA (2009). Brief aan de minister van justitie: Definitieve reactie Wetsvoorstel verplichte GGZ, 6 februari 2009. Utrecht: KNMG, NVVP & NVVA
- Ministerie van VWS (2009). Over de Wet BOPZ. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2007). Over de Wet BOPZ, zelfbindingsverklaring. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Mulder C.L., Snijdewind A. (redactie) (2006). De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie. Badhoevedorp: Mension.
- Mulder C.L., Broer J., Uitenbroek D., Van Marle P., Van Hemert B., Wierdsma A. I. (2006). Een versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet BOPZ. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 150, 319-322.
- Van der Kwartel A.J.J., Nienoord-Buré C.D., Lommers M.H.J., Sluiter M. (2007). Ervaringen met en meningen over de Wet BOPZ (deel 8 van 3<sup>e</sup> evaluatie BOPZ). Utrecht: Prismant.
- Widershoven T.P. (2009). Opvolger Wet BOPZ: goed op weg, maar we zijn er nog niet: Opmerkingen bij het conceptontwerp Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 3, 175-184.



Deel B

Jeugd



# 1 Psychische problematiek bij kinderen en jongeren: over ontwikkelingen in het vóórkomen, de toegang tot en het gebruik van de jeugd-GGZ

## 1.1 Inleiding

De focus in dit hoofdstuk ligt op het in kaart brengen van ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren<sup>1</sup>, de toegang tot de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (kortweg jeugd-GGZ) en het type zorg dat aan hen in deze setting verleend wordt.

### 1.1.1 Positionering van de jeugd-GGZ

De jeugd-GGZ maakt deel uit van de jeugdzorg, een complex veld dat wordt gekenmerkt door verschillende wettelijke kaders en financieringsstromen waarbinnen continu wijzigingen lijken plaats te vinden (zie Figuur 1). De jeugdzorg biedt als sector ondersteuning, hulp en bescherming aan jeugdigen en hun ouders bij problemen op psychisch, sociaal of pedagogisch gebied. De sector is bedoeld voor kinderen en jongeren tot 18 jaar, met een uitlooptermijn tot 23 jaar.

De jeugdhulpverlening neemt de helft van de totale capaciteit van de jeugdzorg in beslag. De jeugd-GGZ en de jeugdbescherming nemen beiden een kwart van de capaciteit voor hun rekening. Elk van de drie deelsectoren kent een eigen wijze van regelgeving en financiering. De jeugdhulpverlening valt onder het provinciaal welzijnsbeleid (uitgezonderd enige bovenprovinciale en landelijke voorzieningen), de jeugdbescherming onder het Ministerie van Justitie en de jeugd-GGZ onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

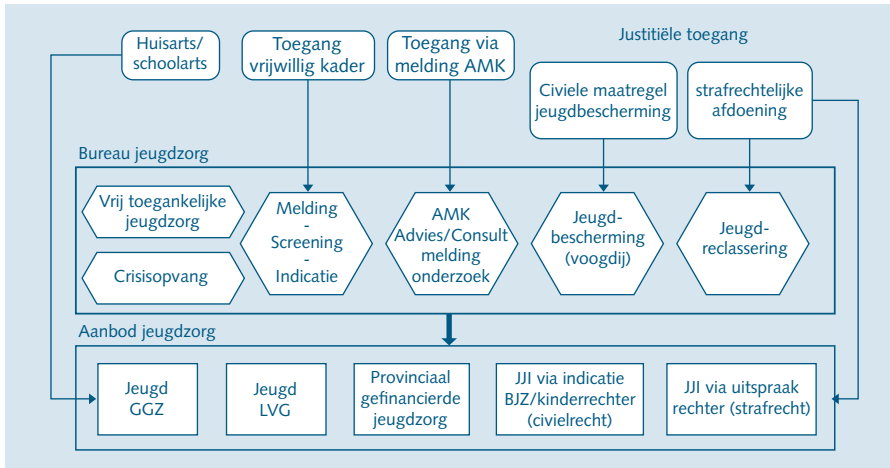
Sinds de invoering van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 zou de toegang tot de drie deelsectoren in principe via één kanaal moeten verlopen: Bureau Jeugdzorg. De Bureaus Jeugdzorg moeten via indicatiestelling bepalen welke hulp passend is en welke deelsector deze hulp het beste kan bieden. In paragraaf 1.3 zal deze toegang tot de jeugd-GGZ nader worden besproken.

---

1 In dit hoofdstuk wordt niet ingegaan op problematisch middelengebruik onder jongeren.



Figuur 1



Bron: Stevens e.a., 2009

Bovengenoemde complexiteit beperkt zich niet tot de jeugdzorg sector als geheel. De jeugd-GGZ heeft op haar beurt ook te maken met verschillende financieringsstromen. Preventieve activiteiten worden deels gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) en voor een deel vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De op genezing gerichte GGZ (ook wel curatieve GGZ genoemd) wordt gefinancierd vanuit de Zvw. Langdurige klinische zorg en niet op genezing gerichte GGZ wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en forensische zorg is per 1 januari 2007 overgeheveld naar de begroting van het Ministerie van Justitie.

Vanwege deze complexiteit en de beschikbare tijd hebben wij ervoor gekozen om, naast de focus op het vóórkomen van psychische problemen, deze rapportage te beperken tot de toegang tot en het gebruik van de jeugd-GGZ. Er wordt dus niet gekeken naar andere deelsectoren van de jeugdzorg en voorliggende voorzieningen.

### 1.1.2 Bronnen

Om zicht te krijgen op bovengenoemde onderwerpen worden bevindingen uit reeds gepubliceerd onderzoek dat is uitgevoerd in Nederland beschreven en geëvalueerd. De gegevens die besproken worden zijn afkomstig uit verschillende typen databronnen, waaronder gegevens uit bevolkingsstudies, registratiebestanden en evaluatie-rapportages.

#### *Bevolkingsstudies:*

- Landelijk bevolkingsonderzoek onder jongeren (Verhulst e.a., 1997)
- Bevolkingsonderzoeken onder kinderen en jongeren in de regio Zuid-Holland
- NEMESIS-2 (*the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*)<sup>2</sup>
- HBSC-onderzoek (*Health Behavior in School-aged Children*)

#### *Registratiebestanden:*

- Zorgis (GGZ Nederland)/Wachttijdregistratie GGZ Nederland
- Psychiatrische Casusregisters
- Databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIPdatabank; College voor zorgverzekeringen)

#### *Rapportages:*

- Brancherapporten Jeugdzorg (MOgroep Jeugdzorg)
- Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter (IGZ/IJ, 2006)
- Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg (BMC, 2009)

Daarnaast worden relevante bevindingen uit diverse gepubliceerde wetenschappelijke artikelen besproken.

### **1.1.3 Opbouw hoofdstuk**

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit vijf paragrafen. Paragraaf 1.2 gaat in op de ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren. Vervolgens wordt in paragraaf 1.3 gekeken naar ontwikkelingen in de toegang tot de jeugd-GGZ. Paragraaf 1.4 brengt ontwikkelingen in het gebruik van de jeugd-GGZ in kaart. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 1.5).

## **1.2 Ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren**

In deze paragraaf zal Nederlands onderzoek naar het vóórkomen van psychische problemen en stoornissen onder kinderen en jongeren besproken worden. Voor zover gegevens voorhanden zijn wordt ingegaan op ontwikkelingen op dit gebied. Op basis van trendmatige cijfers kan een indicatie verkregen worden of de behoefte van kinderen en jongeren aan tweedelijns GGZ in de tijd toegenomen, afgenomen of stabiel gebleven is.

---

2 Hoewel NEMESIS-2 zich richt op volwassenen van 18-64 jaar, is op een retrospectieve wijze ook het vóórkomen van aandachtstekort- of gedragsstoornis in de kindertijd of vroege adolescentie bepaald (De Graaf e.a., 2010).

### 1.2.1 Ter inleiding

#### ***Internaliserende en externaliserende problematiek***

Een gebruikelijk onderscheid dat gemaakt wordt bij psychische problemen onder kinderen en jongeren is dat tussen internaliserende problemen en externaliserende problemen, of in andere bewoordingen, tussen emotionele problemen en gedragsproblemen. Bij internaliserende problematiek, zoals angstig, depressief of teruggetrokken gedrag, gaat het om problemen die naar binnen gericht zijn. Vooral het kind of de jongere zelf ondervindt hier last van. Op stoornisniveau vallen stemmings- en angststoornissen onder internaliserende problemen (zie kader op p.14). Externaliserende problemen, zoals delinquent of agressief gedrag, zijn meer naar buiten gericht en meer zichtbaar. Vooral de omgeving ondervindt hier last van. Op stoornisniveau worden drie verschillende 'externaliserende' stoornissen onderscheiden die zich openbaren in de kindertijd of adolescentie: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis (zie kader op p.14).

#### ***Epidemiologisch onderzoek naar psychische problemen onder kinderen en jongeren***

Het vóórkomen van internaliserende en externaliserende problemen bij kinderen en jongeren wordt in onderzoek vaak bepaald door het afnemen van vragenlijsten. Een veelgebruikte vragenlijst is de Child Behavior Checklist (CBCL) die ingevuld wordt door ouders. Overeenkomstige vragenlijsten zijn de Teacher's Report Form (TRF) die ingevuld wordt door leerkrachten, en de Youth Self-Report (YSR) die ingevuld wordt door kinderen en jongeren van 11-18 jaar. De aanwezigheid van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren kan niet vastgesteld worden met behulp van een vragenlijst zoals de CBCL; hiervoor dient een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen te worden. Scores op bovengenoemde vragenlijsten worden gewoonlijk ingedeeld als behorend tot het normale gebied (oftewel psychisch gezond gedrag), het grensgebied of het klinisch gebied (Tick e.a., 2007; Ter Bogt e.a., 2003). Een score in het grensgebied betekent dat een jongere aanzienlijke problemen heeft op het gegeven domein; een score in het klinische gebied duidt erop dat er sprake is van ernstige problemen, waar ondersteuning of professionele zorg nodig is (Verhulst e.a., 1996). De in deze paragraaf gepresenteerde prevalenties van psychische problemen hebben betrekking op kinderen en jongeren die scoren in het grensgebied of klinisch gebied.

#### ***Nederlands onderzoek***

Er zijn in Nederland een beperkt aantal studies uitgevoerd die iets zeggen over trends in het vóórkomen van psychische problemen. In deze studies werden steekproeven van kinderen en jongeren uit verschillende jaren (1983, 1993, en 2003) met elkaar vergeleken (Tick e.a., 2007, 2008a). Er werd gebruik gemaakt van de CBCL, TRF en YSR. Opgemerkt moet worden dat de steekproef van kinderen en jongeren uit 1993 uit de algemene Nederlandse bevolking getrokken werd; in de overige jaren werd de steekproef getrokken uit de bevolking van Zuid-Holland. Subparagraaf 1.2.2 gaat in op de bevindingen van deze studies. Het HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-aged

Children), een grootschalig, vierjaarlijks onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van de schoolgaande jeugd van 11-17 jaar, geeft inzicht in de vraag of de prevalentie van psychische problemen varieert tussen subgroepen van kinderen en jongeren. Hier wordt in subparagraaf 1.2.3 op ingegaan.

Wat betreft het vóórkomen van psychische stoornissen onder jeugdigen zijn geen trendmatige cijfers voorhanden. Om inzicht te geven in de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren worden in subparagraaf 1.2.4 de bevindingen beschreven van het in 1993 uitgevoerde bevolkingsonderzoek (Verhulst e.a., 1997) en de recentelijk uitgevoerde NEMESIS-2 (the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) (De Graaf e.a., 2010).

### 1.2.2 Ontwikkelingen in het vóórkomen van internaliserende problemen

Geen toe- of afname van internaliserende problemen volgens kinderen en jongeren zelf

Op basis van zelfrapportage blijkt dat het percentage kinderen en jongeren van 11-18 jaar met internaliserende problemen zowel onder jongens als meisjes stabiel gebleven is tussen 1993 en 2003 (zie Tabel 1).

**Tabel 1 Percentage kinderen en jongeren van 11-18 jaar die volgens zichzelf in het grensgebied of klinisch gebied scoren**

	Jongens		Meisjes	
	1993	2003	1993	2003
Internaliserende problemen	21,8	19,3	17,7	19,7
Teruggetrokken	14,3	14,8	12,6	11,4
Lichamelijke klachten	10,8	9,0	12,6	15,8
Angstig/ depressief	11,0	8,7	7,8	9,3

Bron: Tick e.a., 2008a

#### ***Kleine toename van internaliserende problemen volgens ouders; niet volgens leerkrachten***

Tabel 2 laat zien dat volgens ouders het percentage kinderen en jongeren van 6-16 jaar met internaliserende problemen consistent is toegenomen tussen 1983 en 2003. Tick en anderen (2007) geven aan dat het hier om een kleine procentuele toename van gerapporteerde problemen gaat. Uitgaande van het oordeel van leerkrachten was er in de periode 1983-2003 geen toename van het relatieve aantal kinderen en jongeren van 6-12 jaar met internaliserende problemen.

**Tabel 2** Percentage kinderen en jongeren die volgens hun ouders of leerkrachten in het grensgebied of klinisch gebied scoren. Ouderrapportage heeft betrekking op 6-16 jarigen; leerkrachtrapportage heeft betrekking op 6-12 jarigen.

	Volgens ouders			Volgens leerkrachten		
	1983	1993	2003	1983	1993	2003
Internaliserende problemen	16,5	18,0	26,8 <sup>ab</sup>	20,4	18,6	23,2
Teruggetrokken	11,1	10,9	12,8	12,3	12,0	10,8
Lichamelijke klachten	9,0	10,8	16,6 <sup>ab</sup>	9,8	11,0	12,4
Angstig/ depressief	7,1	9,3 <sup>c</sup>	14,4 <sup>ab</sup>	8,0	8,5	8,3

<sup>a,c</sup> significant toename ten opzichte van 1983

<sup>b</sup> significante toename ten opzichte van 1993

Bron: Tick e.a., 2007

### 1.2.3 Ontwikkelingen in het vóórkomen van externaliserende problemen

#### *Lichte afname van externaliserende problemen volgens jongens zelf; geen toe- of afname volgens meisjes zelf*

Tabel 3 laat zien dat op basis van zelfrapportage het relatieve aantal jongens van 11-18 jaar met externaliserende problemen tussen 1993 en 2003 licht is afgenomen, terwijl dit niet het geval was onder meisjes van 11-18 jaar.

**Tabel 3** Percentage kinderen en jongeren van 11-18 jaar die volgens zichzelf in het grensgebied of klinisch gebied scoren

	Jongens		Meisjes	
	1993	2003	1993	2003
Externaliserende problemen	23,4	19,3 <sup>a</sup>	17,8	20,0
Deliquent gedrag	12,8	7,1 <sup>a</sup>	10,4	10,4
Agressief gedrag	13,0	7,7 <sup>a</sup>	8,6	7,7

<sup>a</sup> significante afname ten opzichte van 1993

Bron: Tick e.a., 2008a

#### *Geen duidelijke toe- of afname van externaliserende problemen volgens ouders en leerkrachten*

Uitgaande van zowel het oordeel van ouders als het oordeel van leerkrachten is het percentage kinderen en jongeren van 6-16 jaar met externaliserende problemen tussen 1983 en 1993 niet toegenomen, maar wel tussen 1993 en 2003 (zie Tabel 4). Deze procentuele stijging is echter erg klein (Tick e.a., 2007).

**Tabel 4** Percentage kinderen en jongeren die volgens hun ouders of leerkrachten in het grensgebied of klinisch gebied scoren. Ouderrapportage heeft betrekking op 6-16 jarigen; leerkrachtrapportage heeft betrekking op 6-12 jarigen

	Volgens ouders			Volgens leerkrachten		
	1983	1993	2003	1983	1993	2003
Externaliserende problemen	18,4	17,7	20,9 <sup>a</sup>	20,4	18,6	23,2 <sup>a</sup>
Delinquent gedrag	10,9	9,8	14,1 <sup>ab</sup>	12,3	13,3	15,9 <sup>b</sup>
Agressief gedrag	10,1	7,2 <sup>c</sup>	9,2	8,4	7,0	8,5

<sup>a</sup> significante toename ten opzichte van 1993

<sup>b</sup> significante toename ten opzichte van 1983

<sup>c</sup> significante afname ten opzichte van 1983

Bron: Tick e.a., 2007

### 1.2.4 Verschillen in prevalentie van psychische problemen tussen subgroepen

In de hierboven gerapporteerde studies is weinig aandacht besteed aan ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen bij verschillende subgroepen van kinderen en jongeren. Om toch enig inzicht te bieden in een aantal belangrijke verschillen in prevalentie van psychische problemen tussen subgroepen worden hieronder enkele resultaten beschreven van de eerste HBSC-studie uit 2002. Hierbij werd gebruik gemaakt van de YSR. In totaal hebben 1.826 scholieren uit de laatste klas van het basisonderwijs en 5.730 scholieren uit de eerste vier klassen van het voortgezet onderwijs aan het onderzoek deelgenomen.

De onderzoeksresultaten laten zien dat meisjes significant vaker last hadden van internaliserende problematiek dan jongens. Dit gold voor alle leeftijdsgroepen, maar dit verschil werd groter naarmate de scholieren ouder werden (op het basisonderwijs rapporteerde 15,9% van de jongens en 18,3% van de meisjes internaliserende problemen tegenover 15,1% en 22,3% van de 16-17-jarige jongens en meisjes) (Ter Bogt e.a., 2003).

Externaliserende problematiek nam toe met de leeftijd (15,4% van de scholieren op het basisonderwijs tegenover 18,7% van de scholieren op het voortgezet onderwijs). Hoewel jongens over het algemeen meer externaliserende problematiek rapporteerden, was het verschil uitsluitend significant op 12-13-jarige leeftijd (17,6% van de jongens tegenover 15,6% van de meisjes) (Ter Bogt e.a., 2003).

De prevalentie van psychische problematiek hing bovendien samen met opleidingsniveau. Het bleek dat MAVO-scholieren en vooral VBO-scholieren significant vaker internaliserende en externaliserende problemen hadden dan VWO-scholieren (Ter Bogt e.a., 2003).

Ten slotte, laat een recente analyse van de gegevens uit de eerste HBSC-studie zien dat scholieren van niet-Nederlandse herkomst significant vaker externaliserende problematiek rapporteerden dan autochtone scholieren, terwijl er geen sprake leek te zijn van een etnische component in het vóórkomen van internaliserende problematiek (Gieling e.a., 2010).

Het tweede HBSC-onderzoek is in 2005 uitgevoerd. Omdat gebruik is gemaakt van een andere vragenlijst, is het niet mogelijk om uitspraken te doen over trends in het vóórkomen van psychische problemen binnen de verschillende subgroepen van kinderen en jongeren.

### **1.2.5 Prevalentie van psychische stoornissen onder kinderen en jongeren**

Zoals eerder al aangegeven is er in Nederland geen onderzoek uitgevoerd naar trends in het vóórkomen van psychische stoornissen onder jeugdigen. Om toch inzicht te geven in de prevalentie van psychische stoornissen worden hieronder de resultaten beschreven van het onderzoek van Verhulst en medewerkers (1997), de enige Nederlandse bevolkingstudie die tot nu toe is uitgevoerd onder jongeren, en NEMESIS-2, een bevolkingsstudie naar de psychische gezondheid van volwassenen van 18-64 jaar (De Graaf e.a., 2010). Het onderzoek van Verhulst en medewerkers is uitgevoerd in 1993 en richtte zich op 13-18 jarigen. Er werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (Diagnostic Interview Schedule for Children; DISC) om de aanwezigheid van psychische stoornissen in de afgelopen zes maanden te bepalen. Zowel de versie voor ouders als de versie voor jongeren werd afgenomen.

Hoewel NEMESIS-2 zich richt op volwassenen, is ook het vóórkomen van gedrags- en aandachtstekortstoornissen in de kindertijd of vroege adolescentie op een retrospectieve wijze bepaald door het afnemen van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (Composite International Diagnostic Interview; CIDI 3.0) bij volwassenen van 18-44 jaar (De Graaf e.a., 2010). NEMESIS-2 werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Opgemerkt moet worden dat de prevalentiecijfers van het onderzoek van Verhulst e.a. (1997) en NEMESIS-2 niet goed met elkaar vergeleken kunnen worden vanwege de vele verschillen in onderzoeksopzet.

#### **Angststoornis**

Kinderen of jongeren hebben een angststoornis als zij, zonder concrete reden, zo angstig zijn dat hun functioneren in het dagelijks leven wordt aangetast. Veel voorkomende angststoornissen zijn de specifieke fobie, waarbij sprake is van een aanhoudende onredelijke angst, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie, en de sociale fobie, waarbij iemand angst, grote onzekerheid en verlegenheid voor alledaagse sociale interacties en gebeurtenissen heeft. Andere angststoornissen die in het psychiatrisch handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* onderscheiden worden zijn: separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis/ agorafobie. Bij kinderen en jongeren kunnen angststoornissen fysiologische (bijvoorbeeld: hoofdpijn of buikpijn), cognitieve (bijvoorbeeld: piekeren) en gedragsmatige symptomen (bijvoorbeeld: prikkelbaar of opstandig gedrag) tot gevolg hebben.

### **Stemmingsstoornis**

Wanneer er sprake is van een stemmingsstoornis, is de gemoedstoestand of emotie van een kind of jongere verstoord. De depressieve stoornis behoort volgens de DSM-IV tot de categorie stemmingsstoornissen. Een depressie wordt gekenmerkt door een aantal stemmingsklachten: rusteloosheid, een verminderd gevoel van eigenwaarde en concentratieproblemen, in combinatie met een langere periode van geen interesse of plezier in gewone dagelijkse activiteiten en of van langdurige neerslachtige gevoelens. De depressieve stoornis wordt onderscheiden van andere stemmingsstoornissen, zoals de dysthyme stoornis en de bipolaire stoornis. Bij de dysthyme stoornis gaat het om een minder intensief, maar langduriger klachtenpatroon dan de depressieve stoornis. Bij een bipolaire stoornis worden depressieve en manische episoden afgewisseld.

### **Gedragstoornis**

Er is sprake van een gedragstoornis wanneer een kind of jongere minstens zes maanden lang aanhoudend negatief, opstandig, vijandig of agressief gedrag vertoont en daardoor niet normaal kan functioneren. Er worden bij kinderen en jongeren twee soorten gedragstoornissen onderscheiden: de oppositioneel-opstandige gedragstoornis en de antisociale gedragstoornis (DSM-IV-text revision). Bij een oppositioneel-opstandige gedragstoornis gedraagt een kind zich negatief, vijandig en openlijk ongehoorzaam. Dat gedrag houdt minstens zes maanden aan en zorgt ervoor dat het kind niet normaal sociaal kan functioneren. Deze stoornis wordt wel gezien als een mildere variant van de antisociale gedragstoornis.

Van een antisociale gedragstoornis is sprake als een kind aanhoudend gedrag vertoont waarmee de rechten van anderen of sociale regels worden geschonden. Dit gedrag zorgt voor aanzienlijke beperkingen in het sociaal functioneren.

### **Attention deficit hyperactivity disorder**

*Attention deficit hyperactivity disorder* of ADHD wordt in het Nederlands ook wel 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit' genoemd. Symptomen die bij ADHD horen zijn aandachtstekort, overbeweeglijkheid en impulsiviteit.

Er worden drie subtypes onderscheiden (DSM-IV-text revision):

1. Overwegend aandachtsproblemen (ook wel aandachtstekortstoornis of attention deficit disorder genoemd): er is vooral sprake van een ernstig en aanhoudend aandachtstekort.
2. Overwegend impulsiviteit en hyperactiviteit: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit.
3. Gecombineerde type. Er is zowel sprake van een ernstig en aanhoudend tekort aan aandacht als van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit. Dit is de meest voorkomende vorm van ADHD.

*Bron: Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl))*



### **Angst- en stemmingsstoornissen**

Uit het onderzoek van Verhulst en medewerkers (1997) blijkt dat afgaande op de interviews met jongeren zelf ongeveer 1 op de 10 van de 13-18 jarigen een angststoornis had in de afgelopen zes maanden (zie Tabel 5). Volgens de interviews met ouders lag de prevalentie van angststoornissen onder jongeren een opvallend stuk hoger. De meest voorkomende angststoornissen waren de specifieke fobie en de sociale fobie. Ook de prevalenties van deze specifieke angststoornissen verschilden aanzienlijk afhankelijk van of uitgegaan werd van de kinderinterviews of de ouderinterviews. Specifieke fobieën (volgens de ouderinterviews) en sociale fobieën (volgens de kinderinterviews) kwamen vaker voor bij meisjes dan bij jongens.

Interviews met jongeren zelf gaven aan dat circa 1 op de 20 van de 13-18 jarigen een stemmingsstoornis in het afgelopen half jaar heeft gehad; volgens de interviews met de ouders lag de halfjaars prevalentie lager (zie Tabel 5). Afgaande op zowel de kinderinterviews als de ouderinterviews was de depressieve stoornis de meest voorkomende stemmingsstoornis onder 13-18-jarigen.

**Tabel 5** Halfjaars prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen bij jongeren van 13-18 jaar, in percentage

	Volgens ouders	Volgens jongeren zelf
Enigerlei angststoornis	16,5	10,5
Specifieke fobie	9,2	4,5
Sociale fobie	6,3	3,7
Enigerlei stemmingsstoornis	3,1	4,6
Depressieve stoornis	1,3	2,8
Dysthymie	1,2	1,5

Bron: Verhulst e.a., 1997

Er bleek opvallend weinig overeenstemming te zijn tussen het oordeel van jongeren zelf en het oordeel van hun ouders over de aanwezigheid van een angst- of stemmingstoornis. Wanneer de prevalentie van bijvoorbeeld enige angststoornis gebaseerd werd op het kinderinterview én het ouderinterview (i.p.v. één van de versies afzonderlijk) werd een prevalentie van slechts 1,9% gevonden.

### **Aandachtstekort- en gedragsstoornissen**

*Onderzoek van Verhulst en medewerkers (1997)*

Tabel 6 toont het vóórkomen van aandachtstekort- en gedragsstoornissen in het afgelopen half jaar onder jongeren van 13-18 jaar. Evenals het geval was bij angst- en stemmingsstoornissen, bleek er een geringe mate van overeenstemming tussen het oordeel van jongeren zelf en het oordeel van hun ouders over de aanwezigheid van een

aandachtstekort- of gedragsstoornis. Bij jongens was vaker dan bij meisjes sprake van een aandachtstekort- of gedragsstoornis; er werd met name een hogere prevalentie van antisociale gedragsstoornis onder jongens gevonden (zowel volgens de kinderinterviews als de ouderinterviews).

**Tabel 6** Halfjaars prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen bij jongeren van 13-18 jaar, in percentage

	Volgens ouders	Volgens jongeren zelf
Enigerlei gedrags- of aandachtstekortstoornis	2,5	6,7
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	1,8	1,3
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	0,6	0,7
Antisociale gedragsstoornis	1,2	5,6

Bron: Verhulst e.a., 1997

Opgemerkt dient te worden dat de door Verhulst en medewerkers gevonden prevalentie van de oppositieel-opstandige gedragsstoornis (ODD) aanmerkelijk lager is dan op grond van internationaal onderzoek mag worden verwacht. Dit kan mogelijk worden verklaard door de leeftijd van de jeugdigen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Vanuit een ontwikkelingsperspectief is bij nogal wat kinderen eerst (voor het 7<sup>e</sup> levensjaar) sprake van ODD waarna zij, bij een ongunstige ontwikkeling, vervolgens (tussen 8 en 10 jaar) voldoen aan de criteria van antisociale gedragsstoornis. Daarnaast zijn er ook jonge kinderen met ODD bij wie de stoornis verdwijnt (Gunning & Verhulst, 2004). Amerikaans onderzoek biedt een indicatie van de prevalentie van gedragsstoornissen bij kinderen in de basisschoolleeftijd en over de hele jeugdfase. Onderzoek van Costello en anderen (2003) bij kinderen van 9-13 jaar liet een prevalentie zien van 1,9% tot 2,7% voor ODD en 2,7% tot 3,3% voor de antisociale gedragsstoornis. Over de gehele jeugdperiode variëren de Amerikaanse cijfers tussen de 1,5% en 16% voor ODD en tussen 1% en ruim 10% voor de antisociale gedragsstoornis (American Psychiatric Association, 2000; Lahey, 1999).

#### NEMESIS-2

Op basis van NEMESIS-2 cijfers had 9,2% van de volwassenen van 18-44 jaar enige aandachtstekort- of gedragsstoornis in de kindertijd of vroege adolescentie (De Graaf e.a., 2010). Een aandachtstekort- of gedragsstoornis tijdens de jeugd kwam ongeveer twee keer zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Antisociale gedragsstoornis was de meest voorkomende stoornis (5,6%), gevolgd door ADHD (2,9%) en ODD (2,6%). Interessant is ook de bevinding dat bij bijna driekwart (72,4%) van de volwassenen met ADHD in de kindertijd of vroege adolescentie de stoornis ook nog aanwezig was in de volwassenheid. Dit geeft het persisterende karakter van ADHD tot in de volwassenheid aan.

### 1.2.6 Samenvatting

In deze paragraaf is ingegaan op Nederlands onderzoek naar de ontwikkeling in het vóórkomen van psychische problemen bij kinderen en jongeren. De belangrijkste bevindingen zijn dat:

- *Er zijn weinig gegevens beschikbaar over de ontwikkeling in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren*  
Er zijn slechts enkele studies uitgevoerd naar trends in psychische problematiek onder kinderen en jongeren. Daarbij hebben de meest recente cijfers betrekking op 2003. Wat betreft psychische stoornissen onder kinderen en jongeren zijn in het geheel geen trendmatige cijfers voorhanden. Het enige bevolkingsonderzoek onder jongeren is meer dan 15 jaar geleden uitgevoerd (Verhulst e.a., 1997).
- *Er is weinig bekend over trends in psychische problematiek bij kwetsbare groepen*  
De beschikbare studies naar trends in psychische problematiek onder kinderen en jongeren besteden weinig aandacht aan mogelijke verschillen tussen bepaalde subgroepen. Slechts één studie rapporteert gegevens voor jongens en meisjes apart. Er zijn geen gegevens beschikbaar over trends in psychische problematiek onder kwetsbare groepen, zoals kinderen en jongeren met een lager opleidingsniveau of een migratieachtergrond.
- *Bevindingen verschillen soms per informant*  
Afgaand op het oordeel van ouders is er tussen 1993 en 2003 sprake van een toename van internaliserende problemen onder kinderen en jongeren in de schoolleeftijd, terwijl dit volgens kinderen en jongeren zelf of hun leerkrachten niet het geval is. Ook wat betreft het aanwezig zijn van een psychische stoornis is er weinig overeenstemming tussen het oordeel van jongeren zelf en het oordeel van hun ouders. Deze verschillen tussen informanten hebben onder meer te maken met verschillen in de perceptie van de problemen en verschillen in het gedrag van het kind en de jongere in verschillende omgevingen (Verhulst e.a., 1997).
- *Aanwijzing voor een toename van hulpbehoefte onder kinderen en jongeren*  
De aanwezigheid van psychische problemen bij een kind of jongere zoals vastgesteld met een vragenlijst geeft een indicatie voor een mogelijke behoefte aan psychische hulp (Verhulst & Van der Ende, 1997; Zwaanswijk e.a., 2003). Tussen 1983 en 2003 is het percentage kinderen en jongeren in de schoolleeftijd met internaliserende problemen volgens ouders licht toegenomen; dit kan er mogelijk op wijzen dat de hulpbehoefte vanwege psychische problemen onder kinderen en jongeren toegenomen is in deze periode.

## 1.3 Ontwikkelingen in de toegang tot de jeugd-GGZ

In deze paragraaf wordt ingegaan op de toegang tot de jeugd-GGZ. Voor zover gegevens voorhanden zijn wordt ingegaan op ontwikkelingen op dit gebied. Allereerst wordt besproken dat maar een minderheid van de kinderen en jongeren met psychische problemen contact heeft met tweedelijns GGZ-voorzieningen (subparagraaf 1.3.1). Vervolgens worden verschillende 'filters' op de weg naar de gespecialiseerde zorg voor psychische problemen toegelicht (subparagraaf 1.3.2). Inzicht in deze filters kan bruikbaar zijn om aangrijpingspunten te vinden om de toegang tot de jeugd-GGZ te verbeteren. Een specifiek filter dat uitgebreider besproken zal worden is de beperkte toeleiding naar de jeugd-GGZ via Bureau Jeugdzorg (BJZ) (subparagraaf 1.3.3). Dit omdat met de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (WJz) per 1 januari 2005 juist beoogd werd dat BJZ de centrale toegangspoort tot de jeugd-GGZ zou gaan vormen. Ten slotte, wordt in subparagraaf 1.3.4 ingegaan op de ondervertegenwoordiging van kinderen en jongeren van niet-Nederlandse herkomst in de jeugd-GGZ. Dit geeft aan dat filters op de weg naar de jeugd-GGZ voor (bepaalde) etnische groepen minder makkelijk 'passeerbaar' zijn dan voor jeugdigen van Nederlandse herkomst.

### 1.3.1 Veel kinderen en jongeren met psychische problemen komen niet bij de jeugd-GGZ terecht

Er bestaat een 'kloof' tussen het aantal kinderen en jongeren met psychische problemen en het aantal dat hiervoor hulp ontvangt in de jeugd-GGZ. Dit blijkt uit verschillende studies. Het al eerder genoemde bevolkingsonderzoek uit 1993 laat zien dat van de kinderen en jongeren van 4-18 jaar met oudergerapporteerde internaliserende of externaliserende problemen slechts 14% gebruik maakte van eerstelijnspsychologische zorg of de jeugd-GGZ (Verhulst & Van der Ende, 1997). Wanneer gekeken werd naar de kinderen en jongeren van 11-18 jaar met zelfgerapporteerde internaliserende of externaliserende problemen dan was het percentage dat geholpen werd door een eerstelijnspsycholoog of een hulpverlener in de jeugd-GGZ nog lager, namelijk 7,7% (Zwaanswijk e.a., 2003). Opgemerkt moet worden dat in dit onderzoek de aanwezigheid van psychische problemen gebaseerd is op vragenlijsten. Een deel van de kinderen en jongeren zal een score in het grensgebied hebben, wat wijst op aanzienlijke problemen, maar voor wie gespecialiseerde zorg niet nodig hoeft te zijn. Echter, ander onderzoek wijst erop dat een substantieel deel van de kinderen en jongeren die in het dagelijks leven beperkingen ondervinden vanwege hun psychische problemen en voor wie jeugd-GGZ wenselijk lijkt, geen hulp ontvangt. Op basis van gegevens van de Psychiatrische Casusregisters werd gevonden dat in de jaren 2001 en 2002 2,5% van de kinderen en jongeren gebruik maakte van de jeugd-GGZ in de regio's Noord-Nederland, Maastricht en Rijnmond, terwijl naar schatting 7% van hen hieraan behoefte had gezien hun ervaren beperkingen (Sytma e.a., 2006).

### ***Is de jeugd-GGZ toegankelijker geworden?***

Het is onduidelijk of sinds het bovengenoemde onderzoek de 'kloof' tussen het aantal kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen en het aantal dat hiervoor hulp ontvangt in de jeugd-GGZ kleiner is geworden. Onderzoek hiernaar is nauwelijks verricht. Een bevolkingsstudie toonde aan dat het percentage kinderen en jongeren van 6-18 jaar met psychische problemen (gebaseerd op vragenlijsten) dat hiervoor eerstelijnspsychologische zorg of jeugd-GGZ ontving gelijk gebleven is tussen 1993 (16,5%) en 2003 (16,1%) (Tick e.a., 2008b). Aangezien in dit onderzoek eerstelijnspsychologische zorg ook meegenomen is, is het niet duidelijk of het behandelpercentage ook specifiek voor de jeugd-GGZ gelijk gebleven is.

In hetzelfde onderzoek werd ook gekeken naar het zorggebruik op bevolkingsniveau. Gevonden werd dat het percentage kinderen en jongeren van 6-18 jaar dat een beroep deed op eerstelijnspsychologische zorg of de jeugd-GGZ wel is toegenomen, van 3,5% in 1993 naar 5,9% in 2003 (Tick e.a., 2008b). Daarnaast laten gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland, tussen 2003 en 2007 een duidelijke toename zien van het aantal cliënten dat in behandeling was in de jeugd-GGZ (zie ook subparagraaf 1.4.2). Tezamen genomen, kunnen deze bevindingen er op wijzen dat de jeugd-GGZ de afgelopen jaren toegankelijker geworden is voor kinderen en jongeren met relatief 'lichte' psychische problematiek. Echter, dit is niet de enige mogelijke verklaring. De eerder beschreven stijging van het aantal kinderen en jongeren dat volgens hun ouders internaliserende problemen heeft kan bijvoorbeeld ook deels verklaren waarom een toenemend aantal kinderen en jongeren in aanraking komt met de jeugd-GGZ. In subparagraaf 1.4.1 wordt nader ingegaan op verklaringen voor het toegenomen zorggebruik vanwege psychische problemen.

### **1.3.2 Filters op de weg naar de jeugd-GGZ**

Het bestaan van verschillende 'filters' op de weg naar de jeugd-GGZ verklaart waarom slechts een minderheid van de kinderen en jongeren met psychische problemen hiervoor hulp in de tweedelijns GGZ ontvangt (Zwaanswijk, 2005; Sytéma e.a., 2006). De volgende filters kunnen achtereenvolgens onderscheiden worden:

#### ***Het niet ervaren van hulpbehoefte***

Het blijkt dat veel kinderen en jongeren met psychische problemen hiervoor volgens hun ouders geen hulp nodig hebben. Zo is geconstateerd dat bij tweederde (67%) van de kinderen van 4-11 jaar met internaliserende of externaliserende problematiek ouders het niet nodig achtten om hulp te gaan zoeken (Zwaanswijk e.a., 2005a). Daarnaast ervaren veel jongeren met psychische problemen zelf geen hulpbehoefte. Met name internaliserende problematiek hangt samen met het niet voelen van de noodzaak tot het zoeken van hulp. Een studie vond bijvoorbeeld dat ruim 80% van de jongeren van 12-17 jaar met internaliserende problemen geen hulpbehoefte had (Zwaanswijk, 2005a). Deze bevindingen geven aan dat een deel van de ouders en jongeren aanwezige psychische problemen mogelijk niet als dusdanig belastend ervaren dat zij professionele hulp gaan zoeken.

### ***Het zoeken van hulp bij informele hulpverleners***

Ouders zoeken vaker hulp voor hun kinderen bij informele hulpverleners, zoals leerkrachten, familie en vrienden, dan bij huisartsen of hulpverleners in de jeugd-GGZ (Zwaanswijk e.a., 2006). Een vergelijkbaar patroon van hulpzoekgedrag is ook te zien bij adolescenten met psychische problemen. Leerkrachten en aan school verbonden hulpverleners (schoolartsen, schoolpsychologen of medewerkers van schoolbegeleidingsdiensten) spelen vooral een belangrijke rol in het bieden van hulp aan kinderen in de basisschoolleeftijd. Hun rol is kleiner in het hulpzoekproces van adolescenten (Zwaanswijk, 2005).

### ***Matige herkenning van psychische problemen bij jeugdigen door huisartsen***

Ook na de invoering van de WJz is de huisarts de belangrijkste verwijzer naar de jeugd-GGZ gebleven (zie ook subparagraaf 1.3.3): ongeveer 40% van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ vindt plaats via de huisarts (GGZ Nederland, 2009a). Ondanks het feit dat de meeste kinderen en jongeren met psychische problemen in het afgelopen jaar contact hebben gehad met de huisarts, wordt slechts bij een gering aantal een psychische of sociale diagnose gesteld door de huisarts (Zwaanswijk e.a., 2005b). Zo kregen minder dan een kwart (23%) van de adolescenten met zelfgerapporteerde psychische problemen een dergelijke diagnose van de huisarts (Zwaanswijk e.a., 2005b). Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de geringe herkenning door huisartsen van psychische problematiek bij jeugdigen (Zwaanswijk e.a., 2006). Zoals hierboven al aangegeven zal een deel van hen zelf of hun ouders geen hulpbehoefte ervaren. Ook kunnen ouders terughoudend zijn in het expliciet naar voren brengen van hun zorgen over de psychische problemen tijdens een consult met de huisarts. Daarnaast kunnen huisartsgebonden factoren een rol spelen bij de geringe herkenning van psychische problemen bij kinderen en jongeren, zoals de beperkte tijd die per consult beschikbaar is, het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden, of het terughoudend zijn in het stellen van een psychische of sociale diagnose uit angst voor stigmatisering of vanwege lange wachttijden bij de jeugd-GGZ.

### ***De poortwachterfunctie naar de jeugd-GGZ functioneert in beperkte mate***

Zowel voor als na de invoering van de WJz in 2005 is er geen sprake van een duidelijke poortwachter voor de jeugd-GGZ. Voor de invoering van de WJz fungeerde de huisarts formeel als poortwachter. Onderzoek uit die tijd geeft echter aan dat deze poortwachterfunctie van de huisarts in de praktijk beperkt was. Gevonden werd dat een deel van de kinderen en jongeren met psychische problemen bij de jeugd-GGZ terecht kwam zonder de huisarts geconsulteerd te hebben (Zwaanswijk, 2005). En er is, zoals hierboven al aangegeven, sprake van een matige herkenning van psychische problemen bij jeugdigen door huisartsen. De invoering van de WJz beoogde Bureau Jeugdzorg (BJZ) te laten fungeren als poortwachter voor alle gespecialiseerde vormen van jeugdzorg, waaronder de jeugd-GGZ. Het blijkt dat dit niet gelukt is: de BJZ speelt slechts een beperkte rol in de toeleiding naar de jeugd-GGZ. Hieronder zal in paragraaf 1.3.3 uitgebreider ingegaan worden op dit gegeven.

### **Wachttijden en wachtlijsten binnen de jeugd-GGZ**

Een laatste obstakel voor het verkrijgen van hulpverlening in de jeugd-GGZ is het bestaan van wachttijden en wachtlijsten.

Gegevens van de lidinstellingen van GGZ Nederland geven zicht op hoe de wachttijden en wachtlijsten zich de afgelopen jaren ontwikkeld hebben (GGZ Nederland, 2007a, 2008a, 2009b, 2010). Opgemerkt dient te worden dat gegevens over 'wachtenden' bij instellingen voor forensische psychiatrie en bij vrijevestigde hulpverleners niet zijn meegenomen. Er worden drie wachtfasen onderscheiden:

- de aanmeldingswachtfase: de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener;
- de beoordelingswachtfase: de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld; en
- de behandelingswachtfase: de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact.

Tabel 7 laat zien dat in iedere fase een substantieel deel van de jeugdige cliënten (0-17 jaar) langer moest wachten dan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zelf maximaal aanvaardbaar vinden, de zogenaamde Treeknormen.<sup>3</sup> Wel is in 2009 een verbetering te zien ten opzichte van 2008. In de beoordelings- en de behandelingswachtfase is het percentage jeugdige cliënten dat langer moest wachten dan aanvaardbaar geacht wordt enigszins gedaald. In de komende jaren zal blijken of deze positieve trend zich verder doorzet.

**Tabel 7 Gemiddelde wachttijden (in weken) voor jeugdige cliënten (0-17 jaar) en het percentage dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven in de periode 2004-2009**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Wachtfase</b>						
Aanmelding	6 (48%)	6 (47%)	5 (46%)	6 (51%)	6 (51%)	6 (49%)
Beoordeling	7 (46%)	8 (50%)	7 (43%)	6 (41%)	7 (44%)	6 (40%)
Behandeling	6 (30%)	6 (29%)	6 (29%)	7 (32%)	7 (32%)	6 (28%)

Bron: GGZ Nederland, 2007a, 2008a, 2009b, 2010

Tabel 8 geeft per wachtfase het aantal jeugdige cliënten weer dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven op de peildata 1 januari 2008, 2009 en 2010. Terwijl tussen begin 2008 en begin 2009 het totaal aantal jeugdige cliënten dat langer moest wachten dan aanvaardbaar geacht wordt nog steeg, is per begin 2010 een verbetering te zien. Het totaal aantal 'lang-wachtenden' is begin 2010 met 10% afgenomen ten opzichte van begin 2009. Of deze positieve trend zich verder doorzet zal de komende jaren duidelijk worden.

3 Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden 'treeknormen' genoemd. Het betreffen de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden in de GGZ: aanmeldingsfase (Treeknorm = 4 weken), beoordelingsfase (Treeknorm = 4 weken) en behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken, afhankelijk van het type behandeling).

**Tabel 8 Aantal jeugdige cliënten (0-17 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven in de periode 2008-2010 (peildatum 1 januari)**

	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
<b>Wachtfase</b>			
Aanmelding	4.900	4.700	4.500
Beoordeling	3.500	4.800	4.100
Behandeling	1.800	1.700	1.500
Totaal	10.200	11.200	10.100

Bron: GGZ Nederland, 2007a, 2008a, 2009b, 2010

### 1.3.3 De beperkte rol van Bureau Jeugdzorg in de toeleiding naar de jeugd-GGZ

Sinds de invoering van de WJz zou BJZ in principe de centrale toegangspoort tot de jeugd-GGZ moeten vormen (zie kader). Alleen in het geval van een redelijk vermoeden van een ernstige psychische stoornis kan de huisarts (of een daarmee gelijkgestelde arts of behandelaar) rechtstreeks verwijzen naar de jeugd-GGZ. Het blijkt dat registratiegegevens van de BJZ's geen goed zicht bieden op hun rol in de toeleiding naar de jeugd-GGZ sinds de inwerkingtreding van de WJz. Andere bronnen geven echter duidelijk aan dat BJZ in de praktijk nog steeds een beperkte rol speelt in de toeleiding naar de jeugd-GGZ. Hieronder wordt nader ingegaan op deze twee constatering.

Op 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg (WJz) ingevoerd. Op basis van deze wet is Bureau Jeugdzorg (BJZ) de toegangspoort tot de gespecialiseerde jeugdzorg, waaronder de jeugd-GGZ. Het oogmerk van de wetgever is dat alle kinderen en jongeren die zorg behoeven van de tweedelijns jeugdzorg via de BJZ's worden toegeleid. Naast de toegangsfunctie en indicatiestelling zijn de (gezins)voogdij, de jeugdreclassering en de advies- en meldpunten kindermishandeling belangrijke onderdelen van het Bureau Jeugdzorg. In Nederland zijn er in totaal 15 Bureaus Jeugdzorg: in elk van de 12 provincies en in de 3 grootstedelijke regio's.

De route van BJZ naar de jeugd-GGZ kan worden ingedeeld in volgende fasen:

1. Aanmelding bij BJZ
2. Indicatiebesluiten binnen BJZ (inclusief zorgaanpakken)
3. Aanmelding bij jeugd-GGZ

Bij de samenwerking tussen BJZ en de jeugd-GGZ is het indicatiebesluit een kerndocument. Het vat samen wat er aan de hand is, motiveert de keuze voor jeugdzorg en stuurt de uitvoering van de hulp door de zorgaanbieder (onder andere jeugd-GGZ) aan. Op basis van het diagnostische beeld en de wensen en verwachtingen



van de cliënt stelt BJZ in het kader van de indicatiestelling vast welke zorg nodig is. Dit wordt vastgelegd in een indicatiebesluit dat voldoet aan de eisen die de WJz hieraan stelt. Indicatiebesluiten kunnen in het vrijwillige kader zijn, maar ook in het gedwongen kader. In het laatste geval gaat het om rechtelijke maatregelen.

In het indicatiebesluit wordt ook de zogenaamde zorgaanspraak vastgelegd. De zorgaanspraak is de zorg die aan de jongere toegewezen wordt. Op grond van het indicatiebesluit kan een cliënt aanspraak maken op de zorg die daarin is benoemd.

### ***Cliëntgegevens van BJZ geven weinig zicht op de toeleiding naar jeugd-GGZ***

Het blijkt dat op basis van geregistreerde cliëntgegevens van BJZ's niet goed aan te geven is hoe de toeleiding van cliënten naar de jeugd-GGZ zich sinds de invoering van de WJz in 2005 op landelijk niveau ontwikkeld heeft. Er zijn alleen algemene gegevens beschikbaar over aanmeldingen, indicatiebesluiten en doorlooptijden tussen aanmeldingen en indicatiebesluiten. Enkel wat betreft zorgaanpakken zijn er specifieke cijfers beschikbaar voor de jeugd-GGZ, en dan alleen voor de jaren 2007 en 2008. Daarbij hebben beschikbare bronnen betrekking op verschillende tijdsperiodes, en rapporteren zij uiteenlopende cijfers voor overlappende peiljaren. Wanneer uitgegaan wordt van de gegevens uit de Brancherapporten van de van MOgroep Jeugdzorg zijn de volgende ontwikkelingen waar te nemen:

- ***Het aantal aanmeldingen bij BJZ stijgt vanaf 2005***

Vanaf 2005, het jaar waarin de WJz is ingevoerd, stijgt het aantal aanmeldingen bij BJZ, met de sterkste stijging tussen 2005 en 2006 (zie Tabel 9). Niet alle aanmeldingen worden geaccepteerd, omdat niet altijd geïndiceerde zorg of jeugdbescherming nodig is. BJZ verwijst dan terug naar de voorliggende voorzieningen.<sup>4</sup> Te zien is dat het aantal geaccepteerde aanmeldingen zowel in absolute (vanaf 2007) als relatieve zin (vanaf 2006) daalt, terwijl, zoals aangegeven, het totaal aantal aanmeldingen toeneemt vanaf 2005. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat het voorliggend veld verbeterd is, waardoor BJZ's kritischer kunnen zijn in de acceptatie (MOgroep Jeugdzorg, 2009). Doordat bovengenoemde gegevens betrekking hebben op de jeugdzorg als geheel is niet duidelijk in welke mate deze ontwikkelingen betrekking hebben op de groep kinderen en jongeren met psychische problemen.

---

4 Voorliggende voorzieningen zijn bijvoorbeeld organisaties die opereren in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid (WCPV) in het preventief jeugd welzijn.

**Tabel 9 Aanmeldingen bij Bureau Jeugdzorg in de periode 2004-2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal aanmeldingen	51.904	58.768	73.795	83.737	88.177
Aantal geaccepteerde aanmeldingen	-	-	49.905	55.153	53.740
% geaccepteerde aanmeldingen	-	-	67,6%	65,9%	60,9%

Bron: MOgroep Jeugdzorg, 2008, 2009

- Tussen 2007 en 2008 daalt het aantal eerste indicatiebesluiten in het vrijwillig kader, terwijl het aantal zorgaanpakken voor de jeugd-GGZ stijgt

Het aantal eerste indicatiebesluiten in het vrijwillig kader bleef tussen 2006 en 2007 redelijk stabiel, om vervolgens tussen 2007 en 2008 af te nemen met bijna 15% (zie Tabel 10).

**Tabel 10 Indicatiebesluiten van BJZ 2004 – 2008**

	2006	2007	2008
Indicatiebesluiten vrijwillig kader	-	-	75.454
Eerste indicatiebesluiten vrijwillig kader	36.476	36.855	31.351
Indicatiebesluiten gedwongen kader	-	-	31.526
Indicatiebesluiten totaal	-	-	106.980

Bron: MOgroep Jeugdzorg, 2008, 2009

Wat betreft zorgaanpakken<sup>5</sup> zijn wel gegevens specifiek voor de jeugd-GGZ beschikbaar. Dit betreft alleen de jaren 2007 en 2008. Tabel 11 laat zien dat het aantal aanspraken voor de jeugd-GGZ met ruim 10% gestegen is in deze jaren. Dit geeft aan dat BJZ in 2008 vaker indicaties is gaan afgeven voor de jeugd-GGZ in vergelijking met 2007. Het is onduidelijk of dit een voortzetting is van een ontwikkeling die in eerdere jaren begonnen is. Het totaal aantal aanspraken op de jeugdzorg (zowel die in het vrijwillig als in het gedwongen kader) is tussen 2007 en 2008 ongeveer in gelijke mate gestegen als het aantal aanspraken voor de jeugd-GGZ. Het relatieve aandeel zorgaanpakken voor de jeugd-GGZ is bijgevolg gelijk gebleven: zowel in 2007 als in 2008 had ongeveer 4 op de 10 van de zorgaanpakken betrekking op de jeugd-GGZ. Het gegeven dat het aantal eerste indicatiebesluiten in het vrijwillig kader afneemt, terwijl het totaal aantal zorgaanpakken juist toeneemt, wijst er volgens de MOgroep op dat er een mogelijke verschuiving plaatsvindt van jeugdzorg in het vrijwillig kader naar jeugdzorg in het gedwongen kader (MOgroep Jeugdzorg, 2008).

5 De zorgaanpak is de zorg die aan de jongere toegewezen wordt en die in het indicatiebesluit wordt vastgelegd.

**Tabel 11 Zorgaanspraken BJZ 2007-2008**

	2007	2008
Zorgaanspraken totaal	147.458	160.075
Zorgaanspraken jeugd-GGZ	58.299	64.391 <sup>a</sup>
% zorgaanspraken jeugd-GGZ	39,5%	40,2%

<sup>a</sup> De aanspraken AWBZ en Zvw zijn in 2008 bij elkaar opgeteld; in 2007 bestond dit onderscheid nog niet.

Bron: MOgroep Jeugdzorg, 2009

- *Tussen 2006 en 2008 zijn de doorlooptijden voor eerste indicatiebesluiten in het vrijwillig kader vermindert*

Het is een positieve ontwikkeling dat BJZ tussen 2006 en 2008 steeds minder tijd nodig had om een eerste indicatiebesluit in het vrijwillige kader vast te stellen (zie Tabel 12). Het is echter onduidelijk in hoeverre deze algemene ontwikkelingen ook geldig zijn voor de indicaties die waren afgegeven voor de jeugd-GGZ.

**Tabel 12 Gemiddelde doorlooptijd (in weken) tussen aanmelding en eerste indicatiebesluiten in het vrijwillig kader (2006-2008)**

	2006	2007	% verschil 2006-2007	2008	% verschil 2007-2008
1 <sup>e</sup> kwartaal	17,8	15,7	-12%	12,7	-19%
2 <sup>e</sup> kwartaal	20,3	16,7	-18%	12,3	-26%
3 <sup>e</sup> kwartaal	21,9	16,5	-25%	13,1	-20%
4 <sup>e</sup> kwartaal	22,7	13,4	-41%	11,7	-13%

Bron: MOgroep Jeugdzorg, 2009

### **Andere bronnen wijzen op de beperkte rol van BJZ in de toeleiding naar de jeugd-GGZ**

Hoewel op basis van cliëntgegevens van BJZ's weinig zicht te verkrijgen is op de ontwikkeling in de toeleiding via BJZ naar de jeugd-GGZ, geven andere gegevens duidelijk aan dat BJZ een beperkte rol speelt als verwijzer naar de jeugd-GGZ:

- *Onderzoek van IGZ/IJZ naar de samenwerking tussen BJZ en de jeugd-GGZ*  
Eind 2005 is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie jeugdzorg (IJZ) een onderzoek uitgevoerd naar de samenwerking tussen BJZ's en instellingen voor jeugd-GGZ in vijftien regio's (elke provincie en grote stadsregio) (IGZ/IJ, 2006). In het onderzoek werd de samenwerking getypeerd aan de hand van vier samenwerkingsvormen. In de meeste regio's (8 regio's; 53%) was er sprake van zogenaamde 'vreedzame co-existentie'. Deze samenwerkingsvorm kenmerkt zich onder meer door een gering aantal indicatiebesluiten dat door BJZ afgegeven wordt voor de jeugd-GGZ en een hoge 'zij-instroom' in de jeugd-GGZ. Met dit laatste wordt bedoeld dat 40% tot 80% van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ rechtstreekse verwijzingen van (huis)artsen en andere hulpverleners betreffen. In twee

regio's (13%) was er sprake van nog minder samenwerking, oftewel 'gescheiden werelden': de 'zij-instroom' in de jeugd-GGZ was hoger dan 80%. In vier regio's (27%) was er sprake van een 'geregisseerd aanbod', wat zich onder andere kenmerkt door een toenemend aantal indicatiebesluiten voor de jeugd-GGZ en een lagere 'zij-instroom' (10-40%). Slechts in één regio (7%) was er sprake van een 'geïntegreerde dienstverlening', waarbij de wijze van indicatiestelling onderling goed afgestemd is, doorloop- en wachttijden relatief kort zijn, en de 'zij-instroom' beperkt is (<10%). In het onderzoek is ook een vergelijking gemaakt met de situatie in 2002 (gebaseerd op resultaten van een onderzoek uitgevoerd door het NIZW; Konijn e.a., 2002), dus voor de invoering van WJz (zie Tabel 13). Het blijkt dat in 2005 ten opzichte van 2002 het aandeel samenwerkingsverbanden die getypeerd kunnen worden als 'geregisseerd aanbod' of 'geïntegreerde dienstverlening' niet is toegenomen.

**Tabel 13 Samenwerkingsvormen tussen BJZ en jeugd-GGZ in 2002 en 2005, procentuele verdeling**

Samenwerkingsvorm	2002 (in %) <sup>a</sup>	2005 (in %) <sup>b</sup>
A. Gescheiden werelden	43	13
B. Vreedzame co-existentie	24	53
C. Geregisseerd aanbod	24	27
D. Geïntegreerde dienstverlening	10	7

<sup>a</sup> Onderzoek NIZW; <sup>b</sup> onderzoek IGZ/IJZ

De conclusie van het onderzoek van de IGZ/IJZ was dat een adequate en snelle toeleiding via BJZ naar de jeugd-GGZ, het oogmerk van de WJz, geen gemeengoed is (IGZ/IJZ, 2006). Ondanks de WJz vindt nog steeds een aanzienlijk deel van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ plaats via (huis)artsen en andere hulpverleners, en niet via BJZ.

- *Registratiegegevens van GGZ zorgaanbieders*

De bevindingen van IGZ/IJZ worden gestaafd door de gegevens uit het Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland.<sup>6</sup> Deze gegevens geven namelijk aan dat het percentage cliënten dat via de Jeugdzorg (veelal Bureau Jeugdzorg) verwezen is naar de jeugd-GGZ sinds de invoering van de WJz niet sterk is toegenomen. In 2005 werd 18% van de cliënten verwezen via de Jeugdzorg; in 2007 was dit 20% (zie Tabel 14). De huisarts is de belangrijkste verwijzer naar de jeugd-GGZ gebleven; in de periode 2005-2007 werd circa 40% van de cliënten door de huisarts verwezen.

6 In Zorgis worden gegevens geregistreerd van GGZ-zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland. Zie ook subparagraaf 1.4.2.

**Tabel 14 Verwijzers naar de jeugd-GGZ in de periode 2005-2007, procentuele verdeling**

Soort verwijzer	2005	2006	2007
Huisarts	40	39	43
Jeugdzorg	18	20	20
Andere GGZ-instelling	14	15	12
Eigen initiatief/directe omgeving	12	10	9
Ziekenhuis/verpleeghuis	10	10	9
Maatschappelijke opvang/politie	5	5	5
Vrijgevestigden	1	1	1

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

- **Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg**

Het advies- en managementbureau BMC heeft in 2009 de resultaten van de invoering van de WJz geëvalueerd, mede op basis van interviews met medewerkers van BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ. Uit de interviews kwam naar voren dat er sinds 2006 binnen verschillende BJZ's deskundigheidsbevordering heeft plaatsgevonden omtrent het stellen van GGZ-indicaties. Daarnaast is in 2006 ook het 'Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek' opgesteld (Diephuis e.a., 2006). Desondanks komt ook uit het evaluatieonderzoek van BMC naar voren dat de toegang tot de jeugd-GGZ voor veruit het grootste deel via huisartsen verloopt. Uit de interviews bleek dat medewerkers van BJZ's soms zelf ook rechtstreeks naar de huisarts verwijzen voor een doorverwijzing naar de jeugd-GGZ (BMC, 2009). Dit om de wachtlijst bij BJZ te ontwijken. Medewerkers van GGZ-instellingen geven aan dat er bij BJZ onvoldoende deskundigheid beschikbaar is om een diagnose te kunnen stellen en dat een verwijzing via BJZ extra wachttijd oplevert (bovenop de wachttijd bij de GGZ-instellingen) (BMC, 2009).

### 1.3.4 Ondervertegenwoordiging van jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst in de jeugd-GGZ

Een belangrijk streven van de overheid is om de tweedelijns GGZ toegankelijk te maken voor alle groeperingen in de samenleving (Ministerie van VWS, 2006). Het blijkt echter dat kinderen en jongeren van niet-Nederlandse herkomst, in vergelijking met Nederlandse jeugd, relatief minder vaak in aanraking komen met de jeugd-GGZ. Dit geldt met name voor jeugdigen van Turkse of Marokkaanse herkomst (GGZ Nederland, 2008b). Dit terwijl psychische problemen minstens even vaak voorkomen onder jongeren van niet-Nederlandse herkomst dan onder hun leeftijdgenoten van Nederlandse origine (Boon e.a., 2010; Gieling e.a., 2010).

Recent is door onderzoekers bij De Jutters, een instelling voor jeugd-GGZ in de regio Haaglanden, een studie verricht die een precies beeld geeft van de verschillen tussen etnische groepen in het gebruik van jeugd-GGZ (Boon e.a., 2010). Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die behandeld werden in het reguliere circuit en in het forensische circuit (d.w.z. delinquenten bij wie sprake is van psychiatrische problematiek). Deze studie was mogelijk omdat De Jutters besloten had de etnische herkomst van cliënten te

registreren om meer inzicht te krijgen in de etnische samenstelling van het cliëntenbestand. Belangrijke bevindingen van deze studie zijn (zie ook Tabellen 15 en 16):

- Vooral kinderen en jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst waren ondervertegenwoordigd in de reguliere jeugd-GGZ. Hun kans op reguliere GGZ behandeling was ongeveer de helft kleiner dan voor kinderen en jongeren van Nederlandse herkomst.
- Vooral Marokkaanse en Antilliaanse of Arubaanse jongeren waren oververtegenwoordigd in het forensische circuit. Zij hadden een ongeveer driemaal zo grote kans op een forensische behandeling dan jongeren van Nederlandse origine.

**Tabel 15 Het percentage kinderen van 0-14 jaar dat behandeld werd in de reguliere jeugd-GGZ in de regio Haaglanden en hun kans op behandeling, gespecificeerd naar herkomst**

	Behandelpercentage reguliere GGZ	Behandelkans reguliere GGZ <sup>a</sup>
Nederlands	3,7	1
Surinaams	3,1	<b>0,83</b>
Turks	1,6	<b>0,42</b>
Marokkaans	1,8	<b>0,49</b>
Antilliaans/ Arubaans	3,3	0,91
Indonesisch	2,6	<b>0,69</b>

<sup>a</sup> Uitgedrukt in odds ratio (OR). Vetgedrukte OR betekent een significant kleinere kans op reguliere behandeling dan kinderen van Nederlandse herkomst. Bron: Boon e.a. (2010)

**Tabel 16 Het percentage jongeren van 15-19 jaar dat behandeld werd in de reguliere en forensische jeugd-GGZ in de regio Haaglanden en hun kans op behandeling, gespecificeerd naar herkomst**

	Behandelpercentage reguliere GGZ	Behandelkans reguliere GGZ <sup>a</sup>	Behandelpercentage forensische GGZ	Behandelkans forensische GGZ <sup>b</sup>
Nederlands	3,7	1	0,7	1
Surinaams	3,1	0,90	1,1	<b>1,60</b>
Turks	1,6	<b>0,39</b>	0,9	1,33
Marokkaans	1,8	<b>0,42</b>	2,2	<b>3,32</b>
Antilliaans/ Arubaans	3,3	<b>0,68</b>	2,1	<b>3,04</b>
Indonesisch	2,6	<b>0,55</b>	0,3	0,43

<sup>a</sup> Uitgedrukt in odds ratio (OR). Vetgedrukte OR betekent een significant kleinere kans op reguliere behandeling dan jongeren van Nederlandse herkomst.

<sup>b</sup> Vetgedrukte OR betekent een significant grotere kans op forensische behandeling dan jongeren van Nederlandse herkomst.

Bron: Boon e.a. (2010)

De ondervertegenwoordiging van kinderen en jongeren uit etnische groepen in de jeugd-GGZ kan erop wijzen dat één of meerdere van de hierboven besproken filters voor hen minder makkelijk te passeren zijn. Meer onderzoek is nodig om te achterhalen welke specifieke filters nadelig werken voor etnische groepen. Zoeken ouders van kinderen van niet-Nederlandse herkomst bijvoorbeeld minder snel professionele hulp? Of herkennen huisartsen bijvoorbeeld psychische problemen relatief minder goed bij etnische jongeren?

### 1.3.5 Samenvatting

In deze paragraaf zijn gegevens omtrent de toegang tot de jeugd-GGZ in kaart gebracht. De belangrijkste bevindingen zijn dat:

- *Een substantieel deel van de kinderen en jongeren die in aanmerking lijken te komen voor jeugd-GGZ krijgt deze zorg niet. Er is beperkt zicht op ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de jeugd-GGZ.*

Verschillende, relatief oude, studies laten zien dat slechts een deel van de kinderen en jongeren voor wie jeugd-GGZ wenselijk lijkt deze zorg daadwerkelijk ontvangt. De enige trendmatige studie vond dat het percentage kinderen en jongeren dat een beroep deed op eerstelijnspsychologische zorg of de jeugd-GGZ toegenomen is tussen 1993 en 2003 (Tick e.a., 2008b). Echter, binnen de groep van kinderen en jongeren met psychische problemen bleef de mate van gebruik van deze zorgtypen gelijk. Een (gedeeltelijke) verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de jeugd-GGZ in deze periode toegankelijker geworden is voor kinderen en jongeren met relatief 'lichte' psychische problematiek.

- *Er bestaan verschillende filters op de weg naar de jeugd-GGZ. Voor de meeste filters is het onduidelijk of ze de afgelopen jaren makkelijker passeerbaar zijn geworden.* Uit de literatuur komt naar voren dat er sprake is van verschillende filters op de weg naar de jeugd-GGZ, zoals het ontbreken van een zorgvraag, een voorkeur voor informele hulpverleners en een matige herkenning van psychische problemen door huisartsen. Onderzoek naar deze filters heeft dikwijls plaatsgevonden op één meetmoment en voor de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (WJz). Het is hierdoor onduidelijk of de werking van deze filters in de afgelopen jaren is veranderd, en of de inwerkingstelling van de WJz hierop van invloed is geweest.

- *Bureau Jeugdzorg vervult ook na invoering van de WJz slechts in beperkte mate een poortwachtersfunctie*

Hoewel Bureau Jeugdzorg (BJZ) na invoering van de WJz de centrale toegangspoort zou moeten vormen voor de volledige jeugdzorg sector, waaronder de jeugd-GGZ, speelt BJZ nog steeds een beperkte rol in de toeleiding naar de jeugd-GGZ van kinderen en jongeren met psychische problemen. Dit blijkt uit verschillende bronnen. Het is opvallend dat op basis van registratiegegevens van de MOgroep Jeugdzorg geen goed beeld te krijgen is van (de ontwikkeling in) de toeleiding van BJZ's naar

de jeugd-GGZ. Alleen wat betreft zorgaanspraken zijn cijfers beschikbaar die specifiek betrekking hebben op de jeugd-GGZ, en dan alleen voor 2007 en 2008. In beide jaren had ongeveer 4 van 10 zorgaanspraken betrekking op de jeugd-GGZ.

- *Een substantieel deel van de cliënten die aangemeld worden bij de jeugd-GGZ moet langer wachten dan aanvaardbaar geacht wordt.*

De aanwezige wachttijden en wachtlijsten vormen een laatste obstakel voor het verkrijgen van hulp in de jeugd-GGZ. Registratiegegevens van GGZ-instellingen laten zien dat een aanzienlijk deel van de jeugdige cliënten langer wacht dan aanvaardbaar wordt geacht. Wel neemt in 2009 het percentage jeugdige cliënten dat te maken heeft met een te lange wachttijd tussen het eerste gesprek en de indicatiestelling wat af, evenals het percentage met een te lange wachttijd tussen de indicatiestelling en de start van een behandeling. In de komende jaren zal moeten blijken of deze positieve trend doorzet.

- *Jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst zijn ondervertegenwoordigd in de jeugd-GGZ.*

Onderzoek laat zien dat jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst te laat in zorg komen; zij zijn ondervertegenwoordigd in het vrijwillig kader waaronder de curatieve jeugd-GGZ en worden relatief vaak gedwongen behandeld. Onderzoek naar de verschillende filters op de weg naar de jeugd-GGZ heeft onvoldoende aandacht voor verschillen tussen autochtone en allochtone kinderen en jongeren, waardoor niet kan worden geconcludeerd op welke manier de verschillende filters bijdragen aan de minder toegankelijkheid van de jeugd-GGZ voor kinderen en jongeren van niet-Nederlandse herkomst.

## 1.4 Ontwikkelingen in het gebruik van de jeugd-GGZ

In deze paragraaf wordt ingegaan op de zorg die kinderen en jongeren ontvangen vanwege psychische problemen. In subparagraaf 1.4.1 wordt besproken in welke mate Nederlandse kinderen en jongeren gebruik maken van de jeugd-GGZ voor psychische problemen, en of dit zorggebruik toegenomen is. Vervolgens wordt in subparagraaf 1.4.2 op basis van registratiegegevens van de lidinstellingen van GGZ Nederland zicht verkregen op de ontwikkeling van de instroom van cliënten in de jeugd-GGZ, hun kenmerken en de zorg die hun verleend wordt in deze setting. Ten slotte wordt in subparagraaf 1.4.3 op basis van registratiesystemen voor geneesmiddelengebruik ingegaan op de sterke toename van het gebruik van middelen die toegepast worden bij aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD).



## 1.4.1 Gebruik van de jeugd-GGZ onder Nederlandse kinderen en jongeren

### *Welk percentage van de Nederlandse kinderen en jongeren maakt gebruik van de jeugd-GGZ?*

Grofweg kan geschat worden dat 2% tot 3% van de Nederlandse kinderen en jongeren het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de jeugd-GGZ. Opgemerkt moet worden dat deze schatting gebaseerd is op 'oud' onderzoek. De enige Nederlandse bevolkingsstudie onder kinderen en jongeren is uitgevoerd in 1993 en heeft zich niet alleen gericht op het gebruik van de jeugd-GGZ. Gevonden werd dat, respectievelijk, 3,5% van de kinderen en jongeren van 4-18 jaar en 3,1% van de kinderen en jongeren van 11-18 jaar het afgelopen jaar hulp ontving van een eerstelijnspsycholoog of een hulpverlener in de jeugd-GGZ (Verhulst & Van der Ende, 1997; Zwaanswijk e.a., 2003). Een ander onderzoek op basis van gegevens van de Psychiatrische Casusregisters laat zien dat in de jaren 2001 en 2002 2,5% van de kinderen en jongeren van 0-19 jaar in de regio's Noord-Nederland, Maastricht en Rijnmond gebruik maakte van de jeugd-GGZ (Sytema e.a., 2006). In deze studie is ook een verdere uitsplitsing naar leeftijd en geslacht gemaakt (zie Tabel 17). Het valt op dat in de leeftijdsgroep van 0-12 jaar relatief minder meisjes dan jongens contact hadden met de GGZ, terwijl dit sekseverschil niet meer aanwezig was in de leeftijdsgroep van 13-19 jaar. Een verklaring kan zijn dat jongens relatief vaker externaliserende gedragsproblemen hebben die zich al op zeer jonge leeftijd kunnen openbaren, terwijl meisjes relatief vaker internaliserende problemen hebben die vaak hun oorsprong hebben in de adolescentie (Ter Bogt e.a., 2003; Sytema e.a., 2006).

Tabel 17 Het percentage kinderen en jongeren dat contact heeft met de jeugd-GGZ in de regio's Noord-Nederland, Maastricht en Rijnmond in de jaren 2001 en 2002

Leeftijd	2001			2002		
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal
0-12 jaar	2,9	1,2	2,1	3,1	1,3	2,3
13-19 jaar	3,0	3,0	3,0	3,1	3,2	3,2
Totaal	2,9	1,8	2,4	3,1	2,0	2,6

Bron: Sytema e.a., 2006

### *Kinderen en jongeren maakten tussen 1993 en 2003 meer gebruik van eerstelijnspsychologische zorg en de jeugd-GGZ*

Er is geen bevolkingsonderzoek voorhanden dat specifiek gekeken heeft naar de ontwikkeling in het gebruik van de jeugd-GGZ. Zoals eerder besproken (zie subparagraaf 1.3.1) heeft een bevolkingsstudie wel een vergelijking gemaakt tussen 1993 en 2003 wat betreft het zorggebruik vanwege psychische problemen onder kinderen en jongeren, maar heeft daarbij naast de jeugd-GGZ ook eerstelijnspsychologische zorg meegenomen (Tick e.a., 2008b). Deze studie toont aan dat het percentage Nederlandse kinderen en jongeren van 6-18 jaar dat gebruik maakte van eerstelijnspsychologische zorg of de jeugd-GGZ is toegenomen van 3,5% in 1993 naar 5,9% in 2003 (Tick e.a.,

2008b). Deze toename in zorggebruik blijkt voor een groot deel verklaard te kunnen worden door de eerder genoemde lichte stijging in het percentage kinderen en jongeren dat volgens hun ouders internaliserende problemen heeft (zie subparagraaf 1.2.2). Hoewel de procentuele stijging klein is, resulteert deze in een aanzienlijke toename in het absolute aantal kinderen en jongeren dat volgens hun ouders psychische problemen heeft (Tick e.a., 2007).

Daarnaast wordt een deel van de toename in zorggebruik verklaard door andere ontwikkelingen tussen 1993 en 2003, namelijk:

- a) een toename van het percentage kinderen en jongeren die leven in een stressvolle gezinssituatie (d.w.z. een gezinsstructuur anders dan een twee-biologische-ouderstructuur); en
- b) een toename van het percentage kinderen en jongeren dat met leerproblemen te kampen heeft (Tick e.a., 2008b).

Zowel gezinsstress als leerproblemen zijn bekende voorspellende factoren voor zorggebruik voor psychische problemen onder kinderen en jongeren (Verhulst & van der Ende, 1997; Zwaanswijk e.a., 2003).

Bovengenoemde drie factoren kunnen het toegenomen zorggebruik vanwege psychische problemen niet volledig verklaren. Zoals al eerder beschreven (zie subparagraaf 1.3.1) werd in hetzelfde onderzoek ook gevonden dat onder de kinderen en jongeren met psychische problemen het percentage dat eerstelijnspsychologische zorg of hulp in de jeugd-GGZ ontving gelijk gebleven is tussen 1993 (16,5%) en 2003 (16,1%). Dit wijst erop dat vooral kinderen en jongeren met relatief lichte psychische problemen meer gebruik zijn gaan maken van deze zorgtypen (Tick e.a., 2008b).

#### **1.4.2 Zorggebruik binnen de jeugd-GGZ**

Gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland geven een beeld van de zorg die verleend werd binnen de jeugd-GGZ in de periode 2003-2007. Dit is exclusief de zorg die verricht werd door vrijgevestigde psychiaters en psychologen, en in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK-en). Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en forensische psychiatrie zijn niet meegenomen (GGZ Nederland, 2009a).

Er bestond geen wettelijke verplichting voor instellingen om gegevens aan Zorgis aan te leveren. Om tot een landelijk beeld te komen werden de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoléerd ('bijgeschat'). Dit gebeurde zowel op basis van gegevens die bekend waren uit voorgaande jaren als op basis van financiële parameters (GGZ Nederland, 2009). Bedacht dient te worden dat het extrapoleren van gegevens een bron van vertekening kan vormen.

De aanlevering van gegevens aan Zorgis is eind 2006 beëindigd. Wat betreft 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009a). Na 2007 zouden Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zoals geregistreerd door GGZ zorgaanbieders en bijeengebracht in het DBC Informatie Systeem (DIS) gaan dienen als vervangende gegevensbron. Echter, gegevens

uit het DIS blijken nog van onvoldoende kwaliteit om betrouwbare uitspraken te doen over het zorggebruik binnen de tweedelijns GGZ sinds 2008. Vanwege de alternatieve dataverzameling in 2007, is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers van 2007 met voorgaande jaren.

Hieronder worden Zorgis gegevens gepresenteerd over het aantal cliënten dat in aanraking kwam met de jeugd-GGZ (het 'circuit jeugd'), hun kenmerken en de zorg die hun verleend werd in de periode 2003-2007. Opgemerkt moet worden dat cliënten die behandeld worden in het circuit jeugd niet alleen kinderen en jongeren van 0-17 jaar betreffen, maar ook hun ouders of andere verzorgers (GGZ Nederland, 2009a).<sup>7</sup>

### ***Er is een toenemend aantal cliënten in behandeling in het circuit jeugd***

Het aantal cliënten in behandeling in het circuit jeugd is gestegen van circa 157.000 in 2003 naar ongeveer 238.000 in 2007 (zie Tabel 18). Vooral tussen 2006 en 2007 nam het aantal cliënten sterk toe, met een stijging van 22%. Dit hangt samen met het feit dat in 2007 een extra budget beschikbaar was voor de jeugd-GGZ (GGZ Nederland, 2009a). Een deel van de cliënten had al eerder jeugd-GGZ-zorg ontvangen. Als bijvoorbeeld gekeken werd naar de cliënten die in 2006 ingeschreven werden, kwam 68% voor de eerste keer in behandeling, 21% voor de tweede keer en 11% voor de derde keer of meer (GGZ Nederland, 2009a).

**Tabel 18 Aantal cliënten in behandeling in het circuit jeugd in de periode 2003-2007<sup>a</sup>**

2003	2004	2005	2006	2007
157.100	178.000	180.200	194.400	238.100

<sup>a</sup> Een deel van de cliënten zal in een jaar meer dan één behandeling ontvangen. De verhouding tussen het aantal unieke personen dat jaarlijks zorg ontvangt en het aantal behandelingen dat hiermee gemoeid gaat is redelijk stabiel (GGZ Nederland, 2009a).

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

Volgens GGZ Nederland is de hulpvraag toegenomen doordat de drempel bij het aanvragen van jeugd-GGZ in de afgelopen jaren lager is geworden. Genoemd wordt onder meer dat GGZ-voorzieningen beter bereikbaar zijn, dat er betere behandel mogelijkheden beschikbaar zijn en dat het normaler geworden is om hulp te zoeken voor psychische problemen (GGZ Nederland, 2007b). Zoals beschreven in de voorgaande paragrafen geeft het weinige beschikbare wetenschappelijke onderzoek mogelijk aanvullende verklaringen, waaronder een toenemend aantal kinderen en jongeren dat volgens hun ouders internaliserende problemen heeft, een toenemend aantal kinderen en jongeren dat in een stressvolle gezinssituatie leeft, een toenemend aantal kinderen en jongeren met leerproblemen en het vaker zoeken van professionele hulp bij lichte psychische problematiek (Tick e.a., 2008b).

---

7 Vanaf 2012 worden ouders en verzorgers niet langer als cliënten ingeschreven.

## Kenmerken van cliënten in het circuit jeugd

### Meer jongens dan meisjes in behandeling

Zoals te zien in Tabel 19 kwamen in de periode 2005-2007 in de leeftijd tot 12 jaar naar verhouding aanzienlijk meer jongens dan meisjes in aanraking met de jeugd-GGZ. Van de 0-12 jarigen was globaal 70% een jongen en circa 30% een meisje. In de leeftijdscategorie 12-17 jaar nam dit verschil af: ongeveer 60% was een jongen en circa 40% een meisje. Zoals al eerder opgemerkt kan dit verklaard worden doordat jongens relatief vaker externaliserende problemen hebben die zich al op zeer jonge leeftijd kunnen manifesteren, terwijl meisjes relatief vaker internaliserende problemen hebben die zich vaak in de adolescentie openbaren (Sytema e.a., 2006). De verhouding van het aantal jongens ten opzichte van het aantal meisjes dat in behandeling was in het circuit jeugd bleef tussen 2005 en 2007 redelijk stabiel. Tussen 2006 en 2007 was er wel sprake van een relatief sterkere stijging van het aantal jeugdigen van 0-17 jaar en het aantal jongvolwassenen van 18-23 jaar dan het aantal volwassenen van 24 jaar en ouder dat in behandeling was. Dit geeft aan dat het extra budget dat in 2007 beschikbaar was voor de jeugd-GGZ vooral besteed is aan hulp voor jeugdige cliënten (GGZ Nederland, 2009a). Als gevolg hiervan werden in 2007 in het circuit jeugd meer jeugdige dan volwassen cliënten behandeld (zie Tabel 19).

**Tabel 19 Het aantal cliënten in behandeling in het circuit jeugd in de periode 2005-2007, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht**

Leeftijd	2005			2006			2007		
	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal (%)	Man (%)	Vrouw (%)	Totaal (%)
0-5	4.336 (67%)	2.135 (33%)	6.471 (100%)	4.181 (66%)	2.162 (34%)	6.343 (100%)	5.475 (66%)	2.810 (34%)	8.285 (100%)
6-11	27.595 (72%)	10.541 (28%)	38.136 (100%)	30.202 (73%)	11.314 (27%)	41.516 (100%)	39.689 (72%)	15.696 (28%)	55.386 (100%)
12-17	24.338 (57%)	18.665 (43%)	43.003 (100%)	28.956 (59%)	20.535 (41%)	49.491 (100%)	37.356 (59%)	25.981 (41%)	63.337 (100%)
<i>Totaal</i> 0-17	56.269 (64%)	31.341 (36%)	87.610 (100%)	63.339 (65%)	34.012 (35%)	97.351 (100%)	82.520 (65%)	44.487 (35%)	127.008 (100%)
18-23	4.861 (40%)	7.207 (60%)	12.068 (100%)	5.736 (45%)	6.957 (55%)	12.693 (100%)	7.800 (44%)	9.821 (56%)	17.621 (100%)
24-64	36.959 (43%)	49.482 (57%)	86.440 (100%)	35.533 (42%)	48.285 (58%)	83.818 (100%)	39.086 (42%)	52.964 (58%)	92.050 (100%)
65+	273 (59%)	191 (41%)	465 (100%)	279 (56%)	221 (44%)	500 (100%)	247 (58%)	177 (42%)	424 (100%)
<i>Totaal</i> 18+	42.093 (43%)	56.880 (57%)	98.973 (100%)	41.548 (43%)	55.463 (57%)	97.011 (100%)	47.133 (43%)	62.962 (57%)	110.095 (100%)

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### *Aanmeldklachten van cliënten*

Gedragsklachten vormden veruit de meest voorkomende klachten waarmee cliënten zich aanmelden bij het circuit jeugd in de periode 2005-2007 (zie Tabel 20). Andere anmeldklachten die relatief vaak voorkwamen waren klachten rond het leggen van contacten, en stemmings-, angst- en spanningsklachten. De verdeling van anmeldklachten bleef redelijk stabiel tussen 2005 en 2007.

**Tabel 20** Verdeling van anmeldklachten bij het circuit jeugd in de periode 2005-2007, in procenten<sup>a</sup>

	2005	2006	2007
Gedragsklachten	50	51	50
Klachten rond het leggen van contacten	9	10	11
Stemmingsklachten	12	10	10
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten	10	10	9
School- en leerklachten en concentratieklachten	5	5	7
Klachten rond een traumatische gebeurtenis	3	3	3
Klachten rond relatie partner/gezin/familie	2	2	3
Klachten rond de opvoeding	3	2	2
Klachten rond het lichaam	3	2	2
Psychotische klachten	1	1	1
Identiteitsklachten	1	1	1

<sup>a</sup> Per cliënt wordt een anmeldklacht geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende problemen en klachten.

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### *Gestelde diagnoses*

In de periode 2005-2007 werden door hulpverleners stoornissen in ontwikkeling en gedrag en opvoedings- en gezinsproblematiek het vaakst gediagnosticeerd bij cliënten in het circuit jeugd waren (zie Tabel 21). Stemmings-, angst- of stressgebonden stoornissen werden relatief minder vaak gediagnosticeerd. Het valt op dat tussen 2006 en 2007 het percentage cliënten bij wie een stoornis in ontwikkeling en gedrag is gesteld sterk afnam, terwijl het percentage cliënten met een diagnose persoonlijkheids- of gedragsstoornis juist sterk toenam. Het is onwaarschijnlijk dat dit een 'werkelijke' verandering is. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009a). Mogelijk heeft hierdoor een verschuiving plaatsgevonden tussen de twee (deels verwante) diagnosecategorieën.

**Tabel 21 Verdeling van gestelde diagnoses in het circuit jeugd in de periode 2003-2007, in procenten<sup>a</sup>**

	2005	2006	2007
Stoornis ontwikkeling/ gedrag	51	50	36
Opvoedings- en gezinsproblemen	24	25	32
Persoonlijkheids-/ gedragsstoornis	1	2	13
Stemmingsstoornis	8	7	7
Angst-/stressgebonden stoornis	9	9	6
Overige neurotische stoornis	5	6	4
Psychotische stoornis	1	1	1
Stoornis door alcohol/ drugs	1	1	1

<sup>a</sup> Per cliënt wordt een diagnose geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende diagnoses

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### **Verleende zorg binnen het circuit jeugd**

#### *Verreweg de meeste cliënten ontvangen uitsluitend ambulante zorg*

GGZ Nederland maakt een onderscheid in ambulante, deeltijd, residentiële en gemengd residentiële zorg (GGZ Nederland, 2009a). Cliënten die voor het merendeel ( $\geq 90\%$ ) klinische zorg krijgen of die in een beschermde woonomgeving wonen, worden ingedeeld in de categorie 'residentieel'. Als het aandeel klinische zorg lager is en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentieel'. Cliënten die één of meer dagdelen in behandeling zijn worden ingedeeld in de categorie 'deeltijd'. Ambulante contacten kunnen onderdeel zijn van de deeltijdbehandeling. Wanneer de behandeling volledig ambulante is worden cliënten ingedeeld in de categorie 'ambulant'.

Tabel 22 laat zien dat in de periode 2003-2007 veruit het merendeel van de cliënten in het circuit jeugd uitsluitend ambulante behandeling ontving. Het percentage cliënten aan wie enkel ambulante zorg verleend werd blijft in deze periode redelijk stabiel en schommelde tussen de 95% en 97%. Te zien is dat het absolute aantal cliënten dat uitsluitend ambulante hulp ontving toenam tussen 2003 en 2007, met vooral een sterke stijging in 2007 ten opzichte van 2006. Tussen 2006 en 2007 was er ook sprake van relatief sterke stijgingen van het aantal cliënten dat residentiële of gemengd residentiële zorg ontving. Daarentegen daalde het aantal cliënten in deeltijdbehandeling tussen 2006 en 2007.

**Tabel 22 Aantal cliënten in het circuit jeugd in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type behandeling**

	2003	2004	2005	2006	2007	% groei 2006-2007
Ambulant	149.405 (95,1%)	171.915 (96,6%)	173.057 (96,1%)	185.681 (95,5%)	227.756 (95,6%)	23
Residentieel	5.467 (3,5%)	4.029 (2,3%)	4.007 (2,2%)	4.662 (2,4%)	5.984 (2,5%)	28
Gemengd residentieel	734 (0,5%)	1.147 (0,6%)	1.504 (0,8%)	1.956 (1,0%)	2.702 (1,1%)	38
Deeltijd	1.447 (0,9%)	909 (0,5%)	1.591 (0,9%)	2.074 (1,0%)	1.677 (0,7%)	-19

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### Het aantal ambulante contacten stijgt

In de hele periode 2003-2007 steeg het aantal ambulante contacten<sup>8</sup> (zie Tabel 23). De toename was relatief het sterkst tussen 2006 en 2007. Ook het aantal klinische verrichtingen<sup>9</sup> nam in 2007 fors toe in vergelijking met het voorgaande jaar. Dit gold niet voor de deeltijdverrichtingen.<sup>10</sup>

**Tabel 23 Aantal verrichtingen in het circuit jeugd in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type**

	2003	2004	2005	2006	2007	% groei 2006-2007
Ambulant <sup>a</sup>	1.030.795	1.254.664	1.339.612	1.484.006	1.992.639	34
Klinisch	495.849	411.128	434.359	409.557	517.755	26
Deeltijd	174.876	145.616	150.064	247.424	244.050	-1
Totaal	1.701.520	1.811.408	1.924.035	2.140.987	2.754.444	29

<sup>a</sup> Vanaf 2004 zijn telefonische contacten meegeteld

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### Behandelduur

De verdeling van de behandelduur bleef redelijk stabiel tussen 2005 en 2007 (zie Tabel 24). De meeste cliënten (circa 35%) waren drie maanden tot één jaar in behandeling. Ongeveer 30% bleef een jaar of langer in behandeling. Bij iets minder dan een kwart van de cliënten was de behandeling binnen drie maanden beëindigd. Ruim 10% van de cliënten was slechts één dag in behandeling. Dit betrof een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing (GGZ Nederland, 2009a).

8 Intake, onderzoek, behandeling/begeleiding, psychotherapie, crisisbehandeling, telefonisch contact, psychiatrische zorg thuis, begeleid wonen, dagactiviteiten of arbeidsrehabilitatie (GGZ Nederland, 2009a).

9 Klinische verblijfsdagen: opname, kort of langdurend, met behandeling die veranderingsgericht is, structuur-biedend of stabiliserend, met beperkte, volledige of zeer intensieve begeleiding of bescherm wonen (GGZ Nederland, 2009a).

10 Deeltijdsessies (dagbehandeling): structurerende, stabiliserende, of psychotherapeutische behandeling, met volledige of beperkte begeleiding (GGZ Nederland, 2009a).

**Tabel 24** Verdeling van behandelduur van cliënten in het circuit jeugd in de periode 2005-2007, in procenten

	2005	2006	2007
1 dag	14	13	12
tot 3 maanden	23	22	24
3 maanden tot 1 jaar	33	34	35
1 jaar of langer	30	31	29

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007b, 2009a

### 1.4.3 Sterke toename van het gebruik van ADHD-geneesmiddelen

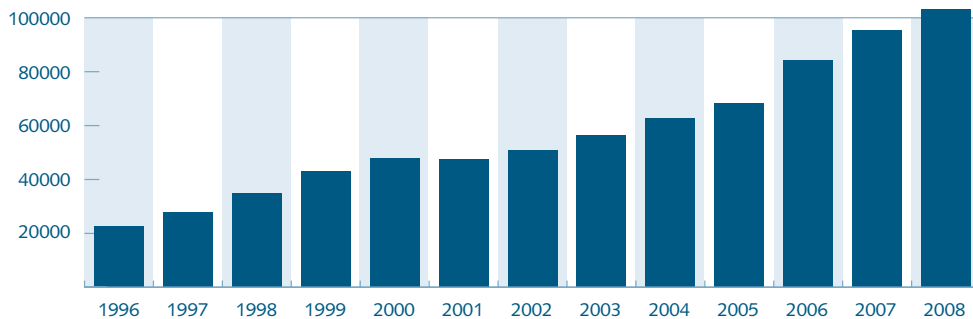
In de voorgaande subparagrafen is een beeld gegeven van de zorg die geboden wordt binnen de jeugd-GGZ. Er zijn helaas geen landelijke gegevens voorhanden over het zorggebruik in de jeugd-GGZ bij specifieke psychische problemen of stoornissen. Wel bestaan er verschillende landelijke registratiesystemen voor het gebruik van geneesmiddelen. Op basis van deze gegevens blijkt dat het gebruik van medicatie bij aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) de afgelopen jaren explosief gegroeid is. Farmacotherapie neemt een belangrijke plaats in bij de behandeling van ADHD (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005). In Nederland zijn twee verschillende geneesmiddelen geregistreerd voor de behandeling van ADHD: sinds 1982 methylfenidaat (Ritalin) en sinds 2005 atomoxetine (Strattera). In 2003 zijn er ook generieke (merkloze) varianten van methylfenidaat op de markt gekomen, en is het geneesmiddel tevens in een tabletvorm met gereguleerde afgifte verkrijgbaar. Hieronder worden gegevens over het stijgende gebruik van ADHD-medicatie gepresenteerd en wordt ingegaan op mogelijke verklaringen.

#### ***Registratiesystemen wijzen op een sterke toename gebruik ADHD-medicatie***

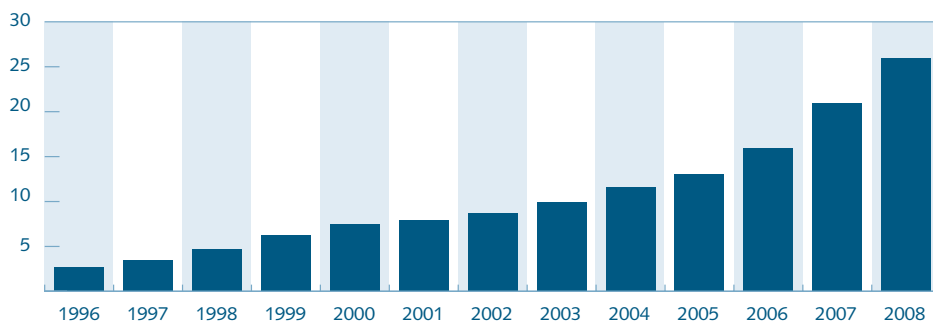
De databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIPdatabank) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bevat informatie over geneesmiddelen die extramuraal (d.w.z. buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen) zijn verstrekt en vergoed op grond van de Ziekenfondswet (tot en met 2005) en Zorgverzekeringswet (vanaf 2006). Deze informatie wordt door een groot aantal zorgverzekeraars aan het GIP ter beschikking gesteld en is representatief voor de totale populatie verzekerden in Nederland. Opgemerkt moet worden dat de gegevens uit de GIPdatabank niet specifiek betrekking hebben op de kinderen en jongeren, maar ook op volwassenen. Grafiek 1 laat zien dat het aantal personen dat ADHD-middelen gebruikt is toegenomen van 22.750 in 1996 tot 114.080 in 2008, ongeveer een verviervoudiging. Het totaal aantal standaard dagdoseringen (DDD's) van ADHD-middelen dat jaarlijks verstrekt werd is in dezelfde periode vertienvoudigd (zie Grafiek 2). De relatieve sterkere toename van het totaal aantal DDD's van ADHD-middelen dan het aantal gebruikers suggereert dat, gemiddeld genomen, behandeling met deze medicijnen langer wordt voortgezet. Gebruikte een persoon in 1996 gemiddeld 117 dagen een standaard dosering van een ADHD-geneesmiddel, in 2008 is dit aantal opgelopen tot 228 dagen (zie Grafiek 3).



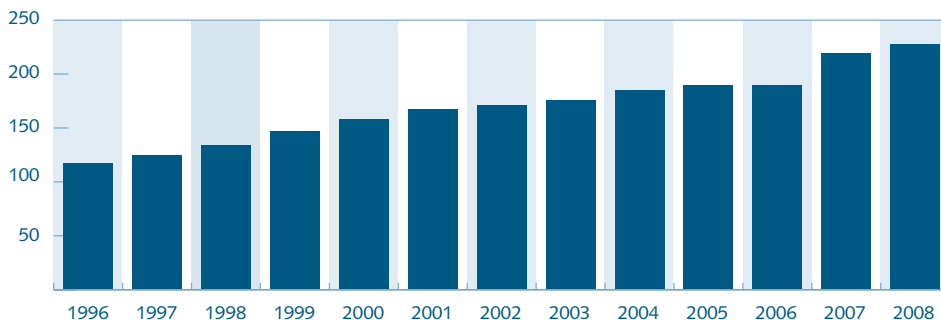
**Grafiek 1 Gebruik van middelen voor ADHD in de periode 1998-2008: aantal gebruikers<sup>a</sup>**



**Grafiek 2 Gebruik van middelen voor ADHD in de periode 1996-2008: aantal standaard dagdoseringen (DDD's) (1=1.000.000)**



**Grafiek 3 Gebruik van middelen voor ADHD in de periode 1996-2008: aantal DDD's (=aantal dagen een standaard dosering) per gebruiker**



<sup>a</sup> In 2006 is er mogelijk sprake van een overschatting van het aantal gebruikers door dubbele registratie van een deel van de verzekerden.

Bron Grafieken 1-3: GIPdatabank, College voor zorgverzekeringen.

Cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) bevestigen de sterke toename van het gebruik van ADHD-geneesmiddelen (SFK, 2008, 2010). De SFK verzamelt gegevens om een landelijk beeld te geven van de verstrekking van geneesmiddelen via openbare apotheken. De SFK cijfers laten tevens zien dat de grootste groep gebruikers van ADHD-middelen kinderen en jongeren van 10-15 jaar zijn, gevolgd door 15-20 jarigen (Van Woerden, 2009). Jongens jonger dan 20 jaar krijgen vaker dan meisjes in deze leeftijdscategorie ADHD-medicatie voorgeschreven, hoewel dit verschil verhoudingsgewijs kleiner wordt. Zo gebruikten in 2007 4,3 keer zoveel jongens als meisjes ADHD-medicatie, in 2009 was deze verhouding afgenomen tot 3,7 (SFK, 2010). Ook onderzoek van het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) op basis van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) laat een sterke toename van het gebruik van ADHD-medicatie zien (Van Dijk e.a., 2008). Uit de LINH-cijfers blijkt dat tussen 2002 en 2007 steeds meer kinderen en jongeren van 6-15 jaar deze middelen voorgeschreven kregen in de huisartsenpraktijk. De toename was relatief sterker bij meisjes (met gemiddeld 25,5% per jaar) dan bij jongens (met gemiddeld 14,1% per jaar).

### ***Verklaringen voor de sterke toename gebruik ADHD-medicatie***

Een toename van het vóórkomen van gedragsproblematiek lijkt geen verklaring te vormen voor de explosieve groei van het gebruik van ADHD-middelen. Hiervoor zijn geen aanwijzingen (Buitelaar, 2001). Zoals al eerder beschreven (zie subparagraaf 1.2.3) is het percentage kinderen en jongeren met externaliserende problemen niet duidelijk toegenomen tussen 1983 en 2003 (Tick e.a., 2007). Deskundigen noemen verschillende redenen voor het sterk gestegen gebruik van ADHD-medicatie (Buitelaar e.a., 2001; Van Dijk e.a., 2008; Van Woerden, 2009) waaronder:

- *De diagnose ADHD wordt steeds vaker gesteld.*  
Het stijgende aantal ADHD-diagnoses kan verklaard worden door de toegenomen aandacht voor ADHD en de betere bekendheid met de stoornis bij hulpverleners, leerkrachten en ouders. Mogelijk spelen ook veranderingen in het onderwijs een rol. Doordat er meer dan vroeger een nadruk gelegd wordt op zelfredzaamheid zouden kinderen en jongeren met ADHD meer opvallen (Van Woerden, 2009).
- *De introductie in 2003 van (goedkopere) merklozen varianten van ritalin alsook het beschikbaar komen van deze medicatie in tabletvorm met gereguleerde afgifte.*
- *Het langer voortzetten van behandeling met ADHD-medicatie.*

#### 1.4.4 Samenvatting

In deze paragraaf is ingegaan op ontwikkelingen in het zorggebruik vanwege psychische problemen onder kinderen en jongeren. De belangrijkste bevindingen zijn dat:

- *Er is een beperkt aantal studies beschikbaar over het percentage kinderen en jongeren dat gebruik maakt van de jeugd-GGZ*

Er zijn weinig studies naar het tweedelijns GGZ-gebruik onder Nederlandse kinderen en jongeren. Daarbij is het beschikbare onderzoek relatief oud en meestal niet uitsluitend gericht op het gebruik van de jeugd-GGZ. De enige trendmatige studie vond dat het percentage kinderen en jongeren dat vanwege psychische problemen gebruik maakte van eerstelijnspsychologische zorg of de jeugd-GGZ toegenomen was van 3,5% in 1993 naar 5,9% in 2003 (Tick e.a., 2008b). Hiervoor bestaan verschillende mogelijke verklaringen, waaronder een toenemend aantal kinderen en jongeren dat volgens hun ouders internaliserende problemen heeft en een toenemend aantal kinderen en jongeren met relatief lichte psychische problematiek dat een beroep doet op deze zorgtypen.

- *Registratiegegevens laten een duidelijke stijging zien van het aantal cliënten in de jeugd-GGZ*

Registratiegegevens van de lidinstellingen van GGZ Nederland tonen aan dat het aantal cliënten dat behandeld werd binnen de jeugd-GGZ aanzienlijk is gestegen in de periode 2003-2007. Daarbij moet bedacht worden dat niet alleen de kinderen en jongeren zelf, maar vaak ook ouders of verzorgers behandeld worden en daarmee als cliënt geregistreerd zijn. In 2007 vond de sterkste stijging (22% ten opzichte van het voorgaande jaar) van het aantal zorggebruikers plaats. Hoewel dit beeld mogelijk enigszins is vertekend door een andere wijze van gegevensverzameling in 2007, is het onwaarschijnlijk dat de sterke toename volledig hieraan kan worden toegeschreven. Deze sterke stijging hangt vermoedelijk samen met extra middelen die in 2007 beschikbaar kwamen voor het bestrijden van wachtlijsten.

- *Jongens vaker in behandeling bij de jeugd-GGZ dan meisjes*

In de leeftijd tot 12 jaar komen jongens aanzienlijk vaker in aanraking met de jeugd-GGZ dan meisjes (ongeveer 70% versus 30%). In de adolescentie neemt dit verschil af (ongeveer 60% versus 40%). Veruit de meest voorkomende reden voor aanmelding zijn gedragsklachten (ongeveer 50% van alle aanmeldingen), gevolgd door problemen in het leggen van contacten, stemmingsklachten, en angst- en spanningsklachten. Reden van aanmelding en gestelde diagnoses lijken betrekkelijk stabiel gedurende de periode 2005-2007.

- *Type zorg en behandelduur blijven betrekkelijk stabiel*

Tussen 2003-2007 werden verreweg de meeste cliënten uitsluitend ambulante behandeld en het percentage cliënten dat enkel dit zorgtype ontving bleef vrijwel gelijk gedurende deze periode (95-97%). Terwijl de aantallen cliënten in ambulante zorg

en in (gemengd) residentiële zorg in 2007 ten opzichte van 2006 relatief sterk zijn toegenomen, daalde het aantal cliënten in deeltijdbehandeling. De behandelduur is betrekkelijk stabiel gebleven in de periode 2005-2007. Het valt op dat bij een substantieel deel van de cliënten (12-14%) sprake was van slechts één behandelcontact (d.w.z. een eenmalig informatief gesprek of doorverwijzing). Ongeveer 30% bleef een jaar of langer in behandeling.

- *Sterke toename gebruik ADHD-medicatie*

Registratiegegevens wijzen op een sterke toename van het gebruik van ADHD-medicatie in de afgelopen jaren, in termen van het aantal gebruikers, het aantal standaard dagdoseringen, alsook het aantal dagdoseringen per gebruiker. De relatieve stijging van het aantal gebruikers is aanmerkelijk sterker bij meisjes dan bij jongens. Waarschijnlijk spelen meerdere factoren een rol bij het toegenomen gebruik van ADHD-medicatie.

## 1.5 Samenvatting en beschouwing

### 1.5.1 Belangrijkste resultaten en kennislacunes

In deze rapportage hebben wij een start gemaakt met het in kaart brengen van ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren, de toegang tot de jeugd-GGZ voor kinderen en jongeren en de zorg die hun in deze setting wordt verleend.

Dit bleek niet eenvoudig. In de eerste plaats moeten we constateren dat het lastig is om duidelijke uitspraken te doen over trends in het vóórkomen van psychische problemen onder kinderen en jongeren. Er zijn slechts enkele studies uitgevoerd naar trends in de prevalentie van psychische problematiek, waarbij de meest recente cijfers betrekking hebben op 2003. De resultaten van deze studies zijn bovendien niet eenduidig. Of er sprake is van een trend in het vóórkomen van psychische problematiek is afhankelijk van de geraadpleegde informant. Volgens ouders is er bijvoorbeeld sprake van een toenemend aantal kinderen en jongeren met internaliserende problematiek, terwijl dit volgens leerkrachten én kinderen en jongeren zelf niet het geval is. De beschikbare studies geven geen informatie over trends in het vóórkomen van psychische stoornissen of over trends in het vóórkomen van psychische problematiek binnen bepaalde subgroepen van kinderen en jongeren (zoals degenen met een lager opleidingsniveau of een migratieachtergrond).

Ook laten cijfers over de toegang tot de jeugd-GGZ uit verschillende bronnen zich moeilijk eenduidig interpreteren. In rapportages van de MOgroep Jeugdzorg wordt meestal geen uitsplitsing gemaakt naar de verschillende deelgebieden van de jeugdzorg, waardoor vaak niet duidelijk is in welke mate een bepaalde trend ook betrekking heeft op de jeugd-GGZ. Beschikbare wetenschappelijke studies zijn relatief oud en bieden beperkt zicht op de ontwikkelingen in de toegang tot de jeugd-GGZ. Onderzoek toont

het bestaan van verschillende filters op de weg naar de jeugd-GGZ. Of de werking van deze filters in de afgelopen jaren is veranderd kan vanwege het cross-sectionele karakter van het beschikbare onderzoek (d.w.z. op één meetmoment uitgevoerd) echter niet worden vastgesteld. Wel is duidelijk dat een substantieel deel van de kinderen en jongeren met psychische problemen geen zorg ontvangt van de jeugd-GGZ en dat dit in sterkere mate geldt voor kinderen en jongeren van niet-Nederlandse herkomst. Ook is duidelijk dat het absolute aantal aanmeldingen bij de jeugd-GGZ aanzienlijk is gestegen. Dit hoeft echter niet alleen te betekenen dat de toegankelijkheid van de jeugd-GGZ is toegenomen. Er zijn immers ook aanwijzingen gevonden voor een toegenomen vraag.

Gegevens over het zorggebruik van kinderen en jongeren vanwege psychische problemen zijn vermoedelijk het gemakkelijkst te interpreteren. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat door veranderingen in het gebruikte registratiesysteem, uitsluitend ontwikkelingen tot en met 2007 in kaart konden worden gebracht. Ook is de verleende zorg door niet bij GGZ-Nederland aangesloten zorgaanbieders (zoals algemene en universitaire ziekenhuizen en vrijgevestigde psychologen en psychiaters) niet in het overzicht meegenomen. Verder is het onduidelijk in hoeverre methodologische beperkingen (o.a. extrapolatie van ontbrekende gegevens, een alternatieve wijze van dataverzameling in 2007) een vertekende invloed hebben gehad. De belangrijkste constatering is de al eerder genoemde toename van het aantal cliënten dat zorg ontvangt van de jeugd-GGZ. De reden van aanmelding (meestal gedragsproblemen gevolgd door sociale problemen en angst en stemmingsklachten), het zorgtype (uitsluitend ambulante zorg in ruim 95% van alle gevallen) en de duur van de zorg lijken ongeveer gelijk gebleven in de afgelopen jaren. Gedetailleerde gegevens over de aard en de intensiteit van de zorg die binnen de jeugd-GGZ verleend wordt zijn niet beschikbaar. Wel laten registratiesystemen voor geneesmiddelengebruik een duidelijke toename zien van het gebruik van ADHD-medicatie.

### ***Wet op de Jeugdzorg leidt niet tot beoogde enkelvoudige toegangspoort***

Onze rapportage sluit aan op een reeks van evaluaties, beschouwingen en toekomstverkenningen gericht op de jeugdzorg in brede zin (BMC, 2009; Rietveld, 2009; Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg, 2010). Deze vaak kritische rapportages beschrijven een sterk toegenomen beroep op de tweedelijns jeugdzorg, waaronder de jeugd-GGZ. Daarnaast wordt in de verschillende rapportages geconcludeerd dat de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (WJz) niet heeft geleid tot de beoogde enkelvoudige toegangspoort voor de volledige jeugdzorgsector (BMC, 2009; Rietveld, 2009). Bureau Jeugdzorg (BJZ) diende de schakel te vormen tussen de eerstelijns- en de tweedelijnszorg. Er diende een onafhankelijke zorgtoewijzing plaats te vinden en BJZ zou de regie houden. Diagnostiek en behandeling werden hierdoor ontkoppeld. De evaluatie van de WJz laat echter zien dat de indicatie door BJZ vaak onvoldoende wordt onderbouwd en geëxpliciteerd. Ook blijkt de zorg die wordt geïndiceerd vaak afhankelijk te zijn van de persoon die de indicatiestelling verzorgt (BMC, 2009). Een 'weeffout' die werd gemaakt is dat de huisarts een uitzonderingspositie kreeg. De huisarts kan, zonder tussenkomst van BJZ, rechtstreeks doorverwijzen naar de jeugd-GGZ ('zij-instroom'). Zoals ook blijkt uit onze

bevindingen, komt het merendeel van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ in de praktijk tot stand via de huisarts. Er wordt, zo leert de praktijkervaring, door de huisarts zelden gekozen voor de provinciale jeugdzorg (jeugdhulpverlening). Dit terwijl BJZ juist, van oudsher, eerder geneigd is tot verwijzing naar de jeugdhulpverlening. In welk zorgtraject de jeugdige terecht komt wordt dus grotendeels bepaald door de toegangspoort waardoor men binnenkomt en niet door de aard van de problematiek waar de jeugdige mee te kampen heeft. Onze focus op de jeugd-GGZ heeft er dus mogelijk toe geleid dat een deel van de kinderen en jongeren met psychische problematiek in onze rapportage onderbelicht is gebleven.

### ***Meerdere verklaringen voor groeiende behoefte aan tweedelijnszorg***

Verschillende bronnen (Hermanns, 2009; Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg, 2010) vermelden dat de toegenomen behoefte aan de tweedelijns jeugdzorg, waaronder de jeugd-GGZ, niet zozeer voortkomt uit een toename van het aantal kinderen en jongeren met ernstige psychische problematiek, maar eerder een gevolg is van een verminderde tolerantie ten aanzien van alledaagse opgroei- en opvoedproblemen. Een groot deel van de jeugdigen die gebruik maken van de jeugdzorg zouden eigenlijk helemaal niet in de tweedelijnszorg thuishoren. Tegelijkertijd geven andere bronnen aan dat er nog steeds sprake is van onderbehandeling van kinderen en jongeren met ernstige problematiek. Volgens de Sociaal Economische Raad (SER) is er geen sprake van 'onterecht' gebruik van voorzieningen, eerder van een verkeerd gebruik. Jongeren krijgen niet de hulp die ze nodig hebben (SER, 2009). Hoewel onze verkenning onvoldoende gegevens heeft opgeleverd om stellige conclusies te trekken over de percentages kinderen en jongeren die ofwel 'onterecht' in aanraking zijn gekomen met de jeugd-GGZ, ofwel 'ten onrechte' geen gebruik maken van de jeugd-GGZ, bieden onze bevindingen wel enige aanknopingspunten voor beide beweringen. In de eerste plaats kan uit onze bevindingen worden afgeleid dat slechts een deel van de kinderen en jongeren met psychische problematiek terecht komt bij de jeugd-GGZ, ook wanneer zij ernstige beperkingen ervaren vanwege de problemen. In de tweede plaats doet het percentage jeugdigen (12–14%) waarbij slechts sprake is van één behandelcontact vermoeden dat een gedeelte van de jeugd-GGZ cliënten mogelijk niet op de juiste plaats terecht is gekomen.

### ***Verbetering intersectorale samenwerking en versterking eerste lijn***

Een veelbesproken oplossing voor de groeiende behoefte aan jeugdzorg hangt samen met verbeterde intersectorale samenwerking en een versterking van de eerste lijn (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007; Denktank Jeugdzorg, 2007; SER, 2009). Om goede zorg te bieden moet de zorg voor jeugd beter worden gestroomlijnd. Van overheidswege wordt ingezet op een omslag naar preventie. Problemen moeten vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt en de kracht van kinderen en jongeren en gezinnen moet worden benut en versterkt (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Doordat de focus van deze rapportage beperkt was tot de jeugd-GGZ, bieden onze bevindingen geen inzicht in het aantal kinderen en jongeren met psychi-

sche problematiek dat de afgelopen jaren in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, geholpen is en zijn er vanzelfsprekend geen trends vast te stellen.

### **1.5.2 Kennislacunes vragen om meer onderzoek**

Op basis van deze inventarisatie blijven nog veel vragen onbeantwoord. Dit vraagt om een verbreding van de rapportage en meer onderzoek.

#### ***Uitbreiding rapportage moeite waard***

Hoewel het gezien de beschikbare tijd noodzakelijk was om de focus van de rapportage te beperken, lijkt uitbreiding van deze rapportage naar andere deelsectoren van de jeugdzorg en voorliggende voorzieningen de moeite waard. Zeker nu verschillende bronnen doen vermoeden dat zich in de komende tijd de nodige nieuwe wijzigingen zullen voordoen in de manier waarop de jeugdzorg is georganiseerd en wordt gefinancierd (BMC, 2009; Rietveld, 2009; Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg, 2010), lijkt het essentieel om een goed beeld te vormen van de toegankelijkheid en zorgbehoefte ten aanzien van het volledige jeugdveld omdat alleen op deze manier inzichtelijk kan worden gemaakt of de voorgenomen maatregelen ook het gewenste effect sorteren.

#### ***Aanknopingspunten voor verder onderzoek***

Daarnaast heeft deze rapportage verschillende andere 'witte vlekken' aan het licht gebracht die vragen om meer onderzoek. In de eerste plaats lijkt het wenselijk om meer zicht te krijgen op eventuele trends in het vóórkomen van psychische problematiek bij verschillende subgroepen van kinderen en jongeren, met name bij kinderen en jongeren die op voorhand een verhoogd risico lijken te hebben op het ontstaan van psychische problematiek zoals degenen met een lager opleidingsniveau of migratieachtergrond. Ook ten aanzien van trends in de prevalentie van psychische stoornissen lijkt aanvullend onderzoek op zijn plaats. Tot op heden is er slechts één studie beschikbaar waarin de prevalentie van psychische stoornissen bij Nederlandse jongeren is onderzocht en dit onderzoek is uitgevoerd in 1993 (Verhulst e.a., 1997). Dit is op zijn minst opmerkelijk te noemen. Verder lijkt aanvullend onderzoek naar de verschillende 'filters' op de weg naar de jeugd-GGZ op zijn plaats. Enerzijds zou dit onderzoek antwoord moeten geven op de vraag op welke wijze de verschillende 'filters' werkzaam zijn voor verschillende subgroepen van kinderen en jongeren. Op deze manier kan beter worden bepaald welke acties noodzakelijk zijn om bepaalde kwetsbare subgroepen van kinderen en jongeren toe te leiden naar de zorg die zij nodig hebben. Anderzijds zou aanvullend onderzoek inzicht moeten bieden in eventuele trends in de werking van de verschillende 'filters'. Aan de hand van dergelijk onderzoek kan geëvalueerd worden in hoeverre ingezette maatregelen leiden tot een betere toegankelijkheid van de jeugd-GGZ voor de kinderen en jongeren die gespecialiseerde hulpverlening nodig hebben. Ten slotte lijkt het wenselijk meer gedetailleerd zicht te krijgen op de aard en de intensiteit van de zorg die verleend wordt binnen de jeugd-GGZ en de ontwikkelingen hierin.

# Referenties

- APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BMC (2009). Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport. Amersfoort: Advies- en managementbureau BMC.
- Boon E., De Haan A.M., De Boer S.B.B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz-cliënten. *Kind en Adolescent*, 13, 16-28.
- Buitelaar J.K. (2001). Discussies over aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD): feiten, meningen en emoties. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1485-1489.
- Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- De Graaf R., Ten Have M., Van Dorsselaer S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Denktank Jeugdzorg (2007). Manifest: "Passie voor verantwoorde zorg!".
- Van der Zijden Q., Diephuis K. (2006). Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek. In opdracht van het IPO. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.
- GGZ Nederland (2010). Wachtlijsten in GGZ-instellingen 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009a). Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009b). Wachtlijsten in ggz-instellingen 2008. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008a). Wachtlijsten in ggz-instellingen 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008b). Culturele herkomst van cliënten in de ggz en verslavingszorg. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007a). Wachtlijsten in GGZ-instellingen op 1 januari 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007b). Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2006). Toenemende zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Gieling M., Vollebergh W., Van Dorsselaer S. (2010). Ethnic density in school classes and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 639-646.



- Gunning W.B., Verhulst F.C. (2004). Aandachts- en gedragsstoornissen. In: Vandereycken W., Hoogduin C.A.L., Emmelkamp P.M.G. (red.). Handboek psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen. Houten: Bohn Stafleu/Van Loghum.
- Hermanns J. (2009). Het opvoeden verleerd. Oratie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- IGZ/IJ (2006). Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter. Thematische toezichtronde samenwerking BJZ - jeugd-GGZ. Amsterdam/Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg/Inspectie Jeugdzorg.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2007). Alle kansen voor alle kinderen. Programma voor jeugd en gezin 2007-2011. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Konijn C. (2002). Bureau Jeugdzorg en Jeugd-GGZ. Kwaliteit van samenwerking. Utrecht: NIZW.
- Lahey B.B., Miller T.L., Gordon R.A., Riley A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. 1999. In: Quay H.C., Hogan A. (editors). Handbook of the disruptive behavior disorders. New York: Plenum Press.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ministerie van VWS (2006). Beleidsvisie GGZ. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- MOgroep Jeugdzorg (2009). Brancherapportage Jeugdzorg 2008. Utrecht: MOgroep Jeugdzorg.
- MOgroep Jeugdzorg (2008). Brancherapport Bureaus Jeugdzorg 2007. Utrecht: MOgroep Jeugdzorg.
- Rietveld J. (2009). De Nederlandse jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid? Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 64, 858-874.
- SER (2009). De winst van maatwerk: je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn. Advies over de voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen (2010). Nog geen rem op ADHD. Pharmaceutisch Weekblad, 145, 11.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen (2008). Explosieve groei ADHD-middelen zet door. Pharmaceutisch Weekblad, 143, 19.
- Stevens J., Pommer P., Van Kempen H., Zeijl E., Woittiez I., Sadiraj K., Gilsing R., Keuzenkamp S. (2009). De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sytema S., Gunther N., Reelick F., Drukker M., Pijl B., Van 't Land H. (2006). Verkenningen in de Kind- en Jeugdpsychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ter Bogt T., Dorselaer S., Vollebergh W. (2003). HBSC - Nederland 2002, Health Behaviour in School-aged Children. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Tick N.T., Van der Ende J., Verhulst F.C. (2008a). Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 349-355.
- Tick N.T., Van der Ende J., Verhulst F.C. (2008b). Ten year increase in service use in the Dutch population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 373-380.
- Tick N.T., Van der Ende J., Verhulst F.C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 473-482.
- Van Dijk Ch., Zuidgeest M., Van Dijk L., Verheij R. (2008). Stijging behandeling ADHD bij kinderen. *Huisarts en Wetenschap*, 51, 641.
- Van Woerden P. (2009). Ontmaskering ADHD lukt steeds beter. Vooral ADHD-subtype bij "brave" meisjes beter herkend. *Pharmaceutisch Weekblad*, 144, 12-18.
- Verhulst F.C., Van der Ende J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Verhulst F.C., Van der Ende J., Ferdinand R., Kasius M.C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.
- Verhulst F.C., Van der Ende J., Koot H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/ Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M., Van der Ende J., Bensing J.M., Verhulst F.C. (2006). Obstakels op de weg naar zorg. *Kind en Adolescent*, 3, 144-156.
- Zwaanswijk M. (2005). Pathways to care. Help-seeking for child and adolescent mental health problems. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Zwaanswijk M., Van der Ende J., Verhaak P.F.M., Bensing J.M., Verhulst F.C. (2005a). Help-seeking for child psychopathology: Pathways to informal and professional services in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1292-1300.
- Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M., Van der Ende J., Bensing J.M., Verhulst F.C. (2005b). Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Family Practice*, 22, 498-506.
- Zwaanswijk M., Van der Ende J., Verhaak P.F.M., Bensing J.M., Verhulst F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 692-700.



Deel C

Ouderen



# 1 Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008

## 1.1 Inleiding

Psychische problemen, zoals depressie, angst en dementie, komen veelvuldig voor bij ouderen (Beekman e.a., 1995; Beekman e.a., 1998; Ott e.a., 1996). De verwachting is dat door de zogenaamde 'dubbele vergrijzing', waarbij het aantal ouderen toeneemt en de ouderen ook steeds ouder worden, de zorgvraag van ouderen naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ) flink zal stijgen (Depla e.a., 2005; Depla e.a., 2007). Naar schatting zal er tussen 2010 en 2020 een toename van 18% zijn in het gebruik van GGZ door ouderen met psychische of verslavingsproblemen (Depla e.a., 2005).

Als 'poortwachter' van de specialistische gezondheidszorg, inclusief de tweedelijns GGZ, speelt de huisarts een belangrijke rol in de herkenning van en de zorg voor psychische problemen bij oudere mensen. De meeste ouderen met een depressie of angst die als zodanig herkend worden, worden uitsluitend in de huisartsenpraktijk behandeld; een minderheid wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste lijn (bv. eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns GGZ (Ten Have e.a., 2007). Er bestaat ruimte voor verbetering van psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk. Zo wordt dementie dikwijls pas in een laat stadium herkend of gediagnosticeerd (Jansen e.a., 2007). Daarnaast is er in de huisartsenpraktijk enerzijds sprake van onderherkenning en onderbehandeling van depressie en angst, en anderzijds sprake van medicamenteuze overbehandeling (Volkers e.a., 2004; Volkers e.a., 2005; Nuyen e.a., 2008). In de afgelopen jaren zijn veel activiteiten ondernomen om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te verbeteren. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of deze inspanningen geresulteerd hebben in veranderingen in de zorg die huisartsen verlenen aan ouderen met psychische problematiek. Alvorens de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk te presenteren, zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

### 1.1.1 Achtergrond

#### *Versterking eerste lijn*

Afgelopen decennium zijn er vanuit de overheid veel activiteiten ondernomen om de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, te versterken. Met het versterken van de eerstelijns GGZ wordt beoogd om psychische problemen waar mogelijk te diagnosticeren en te behandelen in de eerste lijn, en indien noodzakelijk door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daartoe werd begin deze eeuw vanuit het Ministerie van VWS een pakket aan maatregelen genomen,

waaronder het vergroten van de capaciteit aan algemeen maatschappelijk werk, het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om advies te vragen aan hulpverleners uit de gespecialiseerde GGZ (veelal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige), en het subsidiëren van een aantal lokale projecten gericht op een betere samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en met de gespecialiseerde GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daarnaast werd budget beschikbaar gesteld aan de koepelorganisaties van huisartsen, eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers waarmee activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GGZ-hulpverlening en het bevorderen van deskundigheid op dit gebied zijn bekostigd. Recente overheidsmaatregelen zijn de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de opname van de eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering per 1 januari 2008. Tevens is een nieuwe functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) ingevoerd. Het is de bedoeling dat de POH-GGZ de huisarts ondersteunt bij de zorg voor patiënten met psychische problemen (Ten Have, 2007). Sinds 1 januari 2008 kan de huisarts aanspraak maken op structurele financiering van de functie POH-GGZ.

### ***Doorbraakprojecten***

Naast deze overheidsmaatregelen zijn vanaf 2004 ook landelijke verbeterprojecten uitgevoerd (de zogenaamde doorbraakprojecten) met het oogmerk om deelnemende eerstelijns teams bestaande uit huisartsen en andere hulpverleners meer te laten handelen volgens aanbevelingen uit de NHG-Standaarden (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004) en Multidisciplinaire richtlijnen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003, 2005) voor depressie en angst. In de Doorbraakprojecten Depressie I (uitgevoerd in de periode 2004-2006), Depressie II (2006-2008), en Angst (2006-2008) is vooral geprobeerd het *stepped care* model, waarbij in eerste instantie voor de lichtst mogelijk behandeling wordt gekozen en bij onvoldoende effect wordt overgestapt op een meer intensieve interventie, te implementeren en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (Meeuwissen, 2004). Het Doorbraakproject Depressie II heeft zich daarbij ook specifiek gericht op het verbeteren van het signaleren, diagnosticeren, en behandelen van depressie bij ouderen. De aanbevelingen uit het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie vormden hierbij het uitgangspunt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). Het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen is tot op heden nog niet via de doorbraakmethode onder de aandacht gebracht bij huisartsen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008b).

### ***Verbeterprojecten dementiezorg***

Naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2002) zijn tussen 2005 en 2008 ook een groot aantal verbeterprojecten omtrent dementiezorg uitgevoerd. Dit gebeurde binnen het kader van het Landelijke Dementie Programma, wat als doelstelling had de zorg en dienstverlening aan de patiënten met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren (Meerveld e.a., 2004). De verbeterprojecten betroffen projecten van uiteenlopende soort en hadden vaak ook huisartsen als directe doelgroep

(ZonMw, 2007). Voorbeelden zijn het optimaliseren van de signalering en diagnostiek van dementie en deskundigheidsbevordering van huisartsen. Het Landelijk Dementie Programma heeft een vervolg gekregen, onder meer in de vorm van het programma Ketenzorg Dementie. Dit in 2008 door Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS geïnitieerde programma heeft als doel te komen tot een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten met dementie en hun naasten (Kuperus e.a., 2009).

### 1.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Gegeven alle maatregelen, activiteiten en projecten die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om tot een sterkere en kwalitatief betere eerstelijns GGZ te komen, is de verwachting dat de er in deze periode op landelijk niveau veranderingen in de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk zichtbaar moeten zijn, ook wat betreft de zorg aan ouderen. Zo kan verwacht worden dat huisartsen relatief vaker ouderen met psychische problemen zijn gaan doorverwijzen naar eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers. Daarnaast is de verwachting dat de kwaliteit van huisartsenzorg verbeterd is, wat bijvoorbeeld tot uiting komt door een vroegtijdiger herkenning van dementie en het relatief minder vaak voorschrijven van psychofarmaca bij depressie en angst. Tot nu toe uitgevoerde studies naar veranderingen in de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk hebben zich gericht op de totale praktijkpopulatie, en niet specifiek op ouderen (Meijer e.a., 2004; Braspenning e.a., 2005; Emmen & Verhaak, 2007).

De doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn wat betreft: het relatieve aantal ouderen bij wie huisartsen een psychisch probleem diagnosticeren; het relatieve aantal ouderen bij wie daarnaast een bijkomend psychisch of lichamelijk probleem gediagnosticeerd is; de zorg die vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem verleend wordt door huisartsen; en het verwijfsgedrag van huisartsen bij een gediagnosticeerd psychisch probleem.

#### *Onderzoeksvragen*

De volgende onderzoeksvragen zullen beantwoord worden voor de jaren 2002, 2004, 2006 en 2008:

- 1) Met betrekking tot diagnoses:
  - Hoe vaak wordt een psychisch probleem gediagnosticeerd bij ouderen?
  - Bij hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem zijn er bijkomende psychische of lichamelijke problemen gediagnosticeerd?
- 2) Met betrekking tot de verleende zorg:
  - Hoe vaak is er contact vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem, en wat is de aard van dit contact?<sup>1</sup>
  - Hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem krijgen psychofarmaca voorgeschreven?

---

<sup>1</sup> Deze onderzoeksvraag wordt vanwege verandering in registratie binnen LINH alleen beantwoord voor de jaren 2006 en 2008.



### 3) Met betrekking tot het verwijsgedrag:

- Hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem worden doorverwezen, en waar naar toe?

De onderzoeksvragen worden beantwoord voor de algemene groep ouderen ( $\geq 65$  jaar) die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem (ongeacht welke), en voor de subgroepen van ouderen die gediagnosticeerd zijn met een specifieke psychisch probleem, te weten depressie, angst, dementie, problematisch alcoholgebruik (alleen onderzoeksvraag 1) en psychotische stoornis (alleen onderzoeksvraag 1).<sup>2</sup>

Er wordt ook gekeken naar hoe vaak huisartsen bijkomende (oftewel 'comorbide') problemen diagnosticeren, omdat psychische stoornissen vaak gelijktijdig vóórkomen bij ouderen (Beekman e.a., 2000; Van Balkom e.a., 2000), en ook frequent samengaan met chronische lichamelijke aandoeningen (Bierman e.a., 2007). Psychische en somatische comorbiditeit heeft een ongunstige invloed op het beloop van een psychische stoornis. Omgekeerd, heeft de psychische stoornis een nadelige invloed op de prognose van een bijkomende psychische of lichamelijke aandoening (Verdurmen e.a., 2006; Schoevers e.a., 2008; Scott e.a., 2009). Bijgevolg wordt in het geval van comorbiditeit soms een ander behandelbeleid aanbevolen (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a, 2008b).

#### 1.1.3 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit acht paragrafen. De onderzoeksmethode wordt in paragraaf 1.2 besproken. Daarna worden in de paragrafen 1.3 tot en met 1.7 achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met slotparagraaf 1.8 waarin de belangrijkste bevindingen samengevat en besproken worden.

## 1.2 Methode

### 1.2.1 Gebruikte gegevens

#### *LINH*

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (Verheij e.a., 2009). LINH is een netwerk van (in 2007) 89 geautomatiseerde huisartspraktijken bij wie bijna 340.000 patiënten staan ingeschreven. De aan LINH deelnemende huisartsen verzamelen op continue, routinematige wijze gegevens over gestelde diagnoses, patiëntcontacten en uitgevoerde verrichtingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat gegevens uit de EPD's opgenomen worden in de

---

<sup>2</sup> De aantallen patiënten met een diagnose problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis zijn te laag om de andere onderzoeksvragen te beantwoorden.

LINH database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats om de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen.

De praktijkpopulatie die ingeschreven staat bij de aan LINH deelnemende praktijken is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht. Ook de deelnemende huisartsen verschillen niet van de Nederlandse huisartsenpopulatie, afgezien van dat zij wat minder vaak werkzaam zijn in een solopraktijk, iets minder vaak werken in niet stedelijke gebieden, en juist wat vaker werkzaam zijn in weinig stedelijke gebieden.

### **Selectie praktijken**

Om betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen zijn in alle onderzoeksjaren (2002, 2004, 2006 en 2008) voor elk van de onderzochte uitkomsten alleen gegevens gebruikt van de huisartspraktijken die voldeden aan kwaliteitscriteria voor registratie. Hierdoor verschillen per onderzoeksjaar per uitkomst de aantallen praktijken en ouderen waarop de resultaten gebaseerd zijn (zie Bijlage 1). De leeftijd- en geslachtsverhouding van onderzochte ouderen blijkt over de jaren redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2008). Wel varieert de verdeling van urbanisatiegraad enigszins tussen de jaren.

## **1.2.2 Onderzochte variabelen**

### ***Psychische en bijkomende diagnoses***

De huisartsen registreren diagnoses die zij stellen bij patiënten in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Diagnoses worden gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem *International Classification of Primary Care* (ICPC; Lambert & Wood, 1987). Hierbij geeft de huisarts aan of het een nieuwe of reeds bestaande diagnose betreft. Diagnosecodes voor psychische problemen zijn in de ICPC ondergebracht in het zogenoemde P-hoofdstuk, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen diagnoses op het niveau van symptomen/klachten (bv. slapeloosheid) en op het niveau van aandoeningen (bv. depressie).

In dit onderzoek wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (d.w.z. ouderen met  $\geq 1$  'P-diagnose', ongeacht of het een symptoom/klacht of aandoening betreft) en naar subgroepen van ouderen met een specifieke diagnose, te weten depressie (ICPC-codes: P76/P03), angst (P76/P01), dementie (P70), problematisch alcoholgebruik (P15/P16) en psychotische stoornis (P71/P72/P98). Hoe vaak een (specifieke) psychische diagnose gesteld is in een onderzoeksjaar is bepaald aan de hand van het aantal ouderen met de betreffende diagnose (ongeacht of deze nieuw is of al bestond) (prevalentie), en daarnaast ook aan de hand van het aantal ouderen bij wie de diagnose nieuw gesteld wordt (incidentie).

Voor de subgroepen van ouderen met een diagnose depressie, met een diagnose angst, en met een diagnose dementie is nagegaan hoe vaak zij daarnaast gediagnosticeerd zijn met bijkomende psychische en lichamelijke problemen. Wat betreft bijkomende lichamelijke diagnoses is gekeken naar vier ziektecategorieën, te weten astma/chronisch obstructieve longziekte (COPD) (R91/R95/R96), diabetes mellitus (T90), bot- of gewrichtsaandoening (L88-L91/L95/L96) en hart- of vaatziekte (K74-K77/K89/K90).

## **Contacten**

In de periode 2002-2008 is tengevolge van de stelselwijziging in 2006 de wijze waarop contacten bepaald worden veranderd binnen LINH. Hierdoor kan er geen betrouwbare vergelijking gemaakt worden tussen contactgegevens van voor en na 2006. Daarom is er voor gekozen contactgegevens vanwege een (specifieke) psychische diagnose alleen voor de jaren 2006 en 2008 te presenteren.

Na 2006 zijn contacten gebaseerd op gedeclareerde contacten die gecodeerd worden met een CTG-code (College Tarieven Gezondheidszorg). Hieronder vallen (telefonische) consulten en visites van de huisarts en praktijkondersteuner (POH), maar ook zogenoemde 'modernisatie en innovatie-verrichtingen'. Een gedeclareerd contact kan meerdere deelcontacten voor verschillende diagnoses omvatten. De CTG-codering biedt de mogelijkheid een onderscheid te maken naar type contact aan de hand van betrokken hulpverlener (huisarts of POH), contactduur (<20 of >20 minuten) en manier van contact (consult in de praktijk, telefonisch consult, of visite).

## **Voorschrijven van psychofarmaca**

Huisartsen coderen voorschriften van medicatie in het HIS met behulp van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem ([www.whocc.no](http://www.whocc.no)). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende typen psychofarmaca: antidepressiva (ATC-code: N06A), kalmeringsmiddelen (anxiolytica; N05B), slaapmiddelen (hypnotica/sedativa; N05C), antipsychotica (N05A), dementiemiddelen (N06D) en middelen bij alcoholverslaving (N07BB). Wat betreft antidepressiva wordt nog een verder onderscheid gemaakt tussen selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's; N06AB), tricyclische antidepressiva (TCA's; N06AA) en overige antidepressiva (N06AF/N06AG/N06AX).

## **Verwijzingen**

Binnen LINH worden de volgende verwijzbestemmingen met betrekking tot psychische hulpverlening aan ouderen geregistreerd: maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie, geriatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut en consultatiebureau voor alcohol en drugs. Het is belangrijk op te merken dat binnen LINH huisartsen geacht worden verwijzingen naar de vijf eerstgenoemde bestemmingen te registreren, terwijl verwijzingen naar de drie overige bestemmingen facultatief zijn. Verder is binnen LINH wat betreft verwijzingen naar de tweede lijn alleen registratie van nieuwe verwijzingen verplicht.

### **1.2.3 Analyse en presentatie van resultaten**

Analyses zijn beschrijvend van aard en de resultaten worden in grafieken gepresenteerd.

Zoals eerder beschreven worden analyses uitgevoerd voor de algemene groep ouderen met enigerlei psychische diagnose en voor subgroepen van ouderen met een specifieke diagnose. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoeksvragen met betrekking tot bijkomende diagnoses, verleende zorg, en verwijzgedrag alleen beant-

woord worden voor de subgroepen van ouderen met een diagnose depressie, met een diagnose angst en met een diagnose dementie. Dit omdat de subgroepen van ouderen met een diagnose problematisch alcoholgebruik en met een diagnose psychotische stoornis te klein zijn om betekenisvolle uitspraken te doen. Telkens wordt nagegaan of uitsplitsing naar geslacht invloed heeft op de bevindingen. Verdere uitsplitsing naar leeftijd (65-74, 75-84 en 85-plus) is alleen gemaakt met betrekking tot gestelde psychische diagnoses.

### **1.3 Hoe vaak worden psychische diagnoses gesteld bij ouderen?**

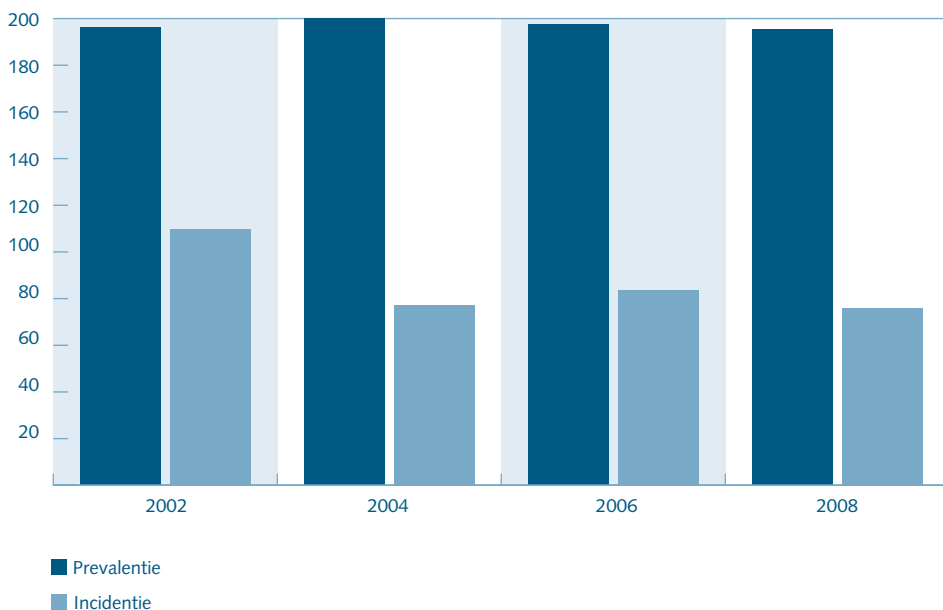
In deze paragraaf wordt eerst beschreven hoe vaak er in de periode 2002-2008 een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd wordt bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Vervolgens wordt hetzelfde gedaan voor een vijftal specifieke diagnoses, te weten depressie, angst, dementie, problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis.

#### **1.3.1 Psychische diagnose**

##### ***Hoe vaak wordt een psychische diagnose gesteld?***

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij ongeveer 20% van de ouderen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd door de huisarts (zie Grafiek 1). Er is in deze periode geen consistente toe- of afname te zien in dit percentage. Wanneer gekeken wordt naar het aantal nieuwe gevallen bij wie een psychische diagnose gesteld is, is er tussen 2002 en 2004 een afname te zien, waarna de incidentie zich stabiliseert.

**Grafiek 1** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van enige psychische diagnose in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Tussen 2002 en 2008 wordt op jaarbasis een psychische diagnose ongeveer 1,7 keer zo vaak gesteld bij vrouwen als bij mannen. De huisarts heeft in deze periode jaarlijks bij ongeveer een kwart (23,5-24,8%) van de vrouwen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd; bij de mannen varieert het percentage met een psychische diagnose tussen de 13,2% en 14,5%. Zowel bij mannen als vrouwen wordt een psychische diagnose het vaakst gesteld in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en het minst vaak in de leeftijd tussen 65 en 74 jaar.

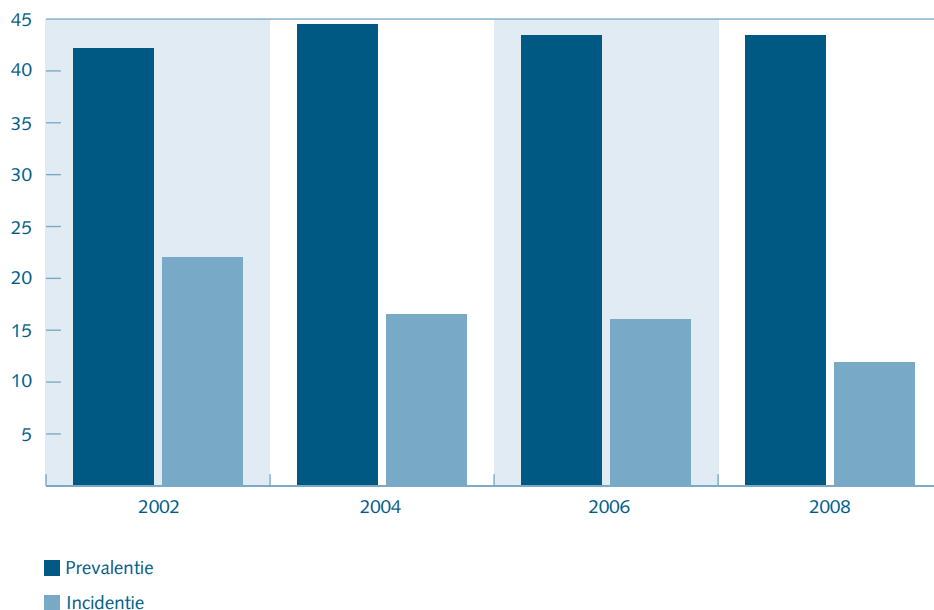
Wanneer de totale groep van ouderen uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er in de periode 2002-2008 geslachtsspecifieke ontwikkelingen te zien. Onder mannen stijgt het percentage met een psychische diagnose consistent van 13,2% in 2002 tot 14,5% in 2008. Onder vrouwen daalt het percentage met een psychische diagnose vanaf 2004 (24,8%) naar 23,5% in 2008.

### **1.3.2 Diagnose depressie**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose depressie gesteld?***

Tussen 2002 en 2008 wordt bij 4,2% tot 4,5% van de ouderen jaarlijks een depressie gediagnosticeerd (zie Grafiek 2). Er is in deze periode geen consistente toe- of afname te zien in dit percentage. Daarentegen daalt het aantal nieuwe gevallen met een diagnose depressie wel consistent tussen 2002 en 2008.

Grafiek 2 Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose depressie in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

De diagnose depressie wordt ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen gesteld in de huisartsenpraktijk. Bij zowel mannen als vrouwen wordt depressie relatief het meest gediagnosticeerd in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en relatief het minst frequent tussen de 65 en 74 jaar.

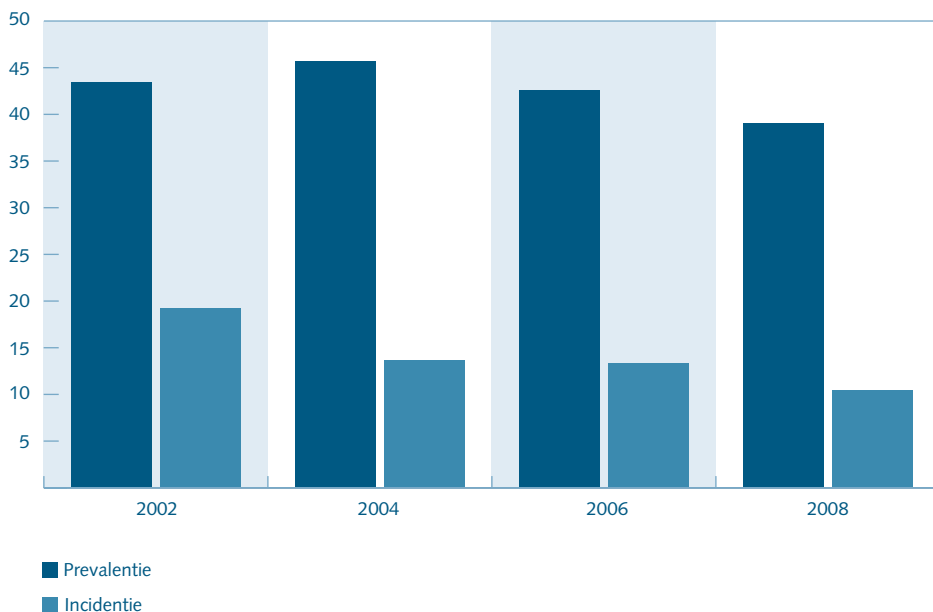
Uitsplitsing van de totale groep van ouderen naar geslacht heeft geen duidelijke invloed op de hierboven beschreven ontwikkelingen in de periode 2002-2008.

### **1.3.3 Diagnose angst**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose angst gesteld?***

In de periode 2002-2008 wordt op jaarbasis bij 3,9% tot 4,6% van de ouderen een diagnose angst gesteld door de huisarts (zie Grafiek 3). Vanaf 2004 daalt het percentage ouderen dat gediagnosticeerd is met angst van 4,6% naar 3,9% in 2008. Wanneer gekeken wordt naar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose angst is de gehele periode een consistente daling te zien.

**Grafiek 3** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose angst in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Evenals het geval is voor de diagnose depressie, wordt de diagnose angst ruim twee maal zo vaak door de huisarts gesteld bij vrouwen dan mannen. Ook angst wordt relatief het vaakst gediagnosticeerd bij mannen en vrouwen van 85 jaar en ouder; en het minst vaak bij mannen en vrouwen tussen de 65 en 74 jaar.

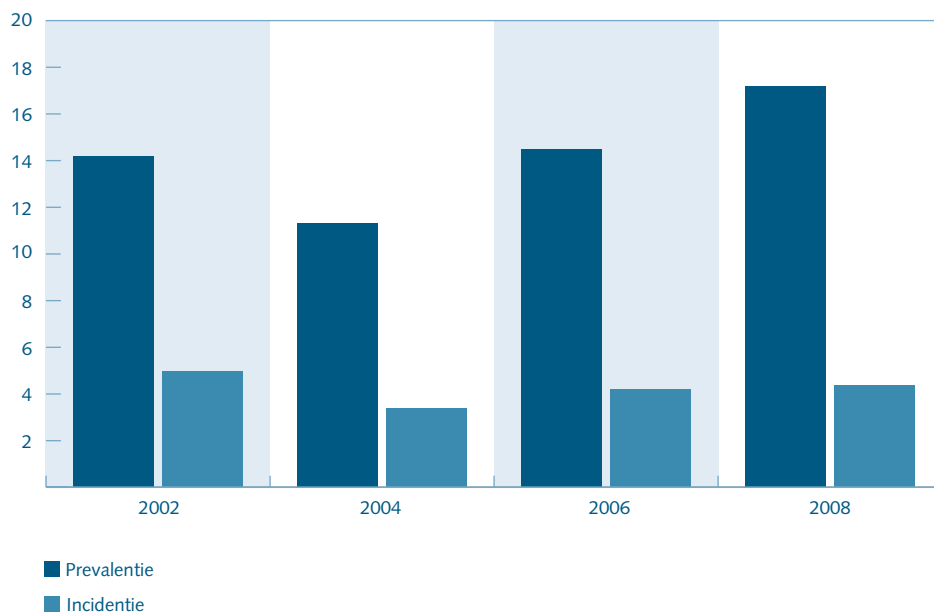
De hierboven beschreven ontwikkelingen wat betreft diagnose angst in de totale groep ouderen zijn ook waarneembaar wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

### **1.3.4 Diagnose dementie**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose dementie gesteld?***

Tussen 2002 en 2004 daalt het percentage ouderen dat bij de huisarts een diagnose dementie heeft gekregen van 1,4% naar 1,1%, om vervolgens vanaf 2004 relatief sterk toe te nemen tot 1,7% in 2008 (zie Grafiek 4). Kijkend naar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose dementie, is een soortgelijke trend te zien.

Grafiek 4 Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose dementie in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Dementie wordt ongeveer anderhalf keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen gesteld in de huisartsenpraktijk. Bij zowel mannen als vrouwen wordt dementie het meest gediagnosticeerd in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en relatief het minst frequent tussen de 65 en 74 jaar.

Wanneer de totale groep van ouderen uitgesplitst wordt naar geslacht is tussen 2002 en 2008 bij zowel mannen als vrouwen dezelfde ontwikkeling in de diagnose van dementie zichtbaar als hierboven beschreven.

### **1.3.5 Diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis**

#### ***Hoe vaak worden de diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis gesteld?***

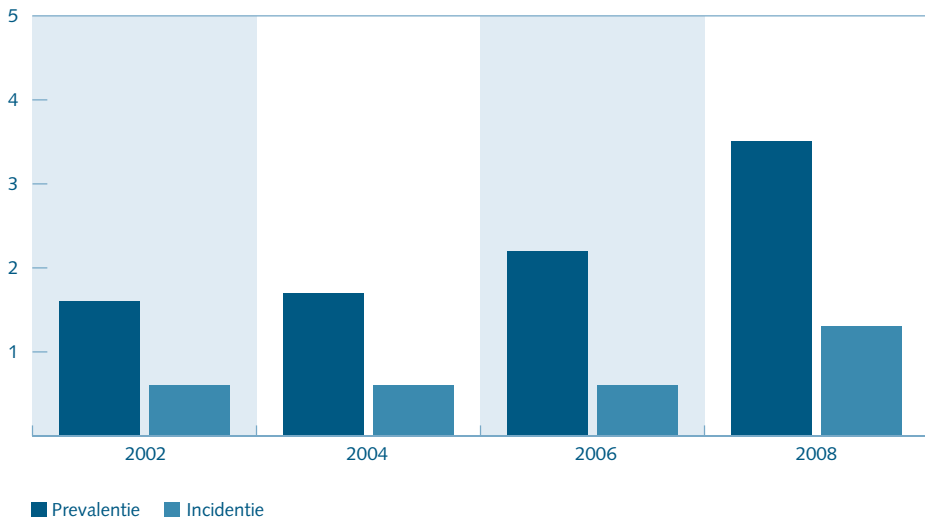
De huisarts diagnosticeert bij weinig ouderen problematisch alcoholgebruik. Wel verdubbelt tussen 2002 en 2008 het percentage ouderen met een diagnose problematisch alcoholgebruik (van 0,2% naar 0,4%) (zie Grafiek 5). Ook de diagnose psychotische stoornis wordt in de huisartsenpraktijk weinig gesteld, maar wel steeds vaker tussen 2002 en 2008 (van 0,5% naar 0,7%) (zie Grafiek 6).

Kijkend naar de incidentie, dan valt op dat het aantal nieuwe gevallen met een diagnose problematisch alcoholgebruik in 2008 toegenomen is ten opzichte van de

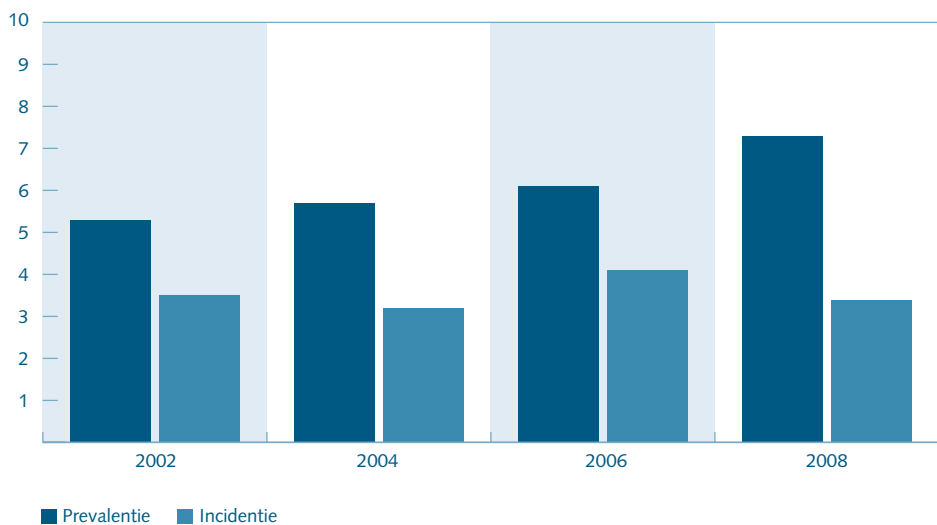


voorgaande jaren. Het aantal nieuwe gevallen met een diagnose psychotische stoornis laat in de periode 2002-2008 een wisselend patroon zien.

**Grafiek 5** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose problematisch alcoholgebruik in de periode 2002-2008



**Grafiek 6** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose psychotische stoornis in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

In de periode 2002-2008 wordt problematisch alcoholgebruik door huisartsen ongeveer twee tot drie keer zo vaak gediagnosticeerd bij mannen als bij vrouwen. Wat betreft de diagnose psychotische stoornis is er geen duidelijk sekseverschil waarneembaar. Zowel bij mannen als vrouwen wordt problematisch alcoholgebruik relatief het meest frequent gediagnosticeerd tussen 65 en 74 jaar; en het minst vaak vanaf 85 jaar. Omgekeerd, wordt de diagnose psychotische stoornis het meest gesteld in de oudste leeftijdsgroep; en het minst in de leeftijd tussen 65 en 74 jaar.

Wanneer verder uitgesplitst wordt naar geslacht blijkt alleen onder mannen het percentage met een diagnose problematisch alcoholgebruik consistent te stijgen van 0,2% in 2002 naar 0,6% in 2008 (een verdrievoudiging). Alleen bij vrouwen is er een consistent stijgend percentage met een diagnose psychotische stoornis waarneembaar tussen 2002 en 2008 (van 0,6% naar 0,9%).

## **1.4 Hoe vaak zijn andere diagnoses gesteld bij ouderen met een psychische diagnose?**

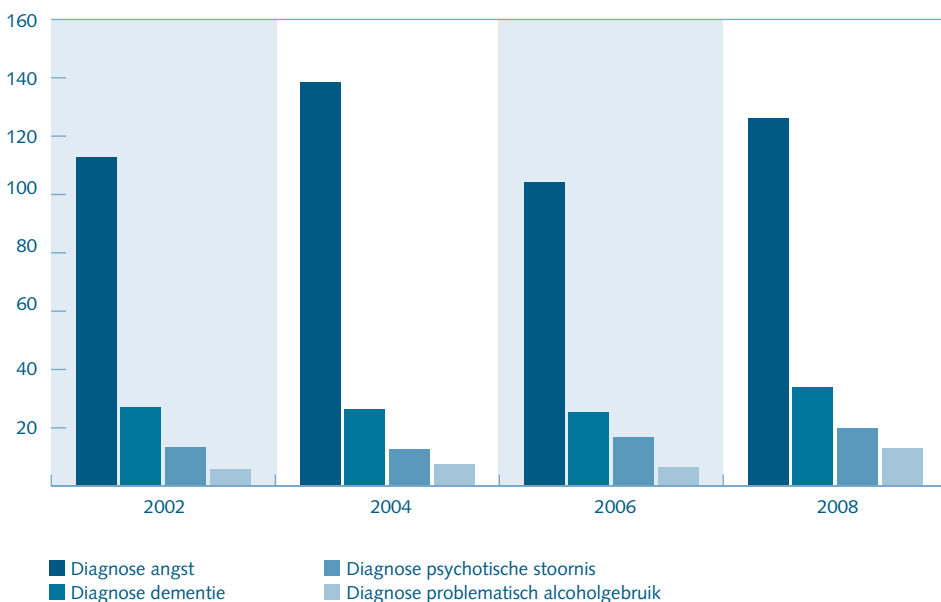
In deze paragraaf wordt beschreven bij hoeveel van de ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie daarnaast ook andere diagnoses gesteld zijn. Eerst wordt bekeken hoe vaak andere psychische problemen gediagnosticeerd zijn; vervolgens hoe vaak bijkomende lichamelijke aandoeningen gediagnosticeerd zijn.

### **1.4.1 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose depressie**

#### ***Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose depressie?***

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij 10,4% tot 13,9% van de ouderen met een diagnose depressie ook angst gediagnosticeerd (zie Grafiek 7). Er is geen duidelijke verandering in dit percentage waarneembaar. Dementie (2,5-3,4%), een psychotische stoornis (1,3-2,0%) of problematisch alcoholgebruik (0,6-1,3%) worden weinig gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose depressie. Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose psychotische stoornis neemt vanaf 2004 (1,3%) relatief sterk toe tot 2,0% in 2008.

**Grafiek 7 Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 wordt bijkomende angst vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Andersom, wordt problematisch alcoholgebruik juist vaker gediagnosticeerd bij mannen dan vrouwen met een diagnose depressie. Wat betreft de bijkomende diagnoses psychotische stoornis en dementie zijn er minder consistente sekseverschillen.

Ook wanneer er uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er geen duidelijke veranderingen waarneembaar in het percentage ouderen met een bijkomende diagnose angst. Er zijn een aantal geslachtsspecifieke ontwikkelingen te zien. Alleen bij vrouwen is er sprake van een stijgend percentage met een bijkomende diagnose dementie (van 2,4% in 2002 naar 3,5% in 2008; een toename van 46%). Verder stijgt alleen onder mannen het percentage met een bijkomende diagnose problematisch alcoholgebruik (van 1,0% in 2002 naar 2,9% in 2008; bijna een verdrievoudiging).

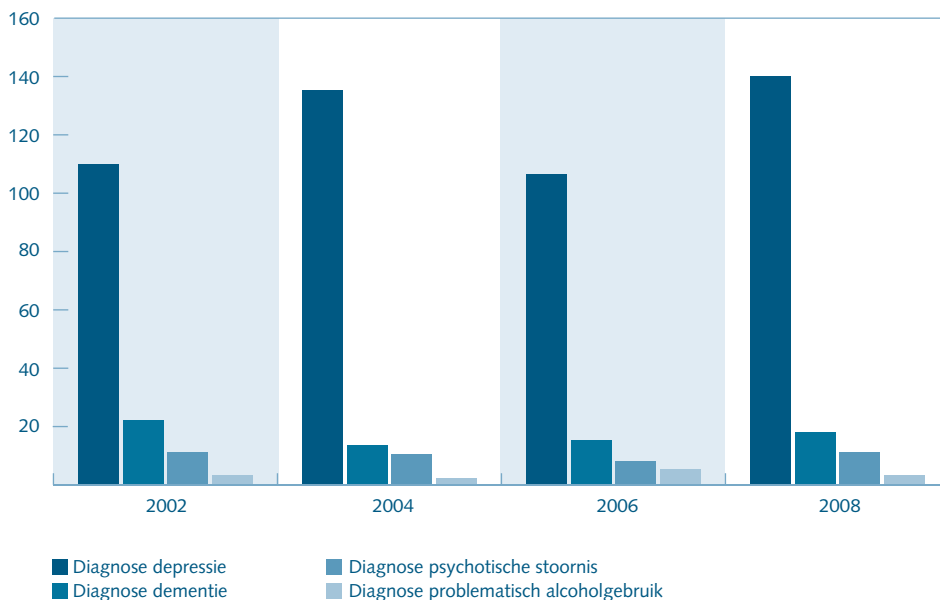
## **1.4.2 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose angst**

### ***Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

De diagnose die veruit het meest gesteld is naast angst is depressie (bij 10,6-14,0% van de ouderen) (zie Grafiek 8). Dementie (1,3-2,2%), een psychotische stoornis (0,8-1,1%) en problematisch alcoholgebruik (0,2-0,5%) worden weinig gediagnosticeerd

bij ouderen met een diagnose angst. Tussen 2002 en 2008 zijn geen duidelijke ontwikkelingen waarneembaar in de percentages ouderen met bijkomende diagnoses.

**Grafiek 8** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen diagnoseert de huisarts in de periode 2002-2008 vaker een bijkomende depressie bij vrouwen dan mannen met een diagnose angst. De bijkomende diagnoses problematisch alcoholgebruik, psychotische stoornis en dementie zijn daarentegen vaker gesteld bij mannen dan vrouwen.

Ook wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er tussen 2002 en 2008 geen duidelijke toe- of afnamen te zien wat betreft bijkomende psychische diagnoses.

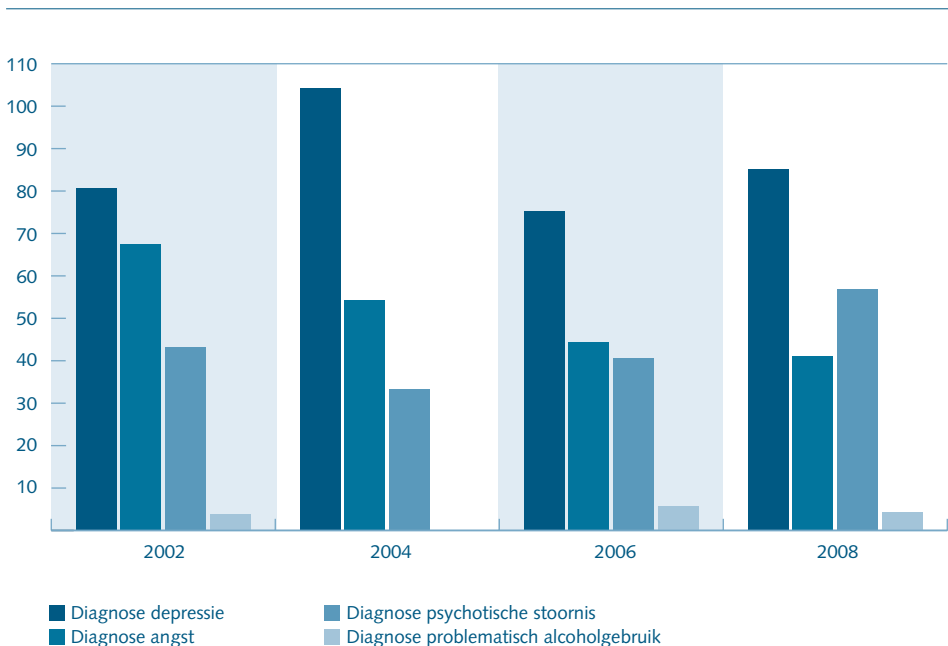
### **1.4.3 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose dementie**

Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose dementie?

In de periode 2002-2008 is depressie de meest gestelde psychische diagnose bij ouderen met een diagnose dementie (zie Grafiek 9). Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose depressie varieert tussen de 7,5% en 10,4% en laat geen consistente toe- of afname zien. Angst wordt ook relatief vaak gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose dementie, maar wel steeds minder tussen 2002 (6,8%) en 2008 (4,1%) (een afname van 40%). Het percentage ouderen met een bijkomende

diagnose psychotische stoornis daalt tussen 2002 en 2004 van 4,3% naar 3,3%, om vervolgens vanaf 2004 weer te stijgen tot 5,7% in 2008. Problematisch alcoholgebruik wordt nauwelijks gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose dementie.

**Grafiek 9** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 verschillen mannen en vrouwen met een diagnose dementie niet consistent in hoe vaak bijkomende psychische diagnoses gesteld zijn.

Wat betreft ontwikkelingen in de periode 2002-2008 is het hierboven beschreven beeld in de totale groep ouderen ook te zien onder mannen en vrouwen. Een uitzondering is dat bij mannen het percentage met een psychotische stoornis daalt vanaf 2004 (6,5%) naar 5,1% in 2008.

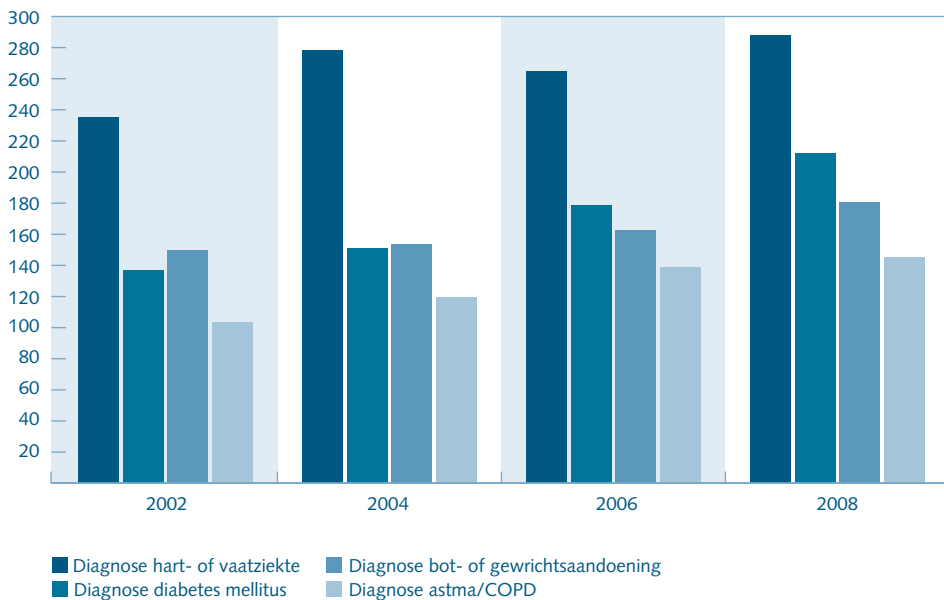
## **1.4.4 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose depressie**

### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose depressie?***

In de periode 2002-2008 is hart- of vaatziekte het vaakst gediagnosticeerd naast een diagnose depressie (bij 23,5-28,8% van de ouderen), gevolgd door, respectievelijk, diabetes mellitus (13,7-21,2%), een bot- of gewrichtsaandoening (15,0-18,1%) en astma/COPD (10,3-14,5%) (zie Grafiek 10). Met uitzondering van de diagnose hart- of vaatziekte zijn de percentages ouderen met een bijkomende lichamelijke diagnose

consequent gestegen tussen 2002 en 2008. Met name het percentage ouderen met een bijkomende diagnose diabetes mellitus is toegenomen (van 13,7% naar 21,2%; een toename van 55%).

**Grafiek 10** Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 wordt een bot- of gewrichtsaandoening vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Daarentegen hebben meer mannen een bijkomende diagnose astma/COPD of een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte. Wat betreft de diagnose diabetes mellitus bestaat er geen consistent sekseverschil.

De hierboven beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 in de totale groep ouderen zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Onder mannen is er alleen geen stijgend percentage met een bijkomende diagnose bot- of gewrichtsaandoening waarneembaar, en is er sprake van een toenemend percentage met een hart- of vaatziekte (van 30,0% naar 37,2%).

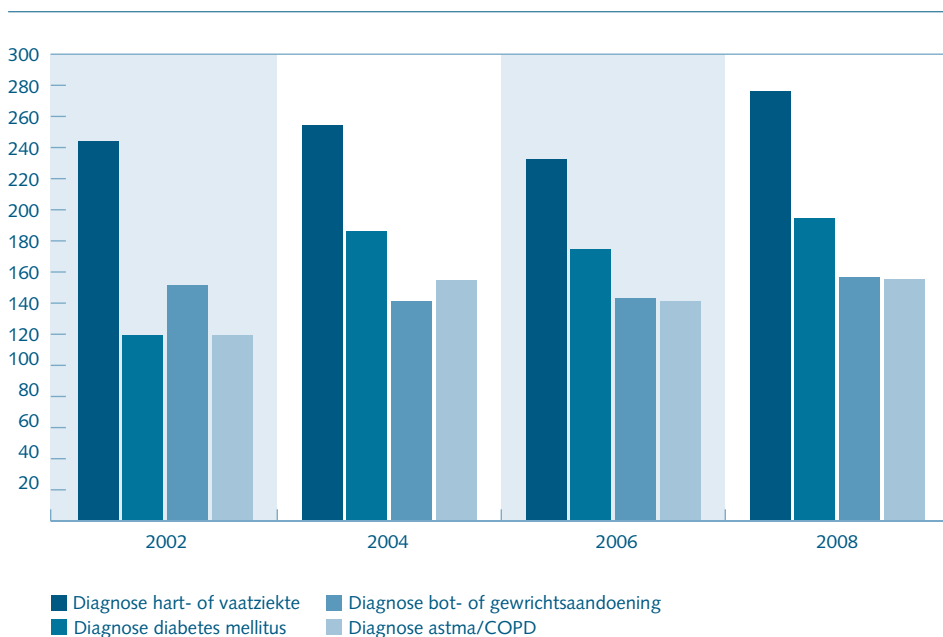
### **1.4.5 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

Hart- of vaatziekte is de meest gestelde lichamelijke diagnose naast een diagnose angst (bij 23,2-27,6% van de ouderen) (zie Grafiek 11). Ook diabetes mellitus (12,0-19,4%), een bot- of gewrichtsaandoening (14,1-15,6%) en astma/COPD (12,0-15,5%) worden

relatief vaak gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose angst. Tussen 2002 en 2008 is geen consistente toe- of afname waar te nemen in de percentages ouderen met een bijkomende lichamelijke diagnose.

**Grafiek 11** Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Bot- of gewrichtsaandoeningen worden in de periode 2002-2008 vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose angst. Daarentegen hebben meer mannen dan vrouwen een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte of een bijkomende diagnose astma/COPD. Er bestaan geen consistente verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de bijkomende diagnose diabetes mellitus.

Net als in de totale groep ouderen zijn er ook geen duidelijke veranderingen waarneembaar tussen 2002 en 2008 wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

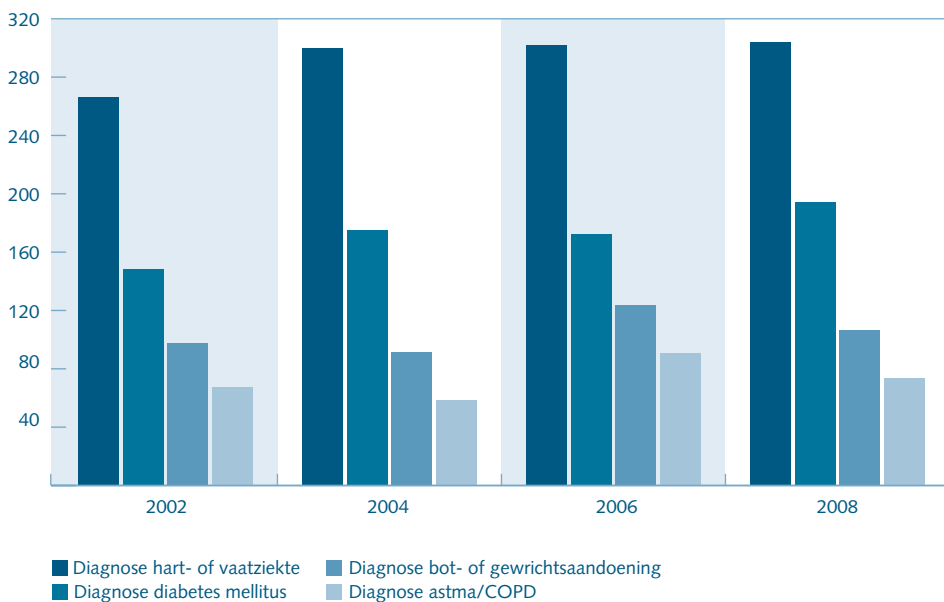
## **1.4.6 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose dementie**

### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose dementie?***

Ook bij ouderen met een diagnose dementie is een hart- of vaatziekte de meest gestelde lichamelijke diagnose (zie Grafiek 12). Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte stijgt tussen 2002 en 2004 van 26,6% naar 30%, om zich in de daaropvolgende jaren rond dit percentage te stabiliseren. Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose diabetes mellitus neemt tussen 2002 en 2008 toe van

14,8% naar 19,5%. Een bot- of gewrichtsaandoening is in de periode 2002-2008 bij 14,8% tot 19,5% van de ouderen gediagnosticeerd, en astma/COPD bij 5,8% tot 9,1%. Wat betreft deze bijkomende lichamelijke diagnoses zijn geen duidelijke veranderingen te zien.

**Grafiek 12 Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 is diabetes mellitus of een bot- of gewrichtsaandoening vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose dementie. Daarentegen hebben meer mannen een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte of een bijkomende diagnose astma/COPD.

Wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht zijn de meeste van de boven beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 ook waarneembaar. Een uitzondering is dat het percentage ouderen met een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte zowel onder mannen als vrouwen een ander, variabel patroon laat zien. Verder daalt onder mannen het percentage met een bijkomende diagnose astma/COPD consistent van 11,6% in 2002 naar 7,1% in 2008.



## 1.5 Hoe vaak en wat voor soort contact is er vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem?

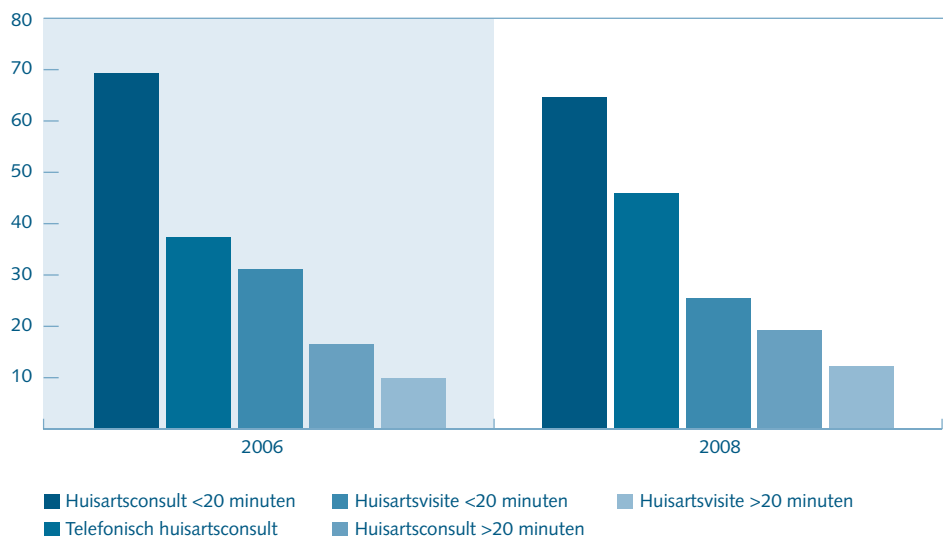
In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak ouderen contact hebben met de huisartsenpraktijk vanwege een psychische diagnose in het algemeen en specifiek vanwege een diagnose depressie, angst of dementie. Cijfers worden alleen gepresenteerd voor de jaren 2006 en 2008. Zoals eerder beschreven verschilt binnen LINH de wijze waarop contacten geregistreerd worden tussen de jaren 2002-2004 en 2006-2008, waardoor vergelijking tussen beiden perioden niet mogelijk is.

### 1.5.1 Psychische diagnose

#### *Hoe vaak is er contact vanwege een psychische diagnose?*

Het aantal contacten vanwege een psychische diagnose stijgt tussen 2006 en 2008 van 181 naar 193 contacten per 100 gediagnosticeerde ouderen (een toename van 7%). De meeste contacten vanwege een psychische diagnose betreffen een consult met de huisarts korter dan 20 minuten (zie Grafiek 13). De frequentie van het korte huisartsconsult neemt wel wat af tussen 2006 en 2008, van 69 naar 65 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen. Grafiek 13 laat verder zien dat tussen 2006 en 2008 het aantal telefonische consulten stijgt, van 37 naar 46 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen. Ook de frequenties van het lange huisartsconsult (van 16 naar 19 consulten) en van de lange huisartsvisite (van 10 naar 12 visites) neemt toe. Het aantal korte visites van de huisarts per 100 gediagnosticeerde ouderen daalt tussen 2006 en 2008, van 31 naar 25 consulten. Contacten met een praktijkondersteuner (POH) vanwege een psychische diagnose komen weinig voor (niet weergegeven in Grafiek 13).

**Grafiek 13 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Vrouwen hebben vanwege een psychische diagnose in 2006 en 2008 vaker contact met de huisartsenpraktijk dan mannen. Als gekeken wordt naar de aard van het contact valt op dat vrouwen vaker een kort huisartsconsult hebben en een korte visite van de huisarts krijgen.

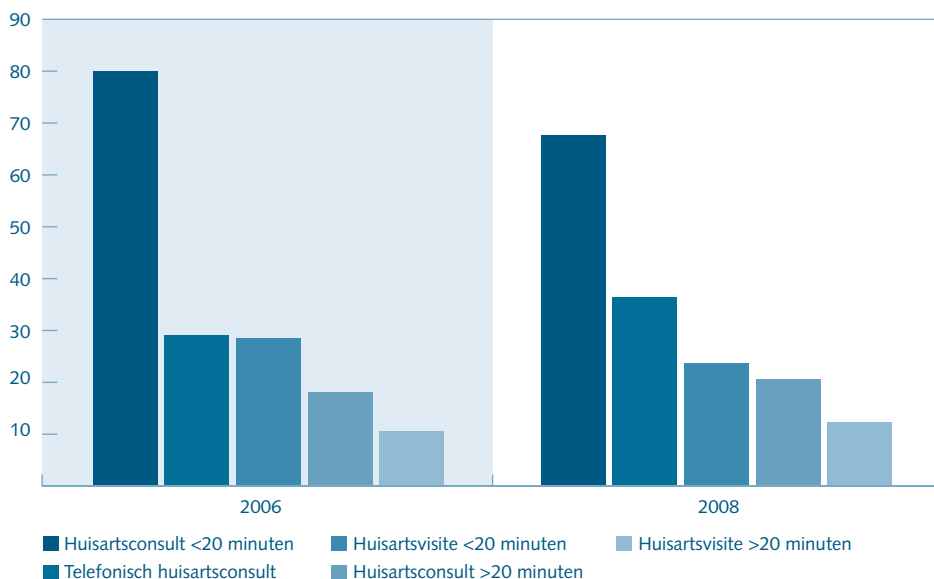
De bovenbeschreven veranderingen tussen 2006 en 2008 wat betreft het aantal en type contacten in de totale groep ouderen met een psychische diagnose zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.5.2 Diagnose depressie**

### ***Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose depressie?***

Het aantal contacten vanwege een diagnose depressie per 100 gediagnosticeerde ouderen stijgt tussen 2006 en 2008 van 163 naar 169 contacten, een toename van 4%. Ouderen hebben vanwege een diagnose depressie vooral consulten met de huisarts die korter duren dan 20 minuten (zie Grafiek 14). Per type contact zijn tussen 2006 en 2008 verschillende veranderingen te zien. Het aantal korte huisartsconsulten per 100 gediagnosticeerde ouderen is gedaald (van 80 naar 68 consulten), evenals het aantal korte huisartsvisites (van 28 naar 24 visites). Daarentegen stijgen de frequenties van het telefonisch huisartsconsult (van 29 naar 36 consulten), het lange huisartsconsult (van 18 naar 20 consulten) en de lange huisartsvisite (van 11 naar 12 visites). Ouderen hebben nauwelijks contact met een POH vanwege een diagnose depressie (niet weergegeven in Grafiek 14).

**Grafiek 14 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In 2006-2008 hebben vrouwen in vergelijking met mannen wat vaker contact met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose depressie. Wat betreft het soort contact zijn er een aantal sekseverschillen te zien. Vrouwen krijgen in vergelijking met mannen vanwege een diagnose depressie vaker een korte visite van de huisarts en zij hebben vaker een telefonisch huisartsconsult. Mannen met een diagnose depressie hebben daarentegen gemiddeld genomen vaker een kort of lang huisartsconsult.

De bovenbeschreven veranderingen tussen 2006 en 2008 wat betreft het aantal en type contacten in de totale groep ouderen is ook waarneembaar wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

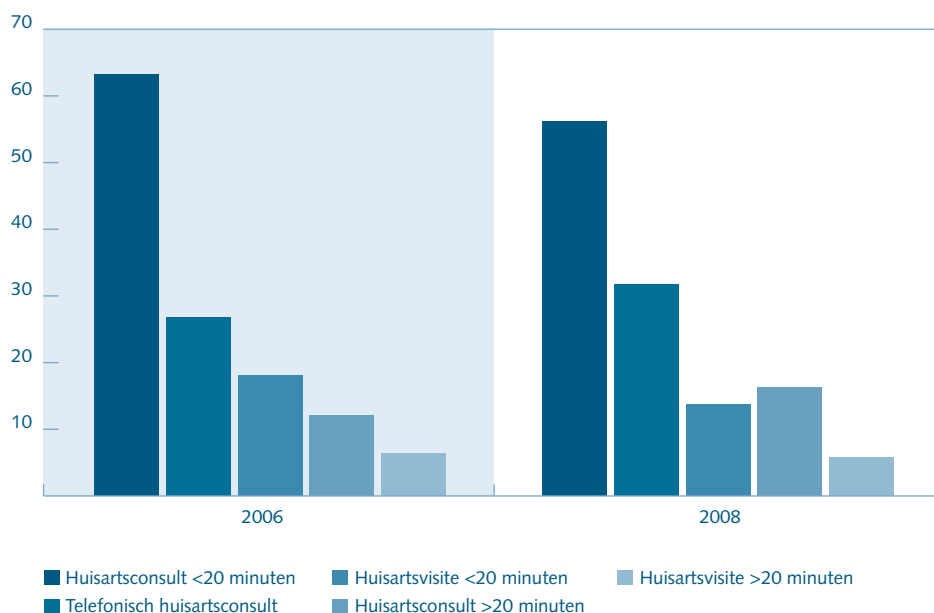
### **1.5.3 Diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose angst?***

Het aantal contacten vanwege een diagnose angst per 100 gediagnosticeerde ouderen neemt tussen 2006 en 2008 toe van 133 naar 135 contacten, een toename van 2%. Een huisartsconsult korter dan 20 minuten is het meest voorkomende type contact vanwege een diagnose angst, hoewel de frequentie wel wat afneemt tussen 2006 en 2008 (van 63 naar 56 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen) (zie Grafiek 15). Ook de frequentie van de korte huisartsvisite neemt af tussen 2006 en 2008 (van 18 naar 14 visites). Daarentegen stijgt het aantal telefonische huisartsconsulten (van 27

naar 32 consulten) en het aantal lange huisartsconsulten (van 12 naar 16 consulten) per 100 gediagnosticeerde ouderen. De frequentie van de lange huisartsvisite blijft vrijwel stabiel tussen 2006 en 2008. Ouderen hebben vanwege een diagnose angst nauwelijks contact met een POH (niet weergegeven in Grafiek 15).

**Grafiek 15 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Gemiddeld genomen hebben in 2006 en 2008 vrouwen vaker dan mannen een contact met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose angst. Wanneer gekeken wordt naar de aard de contacten, hebben vrouwen vaker een lang huisartsconsult en krijgen zij vaker een korte visite van de huisarts.

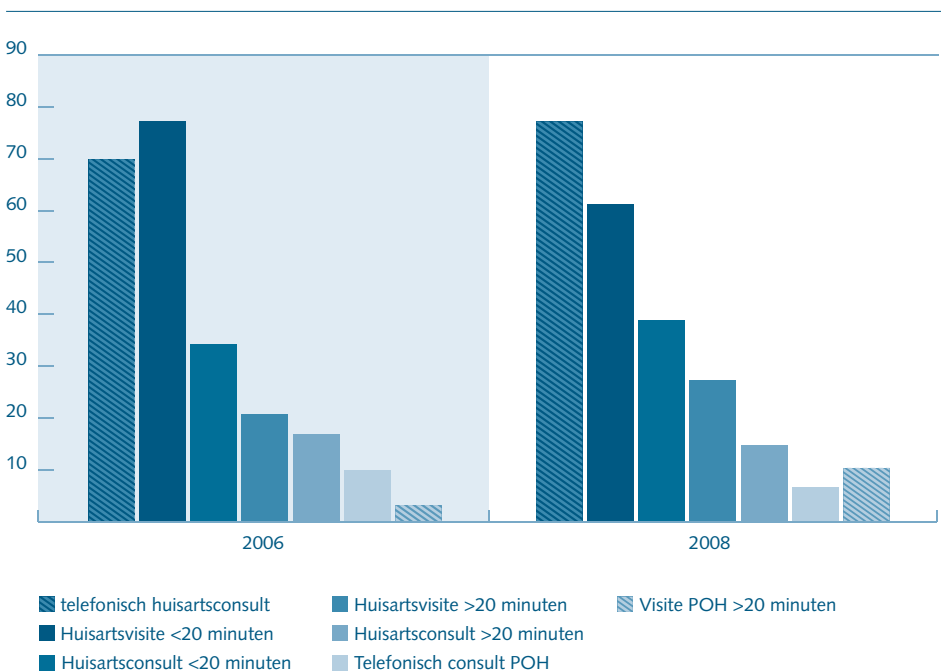
De meeste van de bovenbeschreven ontwikkelingen tussen 2006 en 2008 omtrent aantal en type contacten in de totale groep ouderen zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat onder mannen het aantal korte huisartsconsulten stabiel blijft en dat het aantal telefonische huisartsconsulten juist daalt (van 30 naar 26 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen).

## 1.5.4 Diagnose dementie

### *Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose dementie?*

Het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose dementie is hoger dan het aantal contacten vanwege een diagnose depressie of angst. Tussen 2006 en 2008 stijgt het aantal contacten vanwege een diagnose dementie van 238 naar 251 contacten per 100 gediagnosticeerde ouderen, een toename van 5%. Wanneer gekeken wordt naar het type contact blijkt dat ouderen met een diagnose dementie vooral vaak een telefonisch huisartsconsult hebben en door de huisarts bezocht worden (<20 minuten) (zie Grafiek 16). Tussen 2006 en 2008 stijgt de frequentie van het telefonische huisartsconsult (van 70 naar 77 consulten), terwijl de frequentie van de korte huisartsvisite daalt (van 77 naar 61 visites). Het aantal lange huisartsvisites per 100 gediagnosticeerde ouderen neemt daarentegen toe (van 21 naar 27 visites). Dit geldt ook voor de frequentie van het korte huisartsconsult (van 34 naar 39 consulten). Het aantal lange huisartsconsulten per 100 gediagnosticeerde ouderen daalt licht (van 17 naar 15 consulten). In vergelijking met ouderen met een diagnose depressie of angst, hebben ouderen met een diagnose dementie relatief vaak contact met een POH. Tussen 2006 en 2008 daalt het aantal telefonische consulten met deze professional (van 10 naar 7 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen), terwijl het aantal lange visites van de POH meer dan verdrievoudigt (van 3 naar 10 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen).

**Grafiek 16** Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2006-2008 is het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose dementie hoger onder mannen dan onder vrouwen. Wanneer gekeken wordt naar het type contact, dan hebben mannen met een diagnose dementie vaker een kort huisartsconsult.

De bovenbeschreven ontwikkelingen tussen 2006 en 2008 omtrent het aantal en type contacten in de totale groep ouderen zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat bij mannen met een diagnose dementie het aantal telefonische contacten daalt (van 80 naar 76 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen) en het aantal telefonische consulten met een POH toeneemt (van 5 naar 7 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen).

## **1.6 Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij ouderen met een psychische diagnose?**

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe vaak in de periode 2002-2008 psychofarmaca voorgeschreven worden aan ouderen bij wie de huisarts een psychische diagnose gesteld heeft. Eerst wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem (willekeurig welke) gediagnosticeerd is; vervolgens naar de subgroepen van ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie.

### **1.6.1 Psychische diagnose**

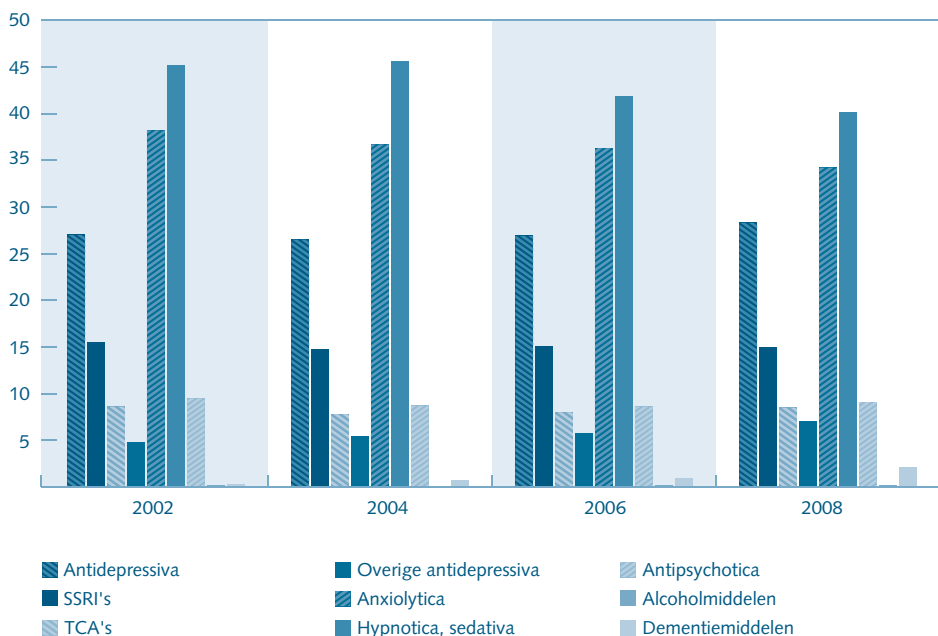
#### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een psychische diagnose?***

Slaapmiddelen (hypnotica/sedativa) zijn het meest voorgeschreven type psychofarmakon bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychische klacht of aandoening in de periode 2002-2008 (zie Grafiek 17). Het percentage ouderen met een voorgeschreven slaapmiddel neemt vanaf 2004 af van 45,6% naar 40,1% in 2008.

Ook kalmeringsmiddelen (anxiolytica) en antidepressiva worden relatief vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose in de periode 2002-2008. Het percentage ouderen met een voorschrift van een kalmeringsmiddel daalt consistent van 38,2% in 2002 naar 34,2% in 2008. Een redelijk stabiel percentage ouderen (26,9-28,3%) krijgt een antidepressivum voorgeschreven. Specifieke serotonine-heropname-remmers (SSRI's) zijn het meest voorgeschreven type antidepressivum (bij circa 15% van de ouderen). Wanneer gekeken wordt naar type antidepressivum, is de enige duidelijke verandering dat het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum (o.a. venlafaxine, mirtazapine) stijgt van 4,8% in 2002 naar 7,0% in 2008. Ongeveer 9% van de ouderen met een psychische diagnose krijgt een antipsychoticum voorgeschreven.

Middelen bij alcoholverslaving en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven, al neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een dementiemiddel wel consistent toe van 0,3% in 2002 naar 2,1% in 2008 (een verzevenvoudiging).

**Grafiek 17** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen en antidepressiva worden vaker voorgeschreven aan vrouwen dan mannen met een psychische diagnose. Antipsychotica, dementiemiddelen en middelen bij alcoholverslaving daarentegen vaker aan mannen.

Bovenbeschreven ontwikkelingen in het voorschrijven van psychofarmaca in de totale groep ouderen met een psychische diagnose zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.6.2 Diagnose depressie**

### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose depressie?***

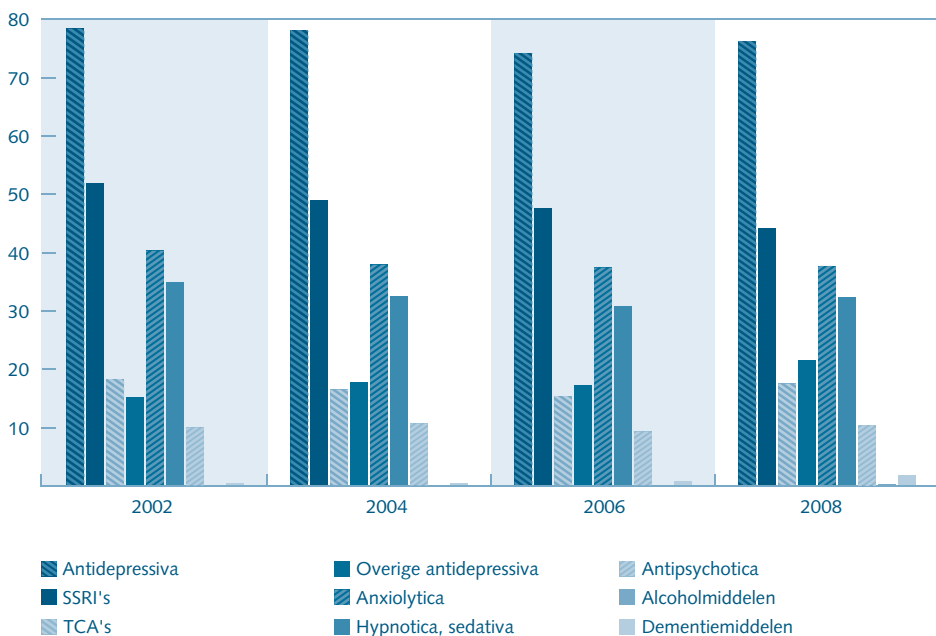
Niet verwonderlijk zijn antidepressiva het meest voorgeschreven type psychofarmacon bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met depressie (zie Grafiek 18). Het percentage ouderen dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt varieert in de periode 2002-2008 tussen de 74,2-78,4%; er is geen consistente toe- of afname te zien. Duidelijke veranderingen zijn wel waarneembaar als gekeken wordt per type antidepressivum. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een SSRI, veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum, neemt consistent af van 51,9% in 2002 naar 44,1% in 2008. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een TCA daalt van 18,3% in 2002 naar 15,4% in 2006, om in 2008 weer te stijgen naar 17,5%. Het percentage ouderen met

een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum stijgt tussen 2002 en 2008 van 15,2% naar 21,5%.

Ruwweg 40% van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met depressie krijgt een kalmeringsmiddel voorgeschreven; ruim 30% een slaapmiddel. Tussen 2002 en 2006 dalen de percentages ouderen met een voorschrift voor een kalmeringmiddel (van 40,3% naar 37,4%) en een voorschrift voor een slaapmiddel (van 34,9% naar 30,7%), om in 2008 weer licht te stijgen.

Antipsychotica worden bij ongeveer 10% van de ouderen met een diagnose depressie voorgeschreven. Alcohol- en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven, al neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een dementiemiddel wel consistent toe van 0,4% in 2002 tot 1,8% in 2008 (meer dan een verviervoudiging).

**Grafiek 18** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmaca) in de periode 2002-2008



### Is er een invloed van geslacht?

Over het algemeen is het percentage ouderen met een voorschrift van een antidepressivum, kalmerings-, of slaapmiddel wat hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Daarentegen krijgen meer mannen met een diagnose depressie dementiemiddelen voorgeschreven. Wat betreft voorschriften van antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving bestaan er geen duidelijke sekseverschillen.



De ontwikkelingen qua voorschriften psychofarmaca die in de totale groep ouderen met een diagnose depressie waarneembaar zijn, zijn over het algemeen ook aanwezig wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen.

### 1.6.3 Diagnose angst

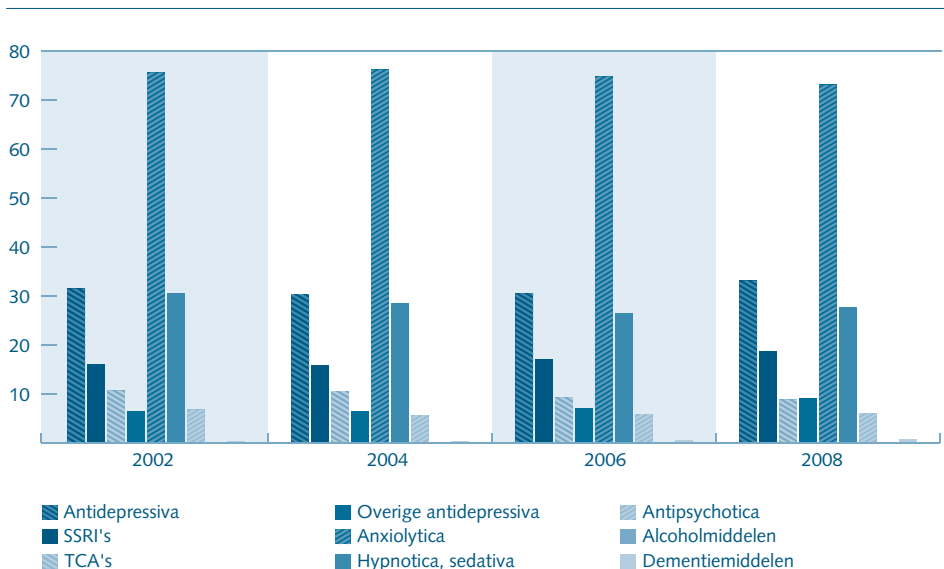
#### *Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose angst?*

Bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met angst worden kalmeringsmiddelen veruit het vaakst voorgeschreven in de periode 2002-2008. Wel daalt het percentage ouderen met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel vanaf 2004 (76,2%) naar 73,1% in 2008 (zie Grafiek 19).

Het percentage ouderen met een diagnose angst dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt schommelt in de periode 2002-2008 tussen de 30-33%. Per type antidepressivum zijn er verschillende veranderingen zichtbaar. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een SSRI stijgt vanaf 2004 (15,8%) naar 18,6% in 2008; het percentage ouderen met een voorschrift voor een TCA neemt consistent af van 10,7% in 2002 naar 8,9% in 2008; en het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum stijgt consistent van 6,5% in 2002 naar 9% in 2008.

Het percentage ouderen met een diagnose angst dat een slaapmiddel voorgeschreven krijgt daalt tussen 2002 en 2006 van 30,6% naar 26,4%, om vervolgens weer licht te stijgen naar 27,6% in 2008. Antipsychotica worden bij circa 6% van de ouderen met een diagnose angst voorgeschreven. Alcohol- en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven.

**Grafiek 19** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen is het percentage ouderen met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel, antidepressivum, of slaapmiddel wat hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose angst. Omgekeerd krijgen meer mannen een antipsychoticum of dementiemiddel voorgeschreven.

Uitsplitsing naar geslacht laat zien dat de bovenbeschreven ontwikkelingen alleen voor vrouwen gelden. Een uitzondering is dat ook onder mannen het percentage met een voorschrift van overige antidepressiva stijgt.

## **1.6.4 Diagnose dementie**

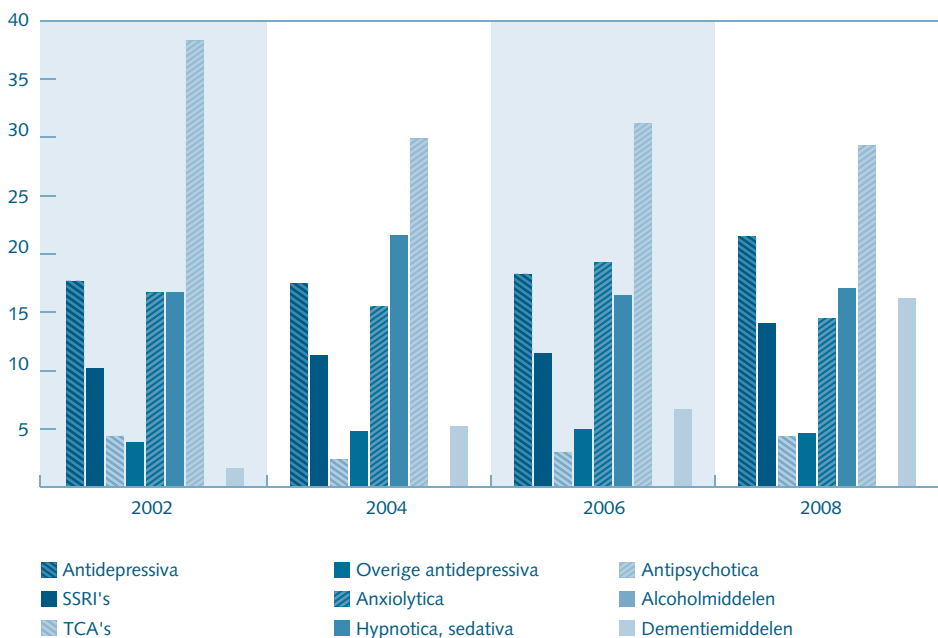
### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose dementie?***

In de periode 2002-2008 worden antipsychotica het meest voorgeschreven bij ouderen met een diagnose dementie (zie Grafiek 20). Tussen 2002 en 2004 neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een antipsychoticum af van 38,3% naar 29,9%, waarna het stabiliseert rond de 30% in daaropvolgende jaren.

Het percentage ouderen met een voorschrift voor een antidepressivum stijgt vanaf 2004 (17,5%) naar 21,5% in 2008. Kijkend naar type antidepressivum is er alleen een duidelijke ontwikkeling te zien in het voorschrijven van SSRI's: het percentage ouderen dat een SSRI voorgeschreven krijgt neemt consistent toe van 10,2% in 2002 naar 14,1% in 2008. In de periode 2002-2008 krijgt tussen de 14,5% en 19,3% van de ouderen met dementie kalmeringsmiddelen voorgeschreven; 16,5% tot 21,6% krijgt slaapmiddelen voorgeschreven. Er is geen consistente toe- of afname te zien wat betreft het voorschrijven van deze middelen. Alcoholmiddelen worden niet voorgeschreven bij ouderen met een diagnose dementie.

Opvallend is dat tussen 2002 en 2008 dementiemiddelen in sterk toenemende mate worden voorgeschreven. Ontving in 2002 slechts 1,6% van de ouderen met een diagnose dementie een voorschrift voor een dementiemiddel; in 2008 is dit percentage opgelopen naar 16,2%.

**Grafiek 20** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 krijgen meer vrouwen dan mannen met een diagnose dementie antidepressiva voorgeschreven. Dementiemiddelen worden juist vaker bij mannen voorgeschreven. Wat betreft voorschriften voor andere psychofarmaca zijn geen consistente verschillen waarneembaar tussen beide seksen.

De bovenbeschreven ontwikkelingen in de totale groep ouderen met een diagnose dementie zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.7 Hoe vaak en waarheen worden ouderen met een psychische diagnose verwezen?**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak de huisarts ouderen verwijst naar andere hulpverleners in de eerste lijn of tweedelijns GGZ nadat een psychische diagnose gesteld is. Verwijzingen naar de tweede lijn betreffen alleen nieuwe verwijzingen.

Eerst wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (ongeacht welke), en daarna naar de subgroepen van ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie. Er wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen verwijzingen die LINH-huisartsen geacht worden te registreren (d.w.z. maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen,

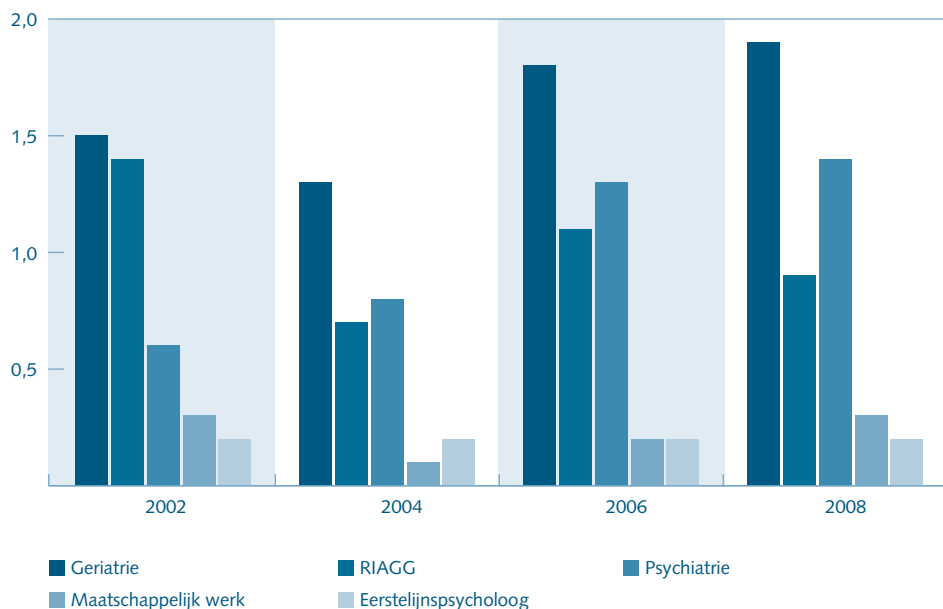
RIAGG, psychiatrie en geriatrie) en verwijzingen waarvan registratie facultatief is (d.w.z. sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut, en consultatiebureau alcohol & drugs).

### 1.7.1 Psychische diagnose

#### *Hoeveel ouderen met een psychische diagnose worden doorverwezen, en waar naar toe?*

Huisartsen verwijzen weinig ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is naar de geriatrie, het RIAGG, de psychiatrie, het maatschappelijk werk of een eerstelijnspsycholoog (ELP) (zie Grafiek 21). Relatief gezien worden in de periode 2002-2008 de meeste ouderen verwezen naar de geriatrie, de psychiatrie en het RIAGG. Het verwijzingspercentage naar de psychiatrie stijgt consistent van 0,6% in 2002 naar 1,4% in 2008. Na een aanvankelijke daling stijgt het percentage ouderen met een psychische diagnose dat verwezen wordt naar de geriatrie vanaf 2004 (1,3%) naar 1,8% in 2008. Het percentage ouderen met een verwijzing naar het RIAGG laat een inconsistent patroon zien tussen 2002 en 2008.

**Grafiek 21** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



Wat betreft de overige verwijs categorieën (facultatieve registratie) is er een toename te zien in het percentage ouderen dat verwezen wordt naar een psychotherapeut/psycholoog (van 0,1% in 2002 tot 0,6% in 2008) (niet in Grafiek 21 gepresenteerd). Verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of een consultatiebureau alcohol & drugs (CAD) vinden niet of nauwelijks plaats (<0,1% van de ouderen).

### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 is het verwijspercentage naar de geriatrie hoger onder vrouwen dan mannen met een psychische diagnose. Wat betreft de overige verwijsbestemmingen bestaan er nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen.

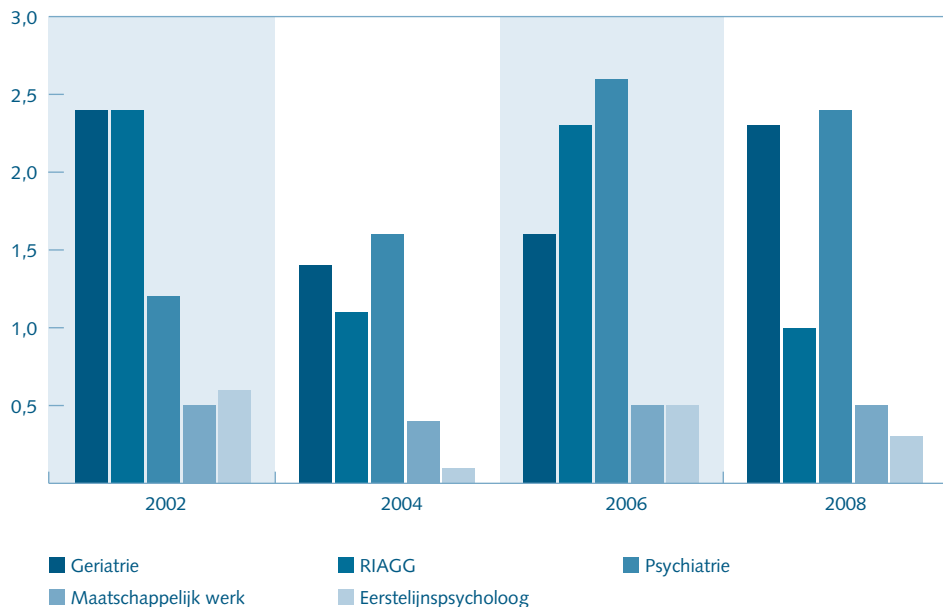
De meeste van de bovenbeschreven ontwikkelingen in verwijspercentages in de totale groep ouderen tussen 2002 en 2008 blijken seksespecifiek. Stijgende verwijspercentages naar de psychiatrie en een psychotherapeut/psycholoog zijn alleen te zien bij vrouwen; een toenemend verwijspercentage naar de geriatrie is alleen waarneembaar onder mannen.

## **1.7.2 Diagnose depressie**

### ***Hoeveel ouderen met een diagnose depressie worden doorverwezen, en waar naar toe?***

Van de ouderen bij wie depressie gediagnosticeerd is, worden weinig door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn of gespecialiseerde GGZ (zie Grafiek 22). Relatief het vaakst wordt verwezen naar de psychiatrie, het RIAGG en de geriatrie. Het verwijspercentage naar de psychiatrie verdubbelt tussen 2002 en 2006 (van 1,2% naar 2,6%), waarna het percentage redelijk stabiel blijft in 2008. Na een aanvankelijke daling, stijgt het verwijspercentage naar de geriatrie vanaf 2004 (1,4%) naar 2,3% in 2008. Het verwijspercentage naar het RIAGG laat een inconsistent patroon zien.

**Grafiek 22** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



Met betrekking tot de overige verwijsbestemmingen (facultatieve registratie) zijn er tussen 2002 en 2008 geen consistente ontwikkelingen zichtbaar, al is het verwijzpercentage naar de psychotherapeut/psycholoog in 2008 (1,3%) wel beduidend hoger dan in 2002 (0,1%) (niet in Grafiek 22 gepresenteerd). Ouderen worden niet of nauwelijks naar een SPV of CAD verwezen in de jaren 2002-2008.

### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen worden in de jaren 2002-2008 meer mannen dan vrouwen met een diagnose depressie verwezen naar psychiatrie en geriatrie. Voor de andere verwijsbestemmingen zijn verschillen tussen mannen en vrouwen minder consistent.

Over het algemeen zijn de beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 omtrent verwijzpercentages in de totale groep ouderen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzondering is dat alleen bij mannen een stijgend verwijzpercentage naar de geriatrie te zien is.

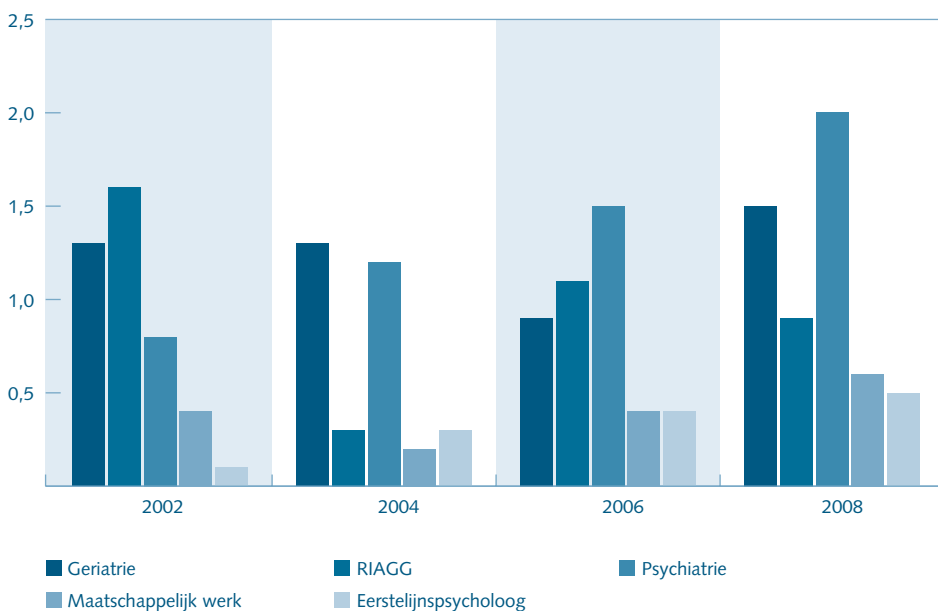
### 1.7.3 Diagnose angst

#### *Hoeveel ouderen met een diagnose angst worden doorverwezen, en waar naar toe?*

De huisarts verwijst in de periode 2002-2008 ook weinig ouderen die gediagnosticeerd zijn met angst door naar andere hulpverleners (zie Grafiek 23). Net als bij de diagnose depressie, wordt relatief het vaakst verwezen naar de psychiatrie, het RIAGG en de geriatrie. Het verwijfspercentage naar de psychiatrie stijgt consistent van 0,8% in 2002 naar 2,0% in 2008. Het verwijfspercentage naar de geriatrie varieert in de periode 2002-2008 tussen de 0,9% en 1,5%; het verwijfspercentage naar het RIAGG tussen de 0,3% en 1,6%. Het verwijfspercentage naar de ELP laat een consistente stijging zien van 0,1% in 2002 naar 0,5% in 2008.

De verwijfspercentages naar de overige bestemmingen (facultatieve registratie) komen niet boven de 1% uit (niet in Grafiek 23 gepresenteerd). Wel is er sprake van een consistente stijging van het percentage ouderen dat verwezen wordt naar de psychotherapeut/psycholoog (van 0,1% in 2002 naar 0,6% in 2008).

**Grafiek 23** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



#### *Is er een invloed van geslacht?*

In 2002-2006 is het verwijfspercentage naar de psychiatrie hoger onder mannen dan vrouwen met een diagnose angst; in 2008 is het juist andersom. Wat betreft de andere verwijfsbestemmingen zijn er minder duidelijke sekseverschillen.

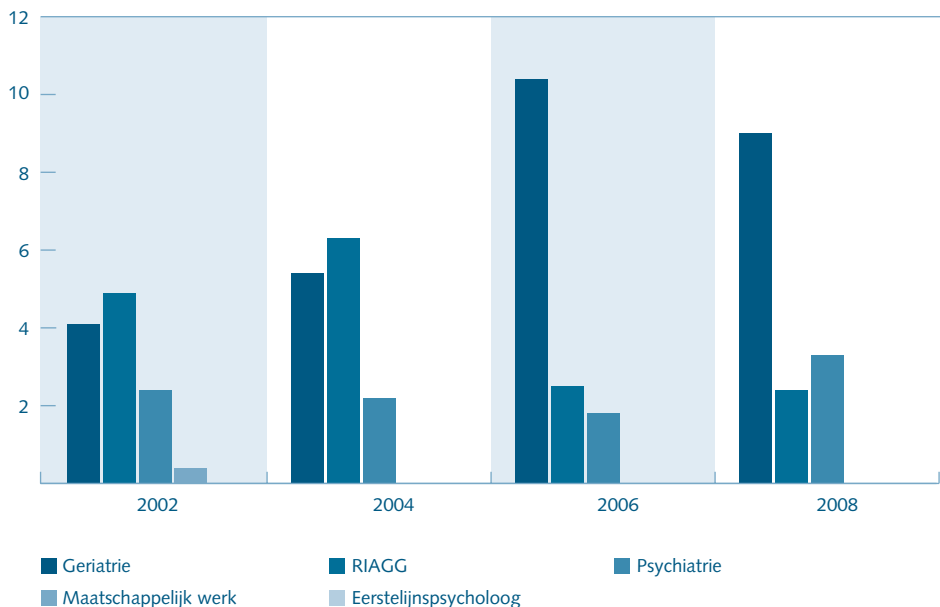
Verdere uitsplitsing naar geslacht geeft aan dat een toenemend verwijsperscentage naar de psychiatrie tussen 2002 en 2008 alleen te zien is onder vrouwen (van 0,7% naar 2,2%). Onder mannen stijgt het verwijsperscentage tussen 2002 en 2004 (van 0,9% naar 2,2%), om vervolgens weer te dalen (tot 1,5% in 2008).

### 1.7.4 Diagnose dementie

#### *Hoeveel ouderen met een diagnose dementie worden doorverwezen, en waar naar toe?*

In de periode 2002-2008 worden ouderen bij wie dementie gediagnosticeerd is meer doorverwezen door de huisarts dan ouderen met een diagnose depressie of angst. In 2002-2004 worden ouderen met een diagnose dementie het vaakst doorverwezen naar het RIAGG en de geriatrie; in 2006-2008 het meest naar de geriatrie (zie Grafiek 24). Tussen 2002 en 2006 is er een toename waarneembaar in het verwijsperscentage naar de geriatrie (van 4,1% naar 10,4%), om vervolgens in 2008 weer te dalen (9,0%). Het verwijsperscentage naar het RIAGG daalt van 6,1% in 2004 naar circa 2,5% in 2006-2008. Het verwijsperscentage naar de psychiatrie daalt licht tussen 2002 en 2006 (van 2,4% naar 1,8%), om vervolgens weer te stijgen naar 3,3% in 2008. Ouderen met een diagnose dementie worden niet of nauwelijks verwezen naar een maatschappelijk werker of ELP. Dit geldt ook voor de overige verwijsopties (facultatieve registratie; niet in Grafiek 24 gepresenteerd).

**Grafiek 24 Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008**





### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 worden meer mannen dan vrouwen met een diagnose dementie doorverwezen naar het RIAGG en de geriatrie. Omgekeerd worden over het algemeen meer vrouwen doorverwezen naar de psychiatrie.

Uitsplitsing naar geslacht geeft aan dat een toenemend verwijzingspercentage naar de geriatrie tussen 2002 en 2006 alleen te zien is onder mannen; onder vrouwen laat het verwijzingspercentage een fluctuerend patroon zien in de periode 2002-2008.

## **1.8 Samenvatting en beschouwing**

De doelstelling van dit onderzoek was om op landelijk niveau na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn in hoe vaak huisartsen psychische problemen diagnosticeren bij ouderen en welke zorg zij verlenen wanneer er een psychische diagnose gesteld is. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, zal eerst ingegaan worden op de beperkingen van het onderzoek.

### **1.8.1 Beperkingen van het onderzoek**

De aan LINH deelnemende huisartsen zijn gewend aan dagelijks registratie van gegevens in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Daarnaast is er per onderzoeksjaar en uitkomstvariabele een selectie gemaakt van de praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie (zie Bijlage 1). Desondanks is het waarschijnlijk dat de registratie van gegevens in de EPD's niet helemaal compleet was. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de percentages ouderen bij wie een (specifieke) psychische diagnose gesteld is. De verwijzingspercentages naar de tweedelijns GGZ zijn onderschattingen van de werkelijke cijfers, aangezien binnen LINH huisartsen alleen verplicht zijn nieuwe verwijzingen naar de gespecialiseerde gezondheidszorg te registreren (en geen achteraf- of herhaalverwijzingen). Verder is de registratie van verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psychotherapeut/psycholoog of een consultatiebureau voor alcohol en drugs facultatief. Bovendien is er sprake van onderregistratie omdat het algemeen maatschappelijk werk direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Wat betreft het voorschrijven van psychofarmaca zal de registratie vrij volledig zijn omdat LINH-praktijken geautomatiseerde huisartspraktijken betreffen waar medicatievoorschriften vergemakkelijkt worden door computersoftware.

Een andere beperking is dat er binnen LINH geen directe informatie beschikbaar is over het toepassen van psychologische of psychosociale interventies. Ook zijn de analyses beschrijvend van aard, en is er dus niet statistisch gecontroleerd voor de mogelijke invloed van sociaaldemografische kenmerken van ouderen en variatie tussen praktijken. Hoewel er per onderzoeksjaar gebruik gemaakt is van gegevens over verschillende aantallen ouderen uit een verschillend aantal praktijken, blijkt de leeftijd- en geslachtsverhouding van ouderen over de jaren wel redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2008) (zie Bijlage 1). Wel varieert de verdeling naar urbanisatiegraad enigszins tussen de studiejaar.

## 1.8.2 Samenvatting en bespreking belangrijkste bevindingen

### *De frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld zijn*

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 wordt jaarlijks bij ongeveer 20% van de ouderen (65 jaar en ouder) in de huisartsenpraktijk een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd. Het percentage ouderen met een psychische diagnose neemt tussen 2002 en 2008 niet duidelijk toe of af.*
- *Depressie (bij 4,2-4,5% van de ouderen) en angst (bij 3,9-4,6% van de ouderen) worden relatief vaak gediagnosticeerd in de jaren 2002-2008. Dementie wordt in deze periode bij 1,1% tot 1,7% van de ouderen gediagnosticeerd. De diagnose problematisch alcoholgebruik wordt weinig gesteld (<1%). Depressie, angst en dementie worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen; en relatief het vaakst bij de 'oudste ouderen' (85 jaar en ouder). Problematisch alcoholgebruik is daarentegen vaker gediagnosticeerd bij mannen dan bij vrouwen; en het vaakst bij 'jongere ouderen' (65-74 jaar). Tussen 2002 en 2008 blijft het percentage ouderen met een diagnose depressie redelijk stabiel; neemt het percentage ouderen met een diagnose angst enigszins af (vanaf 2004); stijgt het percentage ouderen met een diagnose dementie relatief sterk (vanaf 2004); en stijgt het percentage mannen met een diagnose problematisch alcoholgebruik relatief sterk.*

De percentages ouderen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft liggen beduidend lager dan de prevalenties die gevonden worden onder ouderen in de algemene Nederlandse bevolking. Bevolkingsstudies schatten dat ongeveer 15% van de ouderen een (klinisch relevante) depressie heeft (Beekman e.a., 1995; Stek e.a., 2004). De prevalentie van angststoornissen onder ouderen wordt geschat op ongeveer 10% (Beekman e.a., 1998); en ongeveer 6% van de ouderen heeft dementie (Ott e.a., 1996). In de periode 2002-2008 kan 3% tot 5% van de ouderen beschouwd worden als een zware drinker<sup>3</sup>; en 6% tot 9% als een overmatige drinker<sup>4</sup> (www.cbs.nl). Deze duidelijke verschillen tussen de frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld worden bij ouderen in de huisartsenpraktijk en het vóórkomen van psychische problemen in de algemene oudere bevolking geven aan dat een substantieel deel van de ouderen met psychische problematiek niet als zodanig herkend of gediagnosticeerd wordt door de huisarts. Dit kan komen doordat een deel van de ouderen geen hulpbehoefte ervaart. Een ander deel van de ouderen ervaart wel hulpbehoefte vanwege een psychisch probleem, maar zal toch geen hulp vragen tijdens een huisartsenconsult, omdat hij of zij bijvoorbeeld weinig vertrouwen heeft in de huisarts waar het gaat om zorg voor psychische problemen, zich schaamt, of psychische klachten vooral toeschrijft

---

3 minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken.

4 gemiddeld 3 of meer glazen alcohol per dag drinken.

aan lichamelijke problemen. Bij dementie kan meespelen dat de mensen in de omgeving de symptomen niet altijd herkennen of denken dat er toch niets aan te doen is. Ook huisartsgebonden factoren zouden een rol kunnen spelen bij de onderdiagnostiek van psychische problemen bij ouderen, zoals de beperkte tijd die per consult beschikbaar is, het denken dat het bij het ouder worden hoort, of het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden omtrent het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek, temeer als er sprake is van multimorbiditeit.<sup>5</sup> Verder zal een huisarts over het algemeen niet eerder een diagnose dementie stellen alvorens hij/zij daar zeker van is (Wind e.a., 2003).

Tussen 2002 en 2008 wordt door huisartsen niet vaker een diagnose depressie of angst gesteld bij ouderen; het percentage ouderen met een diagnose angst neemt zelfs wat af vanaf 2004. Dit kan suggereren dat de huisarts depressie en angst bij ouderen niet beter is gaan herkennen in de afgelopen jaren. Tussen 2002 en 2008 verdrievoudigt wel het percentage mannen bij wie de huisarts problematisch alcoholgebruik diagnosticeert. Mogelijk hangt dit samen met een betere herkenning van problematisch alcoholgebruik door de huisarts, of met het gegeven dat dit in de afgelopen jaren in toenemende mate voorkomt onder mannen van 65 jaar en ouder ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Ook dementie wordt vanaf 2004 steeds vaker gediagnosticeerd. De herziening van de NHG-Standaard Dementie in 2003 (Wind e.a., 2003) en de in 2005 uitgekomen multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' (CBO, 2005) kunnen hierbij een rol gespeeld hebben. Deze richtlijnen adviseren de diagnose dementie in een vroege fase te stellen, onder meer om patiënten en hun naasten duidelijkheid te verschaffen over de diagnose en prognose, waardoor gerichte advisering en begeleiding mogelijk wordt. Daarnaast kunnen verbeterprojecten die in het kader van Landelijk Dementie Programma uitgevoerd zijn bijgedragen hebben aan een vroegtijdiger herkenning en diagnosestelling.

### ***De frequentie waarmee bijkomende psychische diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 hebben ongeveer 10% tot 14% van de ouderen met een diagnose depressie daarnaast ook een diagnose angst, en vice versa. Er is tussen 2002 en 2008 geen duidelijke toe- of afname te zien in het percentage ouderen met een bijkomende diagnose angst of depressie. Weinig ouderen met een diagnose angst of depressie hebben daarnaast een diagnose problematisch alcoholgebruik (<1,5%).*
- *In de periode 2002-2008 hebben ongeveer 7% tot 10% van de ouderen met een diagnose dementie daarnaast ook een diagnose depressie; 4% tot 7% heeft een diagnose angst; en 3% tot 6% heeft een diagnose psychotische stoornis. Tussen 2002 en 2008 is bij steeds minder ouderen met een diagnose dementie ook een diagnose angst gesteld.*

---

5 Het tegelijkertijd hebben van meerdere aandoeningen.

Depressie en angst komen vaak gelijktijdig voor. Ruim een kwart (26%) van de ouderen met een angststoornis heeft bijvoorbeeld ook een depressieve stoornis (Beekman e.a., 2000). Comorbiditeit van angst en depressie is klinisch relevant omdat het een ongunstige invloed heeft op het beloop van de psychische klachten (Schoevers e.a., 2008), en bijgevolg een ander te volgen behandelbeleid kent (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004). De bevinding dat depressie en angst relatief vaak tegelijkertijd gediagnosticeerd worden bij ouderen geeft aan dat huisartsen zich er in enigermate bewust van zijn dat deze psychische problemen vaak tegelijkertijd voorkomen. Wel liggen de percentages ouderen met een bijkomende diagnose depressie of angst behoorlijk lager dan verwacht zou worden op basis van bevolkingsonderzoek. Dit zou kunnen komen doordat huisartsen de aanwezigheid van bijkomende psychische problemen in een deel van de gevallen niet herkennen, of dat ze minder snel geneigd zijn deze comorbide problematiek apart te diagnosticeren en/of te registreren in het elektronisch patiëntendossier.

Depressie, angst en psychotische verschijnselen komen vaak voor bij dementie (Janzing & Zitman, 2002; Aalten e.a., 2005; Heeren e.a., 2001). Psychische problemen beïnvloeden het beloop van dementie ongunstig en ze vormen vaak een grote belasting voor de naasten van patiënten (Heeren e.a., 2001). De NHG-Standaard Dementie adviseert huisartsen dan ook alert te zijn op psychische problemen bij dementie (Wind e.a., 2003). De bevindingen van dit onderzoek geven aan dat huisartsen enigszins attent zijn op depressie en psychotische verschijnselen bij dementie. Dit lijkt echter minder het geval te zijn voor bijkomende angst: het percentage ouderen met een diagnose angst is in de periode 2002-2008 in de subgroep van ouderen met een diagnose dementie (4-7%) niet hoger dan in de totale groep ouderen (4-5%). Verder wordt tussen 2002 en 2008 bij steeds minder ouderen met een diagnose dementie een bijkomende diagnose angst gesteld.

### ***De frequentie waarmee bijkomende lichamelijke diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste resultaten zijn:

- *In de periode 2002-2008 zijn jaarlijks veel ouderen met een diagnose depressie daarnaast ook gediagnosticeerd met een hart- of vaatziekte (24-29% van de ouderen), diabetes mellitus (14-21%), een bot- of gewrichtsaandoening (15-18%), of astma/COPD (10-15%). Onder ouderen met een diagnose angst of dementie zijn ongeveer dezelfde percentages met bijkomende lichamelijke diagnoses te zien. Een uitzondering is dat relatief minder ouderen met een diagnose dementie daarnaast gediagnosticeerd zijn met astma/COPD (6-9%).*
- *Tussen 2002 en 2008 is bij steeds meer ouderen met een diagnose depressie ook een diagnose diabetes mellitus, bot- of gewrichtsaandoening, of astma/COPD gesteld. Bij ouderen met een diagnose angst zijn zulke consistent stijgende percentages met een bijkomende lichamelijke diagnose niet te zien. Onder ouderen met een diagnose dementie wordt tussen 2002 en 2008 de diagnose diabetes mellitus steeds vaker gesteld.*

Het herkennen en behandelen van psychische problemen bij een chronische lichamelijke ziekte en vice versa, is van belang omdat ze elkaars beloop ongunstig beïnvloeden. De bevindingen geven aan dat huisartsen zich in enigermate bewust zijn van het gegeven dat bij ouderen zowel depressie als angst vaak samengaan met het hebben van een chronische lichamelijke ziekte (Bierman e.a., 2007). Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar de leeftijdscategorie 65-74 jaar, dan blijkt namelijk dat bij patiënten met een diagnose depressie of angst de onderzochte lichamelijke aandoeningen vaker gediagnosticeerd zijn dan verwacht (d.w.z. vaker dan in de totale praktijkpopulatie van 65-74-jarigen) (Verheij e.a., 2009). Dit betekent overigens niet dat comorbiditeit van depressie/angst en chronische lichamelijke ziekte bij ouderen altijd herkend en gediagnosticeerd wordt door de huisarts. In eerder onderzoek is bijvoorbeeld gevonden dat de meerderheid van volwassenen (waaronder ouderen) met een depressieve stoornis en een chronische lichamelijke ziekte niet als depressief gediagnosticeerd was door hun huisarts (Nuyen e.a., 2005). Deze bevinding geeft aan dat er nog behoorlijk wat ruimte bestaat voor de verbetering van de diagnostiek van depressie bij chronisch lichamelijke zieken in de huisartsenpraktijk.

De bevinding dat diabetes mellitus, een bot- of gewrichtsaandoening en astma/COPD in de periode 2002-2008 steeds vaker gediagnosticeerd is bij ouderen met een diagnose depressie hoeft niet te betekenen dat deze vormen van comorbiditeit steeds beter herkend of gediagnosticeerd worden door de huisarts. Deze bevinding weerspiegelt deels het gegeven dat diabetes mellitus en astma/COPD in het algemeen steeds vaker gediagnosticeerd worden in de huisartsenpraktijk tussen 2002 en 2008 (Verheij e.a., 2009).

Bij ouderen met een diagnose dementie is alleen diabetes mellitus vaker dan verwacht gediagnosticeerd. Het is mogelijk dat patiënten met dementie lichamelijke klachten onderrapporteren waardoor huisartsen andere aanwezige lichamelijke aandoeningen minder goed herkennen (McCormick e.a., 1994).

### **Contacten vanwege een psychische diagnose**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2006-2008 hebben ouderen vanwege een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst voornamelijk korte huisartsconsulten en in mindere mate telefonische huisartsconsulten, korte huisartsvisites en lange huisartsconsulten en -visites. Er is nauwelijks contact met een praktijkondersteuner (POH).*
- *Gemiddeld genomen is het totaal aantal contacten vanwege een psychische diagnose (+7%), een diagnose depressie (+4%), of een diagnose angst (+2%) licht toegenomen tussen 2006 en 2008. Dit wordt veroorzaakt door stijgingen van het aantal telefonische huisartsconsulten, het aantal lange huisartsconsulten en het aantal lange huisartsvisites. Daarentegen dalen het aantal korte huisartsconsulten en het aantal korte huisartsvisites.*

- *In de periode 2002-2008 is er vanwege een diagnose dementie vaker contact met de huisartsenpraktijk dan vanwege een diagnose depressie of angst. Contacten vanwege een diagnose dementie betreffen voornamelijk telefonische huisartsconsulten en korte huisartsvisites, en in mindere mate huisartsconsulten en lange huisartsvisites. Er is ook contact met de POH in de vorm van een telefonisch consult of lange visite.*
- *Gemiddeld genomen is het totaal aantal contacten vanwege een diagnose dementie licht toegenomen (+5%) tussen 2006 en 2008. Kijkend naar het soort contact, dan is een stijging te zien van het aantal telefonische huisartsconsulten, terwijl het aantal korte huisartsvisites afgenomen is. Relatief gezien is het aantal lange visites van de POH sterk toegenomen.*

Enige voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de veranderingen in het aantal contacten, aangezien ze betrekking hebben op de korte periode 2006-2008. De bevindingen suggereren dat in 2008 ten opzichte van 2006 de huisarts gemiddeld genomen wat vaker contact heeft met ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is; dat de contacten door de huisarts vaker telefonisch afgehandeld worden; en op het moment dat er een 'face-to-face' contact met de huisarts is dit vaker een langer contact betreft.

De functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) is per 1 januari 2008 ingevoerd om huisartsen te ondersteunen bij de behandeling van patiënten met psychische problemen. Desondanks waren er in 2008 maar weinig POH's-GGZ werkzaam ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)), en onze bevindingen bevestigen dat: ouderen hebben zelden contact met een POH vanwege een diagnose depressie of angst. De moeizame instroom kwam doordat er verschillende onduidelijkheden bestonden over de POH-GGZ, zowel op het gebied van zijn/haar takenpakket als de bekostiging. Inmiddels is de beleidsregel POH-GGZ per 1 januari 2009 gewijzigd, waardoor er onder meer geen limitering meer bestaat wat betreft het aantal declareerbare contacten per patiënt per jaar en de POH-GGZ patiënten kortdurend kan begeleiden. Deze wijzigingen hebben geleid tot een toename van de instroom van POH's-GGZ ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)). Wellicht laten LINH gegevens over 2009 en 2010 zien dat ouderen met een psychische diagnose in toenemende mate contact hebben met een POH-GGZ.

Ouderen met een diagnose dementie hebben in 2008 wat vaker contact met de huisarts dan in 2006. Af en toe is er ook contact met een POH. De POH kan een ondersteunende rol spelen bij de diagnostiek van dementie, meewerken om een optimaal zorgklimaat te creëren, en ook degene zijn die de samenwerking bewaakt tussen alle hulpverleners en daarbij de begeleiding van de patiënt coördineert (Van Gunst & Mout, 2006; LESA Dementie, 2009). Hoewel gemiddeld genomen ouderen met een diagnose dementie weinig contact hebben met een POH, is de relatief sterke stijging (verdrievoudiging) van het aantal lange visites van de POH in 2008 ten opzichte van 2006 opvallend. Dit kan erop wijzen dat de rol van de POH bij de zorg van ouderen met dementie aan het toenemen is. Wellicht heeft het Landelijk Dementie Programma hieraan bijgedragen.

## **Voorschrijven psychofarmaca**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden antidepressiva, kalmeringsmiddelen, en slaapmiddelen vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst. Een ruime meerderheid van de ouderen met een diagnose depressie (74-78%) krijgt een antidepressivum voorgeschreven; 37-40% een kalmeringsmiddel; en 31-35% een slaapmiddel. Een kalmeringsmiddel wordt voorgeschreven aan 73-76% van de ouderen bij wie angst gediagnosticeerd is; 30-33% krijgt een antidepressivum voorgeschreven; en 26-31% een kalmeringsmiddel.*
- *Tussen 2002 en 2008 worden kalmerings- en slaapmiddelen over het algemeen minder vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst. Onder ouderen met een psychische diagnose daalt het percentage met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel van 38% in 2002 naar 34% in 2008; het percentage met een voorschrift voor een slaapmiddel daalt van 46% in 2004 naar 40% in 2008. Antidepressiva worden daarentegen niet minder vaak voorgeschreven tussen 2002 en 2008.*
- *Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) zijn het meest voorgeschreven type antidepressivum bij ouderen met een psychische diagnose. Per type antidepressivum zijn er verschillende veranderingen te zien tussen 2002 en 2008. Onder ouderen met een diagnose depressie daalt het percentage met een voorschrift van een SSRI van 51% in 2002 naar 44% in 2008; varieert het percentage ouderen met een voorschrift voor een tricyclisch antidepressivum (TCA) tussen 15-18%; en neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum (o.a. venlafaxine, mirtazapine) toe van 15% naar 21%.*
- *In de periode 2002-2008 worden antipsychotica het vaakst voorgeschreven aan ouderen met een diagnose dementie (sinds 2004 bij ongeveer 30%), gevolgd door antidepressiva (18-22%), slaapmiddelen (17-22%) en kalmeringsmiddelen (15-19%).*
- *Het percentage ouderen met een diagnose dementie dat een antipsychoticum voorgeschreven krijgt is tussen 2002 en 2004 gedaald van 38% naar circa 30%, en daarna stabiel gebleven. Tussen 2002 en 2008 worden vaker SSRI's voorgeschreven aan ouderen met een diagnose dementie. Het percentage dat een dementiemiddel voorgeschreven krijgt is opvallend sterk gestegen, van 2% in 2002 naar 16% in 2008.*

De bevinding dat ongeveer driekwart van de ouderen met een diagnose depressie antidepressiva voorgeschreven krijgt is in overeenstemming met vroegere studies (Volkers,

2003; Volkers e.a., 2004). Dit hoge percentage doet vermoeden dat ouderen met lichtere vormen van depressie, die er in de huisartsenpraktijk veel zijn, 'overbehandeld' worden met antidepressiva en te weinig profiteren van minder intensieve, eerste-stap interventies. Richtlijnen adviseren een *stepped care* benadering en een lichte of matige depressie in eerste instantie te behandelen met lichte (niet-medicamenteuze) interventies (Van Marwijk e.a., 2003; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). Daarnaast hebben ouderen een groter risico op bijwerkingen van antidepressiva (waaronder een verhoogd risico op vallen en cognitieve stoornissen) (Liu e.a., 1998), en doordat zij vaak al verschillende andere medicijnen gebruiken, een groter risico op negatieve interactie-effecten. Desondanks zijn huisartsen tussen 2002 en 2008 niet minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven aan ouderen met een diagnose depressie.

Van de ouderen met een diagnose angst krijgt ongeveer driekwart kalmeringsmiddelen (veelal benzodiazepinen) voorgeschreven. Ook slaapmiddelen (doorgaans ook benzodiazepinen) worden relatief vaak voorgeschreven. Dit is niet conform richtlijnen die aanbevelen terughoudend te zijn ten aanzien van het (langdurig) voorschrijven van benzodiazepinen, omdat deze middelen een verslavende werking hebben en het risico op vallen en cognitieve problemen verhogen (Terluin e.a., 2004; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008b). Het is daarom een positieve ontwikkeling dat huisartsen tussen 2002 en 2008 over het algemeen wat minder vaker kalmerings- en slaapmiddelen zijn gaan voorschrijven bij ouderen met een psychische diagnose. Het is goed mogelijk dat deze dalende trends zich na 2008 verder hebben doorgezet omdat vanaf 1 januari 2009 de vergoeding van benzodiazepinen vanuit de basisverzekering is komen te vervallen.

Antipsychotica worden voorgeschreven bij gedragsproblemen als geagiteerd en agressief gedrag en psychotische verschijnselen bij dementie. De daling in het voorschrijven van antipsychotica tussen 2002 en 2004 hangt mogelijk samen met de NHG-Standaard Dementie uit 2003, waarin aanbevolen wordt terughoudend te zijn met het langdurig voorschrijven van deze medicatie (Wind e.a., 2003). Ook de meer recente multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' adviseert een terughoudend beleid (CBO, 2005). Psychosociale of psychologische interventies worden als eerste keuze aanbevolen voor gedragsproblemen bij dementie. Een belangrijke reden om een terughoudend beleid te voeren is dat er slechts beperkte bewijskracht bestaat voor de werkzaamheid van antipsychotica bij mensen met dementie (Zuidema e.a., 2006; Koopmans, 2007). Daarnaast is er toenemende bezorgdheid over de veiligheid van antipsychotica bij mensen met dementie, met name door bevindingen dat deze medicatie het risico op sterfte en beroerte kan verhogen (Koopmans, 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat het afbouwen en staken van antipsychotica bij mensen met dementie mogelijk is, en dat een psychosociale interventie een goed alternatief kan vormen om gedragsproblemen te verminderen (Koopmans, 2006).

De opvallend sterke toename tussen 2002 en 2008 in het voorschrijven van dementiemiddelen in de huisartsenpraktijk is in overeenstemming met gegevens van openbare apotheken zoals verzameld door de Stichting Farmaceutische Kengetallen ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl)).



In de periode 2000-2008 blijkt bijvoorbeeld dat het door openbare apotheken verstrekte aantal standaard dagdoseringen van dementiemiddelen jaarlijks met bijna 30% toegenomen is (SFK, 2009). Sinds 1998 zijn in Nederland dementiemiddelen geregistreerd voor de symptomatische behandeling van de ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie. Deze middelen kunnen een positief effect hebben op het cognitief functioneren en dagelijks functioneren van patiënten (CBO, 2005). Het voorschrijven van dementiemiddelen vindt vooral plaats in poliklinieken voor geheugenstoornissen<sup>6</sup>, of kortweg geheugenpoli's (Verhey e.a., 2007). Waarschijnlijk weerspiegelt de sterke stijging in het voorschrijven van dementiemiddelen in de huisartsenpraktijk tussen 2002-2008 de toenemende medicamenteuze behandeling die ingezet is via geheugenpoli's.

### **Verwijzingen**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden weinig ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners. Het verwijzpercentage ligt voor geen enkele verwijzbestemming hoger dan 3%. Relatief het vaakst wordt verwezen naar de geriatrie, de psychiatrie of het RIAGG. De verwijzpercentages naar de eerstelijnspsycholoog, het maatschappelijk werk en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn opvallend laag (<1%).*
- *Hoewel de verwijzpercentages laag blijven, worden tussen 2002 en 2008 over het algemeen meer ouderen met een psychische diagnose, een diagnose depressie of een diagnose angst doorverwezen naar de psychiatrie of een psychotherapeut/psycholoog.*
- *In de periode 2002-2008 worden ook weinig ouderen met een diagnose dementie doorverwezen door de huisarts. Het verwijzpercentage naar geriatrie is relatief hoog en stijgt van 4% in 2002 naar 10% in 2006, om vervolgens in 2008 te dalen tot 9%.*

De bevindingen geven aan dat de eerstelijnspsycholoog (ELP) een marginale rol speelt in de zorg voor ouderen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft. Dit sluit aan bij de gegevens van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE), waaruit blijkt dat slechts een klein deel van de cliëntenpopulatie van ELP-en ouderen betreft (LVE, 2010). Ouderen met een psychische diagnose worden door de huisarts ook weinig doorverwezen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), en er zijn ook geen toenames van deze verwijzingen te zien in de afgelopen jaren. Zoals eerder opgemerkt zijn de gevonden verwijzpercentages naar deze verwijzbestemmingen waarschijnlijk wel onderschat-

---

<sup>6</sup> Ambulante voorzieningen met multidisciplinaire teams die zich richten op de diagnostiek van cognitieve stoornissen, vooral de vroege stadia van dementie, en op de behandeling en advisering van de patiënten.

tingen. Hoewel huisartsen binnen LINH geacht worden verwijzingen naar het AMW te registreren, is er sprake van onderregistratie omdat het AMW direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Registratie van verwijzingen naar een SPV is facultatief. Desondanks is een laag verwijspercentage naar de SPV niet verwonderlijk. Maar een beperkt deel van de huisartsen kan een beroep doen op de ondersteuning van een SPV bij de behandeling van personen met psychische problematiek. In 2007 bijvoorbeeld was op een kwart van alle praktijkadressen van de huisarts een SPV werkzaam (Hansen e.a., 2007).

De lage verwijspercentages naar hulpverleners in de tweedelijns GGZ bevestigen eerder onderzoek (Beekman e.a., 1997; De Beurs e.a., 1999; Schuurmans e.a., 2005). In dit opzicht lijkt het een positieve ontwikkeling dat huisartsen tussen 2002 en 2008 over het algemeen wel vaker ouderen met een psychische diagnose zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ.<sup>7</sup> Mogelijk is de samenwerking van de huisarts met de gespecialiseerde GGZ in de loop der jaren verbeterd (o.a. door het inzetten van SPV-en in de huisartsenpraktijk), waardoor de drempel om door te verwijzen minder hoog geworden is. De opkomst van nieuwe, laagdrempelige GGZ-instellingen kan hier ook van invloed zijn. Daarnaast zou een 'versmalling' van de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychische hulpverlening mogelijk een rol kunnen spelen (Kolthof e.a., 2004).

Het toegenomen verwijspercentage naar de geriatrie tussen 2002 en 2008 duidt erop dat de huisarts in toenemende mate ouderen met een diagnose dementie naar specialisten verwijst. Dit kan samenhangen met de NHG-Standaard Dementie uit 2003 die aanbeveelt om bij vragen over diagnostiek en behandeling, bij complexe diagnostische vragen en bij problemen met de verzorging door te verwijzen naar specialisten op het gebied van dementie (Wind e.a., 2003). Ook de toegenomen aandacht door het Landelijk Dementie Programma kan een rol gespeeld hebben. Ten slotte zijn de eerder genoemde geheugenpoli's in de periode 2002-2008 in aantal sterk toegenomen, wat verwijzen voor de huisarts vergemakkelijkt (Verhey e.a., 2007).

### **1.8.3 Conclusies en aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening**

Gegeven de verschillende activiteiten en maatregelen die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te versterken en te verbeteren, was de verwachting dat er in de periode 2002-2008 veranderingen waarneembaar zouden zijn in het handelen van huisartsen ten aanzien van psychische problemen bij ouderen.

Op basis van onze bevindingen kan geconcludeerd worden dat wat betreft de zorg die huisartsen bieden aan ouderen met depressie of angst verwachte ontwikkelingen merendeels niet hebben plaatsgevonden. Zo zijn huisartsen niet vaker een diagnose depressie of angst gaan stellen bij ouderen (oftewel, er is geen aanwijzing voor een betere herkenning van depressie of angst), zijn huisartsen bij ouderen die zij als depressief gediagnosticeerd hebben niet minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven (oftewel, er

---

7 Tussen 2002 en 2008 is er geen toename te zien wat betreft verwijzingen naar het RIAGG. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat sinds begin deze eeuw veel RIAGG's met andere GGZ-instellingen gefuseerd zijn en niet meer bestaan als zelfstandige organisatie.

is geen aanwijzing dat het veelvuldig voorschrijven van antidepressiva aan het afnemen is), en zijn huisartsen ouderen bij wie zij een depressie of angst gediagnosticeerd hebben niet meer gaan doorverwijzen naar ELP-en (oftewel, er is geen aanwijzing dat de rol van ELP-en bij de zorg voor ouderen met depressie of angst aan het toenemen is; zij spelen nog steeds een marginale rol). Wel is de positieve ontwikkeling zichtbaar dat huisartsen tussen 2002 en 2008 wat minder vaak kalmering- en slaapmiddelen zijn gaan voorschrijven aan ouderen met een diagnose depressie of angst.

Het is opvallend dat er in de periode 2002-2008 meer veranderingen zichtbaar zijn in het handelen van huisartsen ten aanzien van depressie en angst bij volwassenen jonger dan 65 jaar (zie Deel A: Volwassenen, hoofdstuk 1). Zo zijn huisartsen aan 18-64-jarigen bij wie zij een depressie gediagnosticeerd hebben wat minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven, en zijn zij 18-64-jarigen met een diagnose depressie of angst vaker gaan doorverwijzen naar de ELP. Dit suggereert dat de verschillende ingezette maatregelen en activiteiten om tot een sterkere GGZ in de eerste lijn te komen, meer effect gesorteerd hebben op de zorg voor volwassenen jonger dan 65 jaar dan op de zorg voor ouderen.

Kijkend naar de zorg bij dementie, dan zijn er in de periode 2002-2008 wel verschillende ontwikkelingen te zien in de huisartsenpraktijk. Zo wordt vanaf 2004 dementie vaker gediagnosticeerd door huisartsen (wat een mogelijke aanwijzing is voor vroegtijdiger herkenning of diagnosestelling van dementie), is er sprake van een toenemende rol van de POH, worden antipsychotica minder vaak voorgeschreven bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met dementie en dementiemiddelen juist in sterk toenemende mate, en zijn huisartsen ouderen met een diagnose dementie vaker gaan doorverwijzen naar de geriatrie. Dit suggereert dat de ingezette maatregelen en activiteiten voor een betere dementiezorg effect hebben gehad.

### ***Aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening***

De bevindingen van dit onderzoek brengen een aantal aanknopingspunten aan het licht om de psychische zorgverlening aan ouderen in de huisartsenpraktijk verder te verbeteren:

- *Het verbeteren van de herkenning en diagnostiek van psychische problemen*

De herkenning en diagnostiek van veel voorkomende psychische problemen als depressie en angst bij ouderen in de huisartsenpraktijk verdient verbetering. Overeenkomstig aanbevelingen uit de NHG-Standaarden zou een verhoogde alertheid van huisartsen bij hoogrisicogroepen (zoals bv. ouderen met één of meerdere chronische lichamelijke ziekten, ouderen die recent verweduwd zijn, of ouderen die frequent het spreekuur bezoeken) kunnen bijdragen aan een betere herkenning. Het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie adviseert hoogrisicogroepen standaard te screenen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). De herkenning en diagnostiek van psychische problemen zou ook verbeterd kunnen worden door ouderen die een zorgbehoefte vanwege psychische problematiek hebben maar desondanks niet actief hulp zoeken te stimuleren dat

wel te doen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door ouderen te ondersteunen bij het accepteren van een psychische diagnose en hun bekend te maken met het bestaan van effectieve (niet-medicamenteuze) interventies. Behalve voor het opsporen van psychische problemen, kan het afnemen van een screeningsinstrument ook bruikbaar zijn om psychische problematiek bespreekbaar te maken.

Dementie wordt sinds 2004 steeds vaker gediagnosticeerd in de huisartsenpraktijk, wat kan duiden op een vroegtijdiger herkenning of diagnosestelling. Dit kan gestimuleerd worden, onder meer door het verder implementeren van aanbevelingen uit richtlijnen over signalering en diagnostiek.

- *Het stimuleren van het gebruik van niet-medicamenteuze interventies*

Het stimuleren van de toepassing van psychologische of psychosociale interventies kan ertoe leiden dat er door de huisarts minder vaak psychofarmaca voorgeschreven worden aan ouderen met psychische problemen. De addenda voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen bevelen aan om volgens het *stepped care* principe, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie te kiezen voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a, 2008b). Een recent uitgevoerd onderzoek geeft aan dat kortdurende, eerste-stap interventies voor psychische problemen, zoals motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp en *problem-solving treatment* (PST), goed uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Om de toepassing te vergroten wordt in dit onderzoek onder meer aanbevolen om de bekendheid van deze interventies te vergroten onder zowel hulpverleners als patiënten (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Huisartsen of andere medewerkers in de huisartsenpraktijk zouden ook een rol kunnen spelen bij het begeleiden van internethulpverlening voor ouderen met psychische problematiek. Ten slotte, zou het vergroten van de rol van de ELP in de zorg voor ouderen met psychische problemen de toepassing van psychologische interventies kunnen stimuleren.

- *Het vergroten van de beschikbaarheid van ondersteunende hulpverleners*

Huisartsen zelf zijn vaak niet de meest aangewezen personen om psychologische of psychosociale interventies bij ouderen met psychische problemen uit te voeren, onder meer omdat zij dit niet tot hun takenpakket vinden behoren, de benodigde kennis en vaardigheden missen, of onvoldoende tijd beschikbaar hebben. De SPV en POH-GGZ zijn hiervoor meer geschikt (Zwaanswijk & Verhaak, 2009), waarbij opgemerkt moet worden dat de opleidingseisen voor en het takenpakket van laatstgenoemde functie mogelijk aangescherpt dienen te worden. De SPV en POH-GGZ kunnen ook een rol spelen bij het herkennen en diagnosticeren van psychische problemen bij ouderen. Zoals hierboven al aangegeven kan maar een beperkt deel van de huisartsen een beroep doen op de ondersteuning van een SPV, en komt de instroom van POH's-GGZ moeizaam op gang. Dit pleit er voor om de implementatie van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenpraktijk verder te stimuleren.

- *Het verder stimuleren van samenhangende zorg en casemanagement*

Zoals in de inleiding aangegeven wordt momenteel onder meer via het programma Ketenzorg Dementie beoogd te komen tot een samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten. Binnen deze ketenzorg voor dementie werken diverse professionals in teamverband samen, en spelen de huisarts en de zogenaamde *case manager* een belangrijke rol. De *case manager* is een hulpverlener die de persoon met dementie en zijn/haar naasten begeleidt, ondersteunt en zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod (LESA Dementie, 2009). De rol van *case manager* kan door verschillende hulpverleners vervuld worden. Vanuit de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld door de POH. Ook ten aanzien van depressie en angst zijn er modellen ontwikkeld om ketenzorg op gang te brengen (zoals bv. het *collaborative care* model; Vlasveld e.a., 2010). Meer samenhang in de zorg is ook van belang gezien de vaak aanwezige comorbiditeit. Het stimuleren van ketenzorg en casemanagement lijkt op zijn plaats om de zorg voor ouderen met psychische problemen verder te verbeteren.

# Referenties

- Aalten P., De Vugt M.E., Jaspers N., Jolles J., Verhey F.R.J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 523-530.
- Beekman A.T.F., Bremmer M.A., Deeg D.J., Van Balkom A.J., Smit J.H., De Beurs E. et al. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman A.T.F., Deeg D.J.H., Braam A.W., Van Tilburg T. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, 1397-1409.
- Beekman A.T.F., Deeg D.J.H., Van Tilburg T. et al. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Beekman A.T.F., De Beurs E., Van Balkom A.J., Deeg D.J., Van Dyck R., Van Tilburg W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 88-95.
- Bierman E., Comijs H., Depla M., Ten Have M., Pot A.M. (2007). Deelstudie 2: Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen. In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen, Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Braspenning J., Smolders M., Van Rijswijk E., Mulder J., Van den Hoogen H., Laurant M., Grol R. (2005). Psychische en (psycho)sociale problemen in de huisartspraktijk 2001-2003: omvang en behandeling. Nijmegen: Centre for Quality of Care research (WOK).
- CBO (2005). *Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht: CBO.
- De Beurs E., Beekman A.T.F., Van Balkom A.J.L.M., Deeg D.J.H., Van Dyck R., Van Tilburg W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Depla M., Pot A.M., De Graaf R., Van Dorsselaer S., Sonnenberg C., Deeg D. (2005). Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Depla M., Pot A.M., Ten Have M., Smit F., Sonnenberg C., Beekman A.T.F., Deeg D. (2007). Deelstudie 1: Trends in het gebruik van GGZ door Ouderen in de leeftijd van 55 tot 65 jaar. In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Emmen M.J., Verhaak P.F.M. (2007). Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001- 2006. Utrecht: NIVEL.
- Gezondheidsraad (2002). Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Heeren T.J., Kat M.G., Stek M.L. (2001). Handboek ouderenpsychiatrie. Leusden: De Tijdstroom.
- Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. (2007). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Jansen A.P.D., Van Hout H.P.J., Nijpels G., Van Marwijk H.W.J., De Vet H.C.W., Stalman W.A.B. (2007). Yield of a new method to detect cognitive impairment in general practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 590-597.
- Janzing J.G.E., Zitman F.G. (2002). Depressie bij dementie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 265-274.
- Kolthof E.D., Zantinge E.M., Van den Berg M.J., Van der Zee, J. (2004). Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Koopmans R.T.C.M. (2006). Dementie: het belang van psychosociale interventies. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1653-1656.
- Koopmans R.T.C.M. (2007). Worden psychofarmaca in het verpleeghuis te vaak voorgeschreven? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 270-273.
- Kuperus K., Van der Veen R., Lensink E., Van de Wetering R. (2009). Het programma Ketenzorg Dementie. Een tussenbalans na de eerste fase. Deloitte Consulting.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008a). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008b). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Lambert H., Wood W. (1987). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press.
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie (2009). *Huisarts en Wetenschap*, 52, S1-S5.
- Liu B., Anderson G., Mittmann M., To T., Axcell T., Shear N. (1998). Use of selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. *The Lancet*, 351, 1303-1307.
- LVE (2010). Jaarbericht LVE 2009. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

- McCormick W.C., Kukull W.A., Van Belle G. (1994). Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 517–521.
- Meerveld J., Schumacher J., Krijger E., Bal R., Nies H. (2004). Landelijk Dementieprogramma. Utrecht: NIZW.
- Meeuwissen J.A.C., Donker M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904–915.
- Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004". Utrecht/ Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/ SGBO.
- Nuyen J., Spreeuwenberg P.M., Van Dijk L., Van den Bos G.A.M., Groenewegen P.P., Schellevis F.G. (2008). The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. *Psychological Medicine*, 38, 265-277.
- Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F.M., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., Van den Bos G.A.M. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185–1195.
- Ott A., Breteler M.M.B., Birkenhäger-Gillesse E.B., Van Harskamp F., De Koning I., Hofman A. (1996). De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 200-205.
- Schoevers R.A., Van H.L., Koppelmans V., Kool S., Dekker J.J. (2008). Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*, 68, 1621-1634.
- Schuurmans J., Comijs H.C., Beekman A.T.F., De Beurs E., Deeg D.J.H., Emmelkamp P.M.G., Van Dyck R. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420-428.
- Scott K.M., Von Korff M., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E., Fayyad J., De Girolamo G., Demyttenaere K., Gasquet I., Gureje O., Haro J.M., He Y., Kessler R.C., Levinson D., Medina Mora M.E., Oakley Browne M., Ormel J., Posada-Villa J., Watanabe M., Williams D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39, 33-43.
- Stek M.L., Gussekloo J., Beekman A.T.F., Van Tilburg W., Westendorp R.G.J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, 193-200.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen (2009). Veel big six bij ouderen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 144, 13.



- Ten Have J.J.I.M. (2007). *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn*. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Ten Have M., Verheij R.A., Depla M., Pot A.M. (2007). *Deelstudie 3b: Welke rol speelt de huisarts voor ouderen met psychische problemen?* In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen*. Rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Terluin B., Van Heest F.B., Van der Meer K., Neomagus G.J.H., Hekman J., Aulbers L.P.J., Starrevelde J.S., Grol M.H. (2004). *NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening)*. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 26-37.
- Van Balkom A.J., Beekman A.T.F., de Beurs E., Deeg D.J., Van Dyck R., Van Tilburg W. (2000). *Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 37-45.
- Van Gunst S., Mout P. (2006). *Dementie in de praktijk*. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 2, 57-59.
- Van Marwijk, H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Bijl D., Van Gelderen M.G., De Haan M., Van Weel-Baumgarten E.M., Burgers J.S., Boukes F.S., Romeijnders A.C.M. (2003). *NHG-Standaard Depressieve stoornis (eerste herziening)*. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-23.
- Verdurmen J., Ten Have M., Van Dorsselaer S., Van 't Land H., Vollebergh W., De Graaf R. (2006). *Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verheij R.A., Van Dijk C.E., Abrahamse H., Davids R., Van den Hoogen H., Braspenning J., Van Althuis T. (2009). *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Healthcare.
- Verhey F.R.J., Ramakers I., Scheltens Ph., Vernooij-Dassen M., Olde Rikkert M. (2007). *Geheugenpoli's in Nederland: ontwikkelingen sinds 1998*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 237-245.
- Vlasveld M.C., Van Marwijk H.W.J., Van der Feltz-Cornelis C.M. (2010). *Depressie te lijf met het 'Collaborative care'-model*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A1486.
- Volkers A. (2003). *Benzodiazepinen bij depressieve 55-plussers*. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 601.
- Volkers A.C., Nuyen J., Verhaak P.F.M., Schellevis, F.G. (2004). *The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients*. *Journal of Affective Disorders*, 82, 259-263.
- Volkers A., De Jong A., De Bakker D., Van Dijk L. (2005). *Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL.
- Wind A.W., Gussekloo J., Vernooij-Dassen M.J.F.J., Bouma M., Boomsma L.J., Boukes F.S. (2003). *NHG-Standaard Dementie (tweede herziening)*. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 754-67.

- ZonMW (2007). Tussentijdse evaluatie Landelijk Dementie Programma. Den Haag: ZonMW.
- Zuidema S.U., Van Iersel M.B., Koopmans R.T.C.M., Verhey F.R.J., Olde Rikkert M.G.M. (2006). Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1565-1573.
- Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M. (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL.



# Bijlage 1

## Aantallen geselecteerde huisartsenpraktijken

Per studiejaar is voor elke uitkomstvariabele een selectie gemaakt van LINH-praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria met betrekking tot registratie (zie Tabel 1). Zie [www.linh.nl](http://www.linh.nl) voor een beschrijving van de toegepaste kwaliteitscriteria. Tabel 2 presenteert de sociaaldemografische kenmerken van de ouderen die ingeschreven staan bij de geselecteerde huisartspraktijken.

Tabel 1 Aantal praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie van gegevens

	Diagnoses		Contacten	Voorschrijven	Verwijzingen
	Bestaand/ nieuw	Nieuw			
2002	69	69	36	53	34
2004	43	43	49	49	36
2006	69	29	59	63	37
2008	82	38	74	78	49

Tabel 2 Het aantal bij de geselecteerde huisartspraktijken ingeschreven personen van 65 jaar en ouder en hun sociaaldemografische kenmerken (periode 2002-2008)

	2002	2004	2006	2008
Aantal praktijken	N= 69	N= 43	N= 69	N= 82
Aantal ouderen	N= 38.955	N= 21.843	N= 37.188	N= 42.375
<b>Patiëntkenmerken</b>				
<b>Geslacht</b>				
Man	41,9%	42,9%	43,3%	43,3%
Vrouw	58,1%	57,1%	56,7%	56,7%
<b>Leeftijd</b>				
65-74 Jaar	54,6%	54,8%	55,2%	53,6%
75-84 Jaar	34,8%	34,2%	34,1%	34,5%
85 en ouder	10,6%	10,9%	10,7%	12,0%
<b>Urbanisatiegraad</b>				
Zeer hoog	17,6%	11,7%	13,5%	20,0%
Hoog	22,2%	26,1%	25,1%	27,1%
Midden	19,7%	19,5%	14,7%	17,0%
Laag	19,3%	16,6%	23,8%	12,9%
Zeer laag	21,0%	25,7%	22,9%	23,0%
Onbekend	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%



## 2 Ouderen in de tweedelijns GGZ: over instroom, cliëntkenmerken en zorgverlening tussen 2003-2007

### 2.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk werd zicht verkregen op ontwikkelingen in de psychische zorg die ouderen geboden werd in de huisartsenpraktijk in de periode 2002-2008. Het huidige hoofdstuk richt zich op ontwikkelingen in het gebruik van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Verwacht wordt dat alleen al door de zogenaamde 'dubbele vergrijzing', waarbij het aantal ouderen toeneemt en ouderen ook steeds ouder worden, steeds meer ouderen gebruik zullen maken van de GGZ (Depla e.a., 2005; Depla e.a., 2007). Geschat wordt dat tussen 2010 en 2020 het gebruik van tweedelijns GGZ door ouderen met psychische of verslavingsproblemen met 18% zal toenemen (Depla e.a., 2005). Naast vergrijzing hebben ook andere factoren invloed op het GGZ-gebruik door ouderen, zoals onder meer hun opvattingen over psychische problemen, hun hulpzoekgedrag, of het verwijsgedrag van huisartsen. In het vorige hoofdstuk vonden wij bijvoorbeeld dat huisartsen ouderen bij wie zij een depressie of angst gediagnosticeerd hebben vaker zijn gaan doorverwijzen naar een psychiater of psychotherapeut/psycholoog in de periode 2002-2008. Dit suggereert dat de instroom van cliënten in de tweedelijns GGZ (inclusief vrijgevestigde hulpverleners) vanuit de huisartsenpraktijk in deze periode toegenomen is.

In dit hoofdstuk worden gepubliceerde gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland, in kaart gebracht om meer zicht te bieden op recente ontwikkelingen in het gebruik van de tweedelijns GGZ door ouderen. Alvorens de doelstelling nader te beschrijven, wordt eerst ingegaan op de bevindingen van een recent uitgevoerd onderzoek naar ontwikkelingen in het GGZ-gebruik door ouderen in de periode 1990-2004 op basis van gegevens uit Psychiatische Casusregisters.

#### 2.1.1 Toename GGZ-gebruik door ouderen in de periode 1990-2004

Er zijn in Nederland weinig registratiesystemen beschikbaar die inzicht geven in trends in het gebruik van de tweedelijns GGZ. De regionale Psychiatische Casusregisters (PCR's) vormen hier één van. Recentelijk is op basis van gegevens uit de PCR's uit de regio's Drenthe, Rotterdam/Rijnmond en Maastricht en omstreken het gebruik van de GGZ door ouderen (65 jaar en ouder) in de periode 1990-2004 onderzocht (Veerbeek e.a., 2009). Er werd naar drie typen van zorg gekeken: ambulante zorg, verblijf in een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) en gebruik van klinische voorzieningen. De psychische zorg in verzorginghuizen werd niet meegenomen, omdat deze zorg nog niet zo lang bestaat. Het onderzoek omvatte ook niet de zorg die verricht werd door

vrijgevestigde psychiaters en psychologen; maar ouderen maken slechts een klein deel uit van hun cliëntenpopulatie (Veerbeek e.a., 2009).

Het bleek dat het percentage ouderen dat gebruik maakte van de tweedelijns GGZ gestegen was van 3,2% in 1990 naar 4,2% in 2004. Uitsplitsing naar zorgtype liet verschillende ontwikkelingen zien.

Verreweg de meeste zorg die verleend werd aan ouderen in de periode 1990-2004 betrof ambulante zorg. Het percentage ouderen in ambulante zorg nam toe van 2,8% in 1990 naar 4,0% in 2004. De sterkste stijging gebeurde tussen 1990 en 1994, waarna het percentage redelijk stabiel bleef tot 2002. Tussen 2002 en 2004 vond er weer een stijging plaats. Cliënten in ambulante zorg hadden ook steeds meer contacten in de periode 1990-2004. Het gemiddeld aantal ambulante contacten per cliënt verdubbelde bijna tussen 1990 en 2004, van 5 naar 10 contacten per jaar.

Hoewel relatief weinig ouderen in RIBW's verbleven in de periode 1990-2004, nam het gebruik van dit type zorg wel duidelijk toe. Er werd bijna een verdubbeling gevonden van het percentage ouderen dat in een RIBW terecht kwam, van 0,03% naar 0,06%. De stijging vond vooral plaats tussen 1990 en 2002; daarna bleef het percentage redelijk stabiel. De verblijfsperiode in een RIBW nam ook toe. Verbleef in 1990 een cliënt gemiddeld 326 dagen in een RIBW, in 2004 was dit gestegen naar gemiddeld 344 dagen per cliënt.

In tegenstelling tot de toegenomen percentages ouderen die ambulante zorg ontvingen of in een RIBW verbleven, daalde het percentage ouderen met een klinische opname in de periode 1990-2004, van 0,6% naar 0,4%. De daling vond vooral plaats tussen 1990 en 2002; daarna is er sprake van een redelijk stabiel percentage. Ook de opnameduur daalde in de periode 1990-2004, van gemiddeld 185 naar 169 dagen per cliënt.

Ondanks dat het totale gebruik van de tweedelijns GGZ door ouderen toenam tussen 1990 en 2004, daalden de geschatte kosten<sup>1</sup> die hiermee gemoeid gingen (van 137.155 naar 115.038 euro per 1000 'oudere' inwoners). Dit is te verklaren door het afnemende gebruik van klinische voorzieningen door ouderen, het type dat veruit de meeste kosten met zich meebrengt.

Op basis van deze bevindingen concludeerden de onderzoekers dat de periode 1990-2002 gekenmerkt wordt door 'extramuralisering' van de GGZ voor ouderen, oftewel het (gedeeltelijk) vervangen van (dure) klinische zorg door minder intensieve (goedkopere) vormen van zorg, zoals ambulante zorg of een verblijf in een RIBW (Veerbeek e.a., 2009).

### 2.1.2 Doelstelling

De gegevens uit de PCR's bieden zicht op het gebruik van de tweedelijns GGZ door ouderen tot en met 2004. Gegevens uit Zorgis, het landelijke registratiesysteem voor de lidinstellingen van GGZ Nederland, geven een recenter beeld van de verleende zorg aan ouderen, namelijk over de periode 2003-2007. Binnen Zorgis is ook informatie verzameld over onder meer verwijzers naar de tweedelijns GGZ, klachten waarmee

---

1 Gestandaardiseerde directe variabele kosten, ongeacht type (klinisch, ambulant, RIBW) zorg.

cliënten zich aanmelden en diagnoses die door hulpverleners gesteld worden. Daarnaast verzorgt GGZ Nederland sinds 2004 rapportages over wachttijden.

De doelstelling van dit hoofdstuk is om gepubliceerde Zorgis- en wachttijd-gegevens in kaart te brengen om zodoende meer zicht te krijgen op ontwikkelingen in de periode 2003-2007 wat betreft de instroom van ouderen in de tweedelijns GGZ (in termen van het aantal cliënten dat in behandeling komt, verwijzers en wachttijden), hun kenmerken (in termen van geslacht en leeftijd, aanmeldklachten, en gestelde diagnoses), en de zorg die aan hen verleend werd (in termen van zorgtype, aantal verrichtingen en behandelduur).

## **2.2 Instroom van ouderen in de tweedelijns GGZ, hun kenmerken en zorggebruik in de periode 2003-2007**

### **2.2.1 Zorgis/Wachttijdregistratie GGZ Nederland**

Zoals hierboven opgemerkt bieden de gegevens uit Zorgis zicht op de zorg die geboden werd in de tweedelijns GGZ in de periode 2003-2007. Dit is exclusief de zorg die verricht werd door vrijgevestigde psychiaters en psychologen, en in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en). Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en forensische psychiatrie zijn niet meegenomen (GGZ Nederland, 2009).

Er bestond geen wettelijke verplichting voor instellingen om gegevens aan Zorgis aan te leveren. Om tot een landelijk beeld te komen werden de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoléerd ('bijgeschat'). Dit gebeurde zowel op basis van gegevens die bekend waren uit voorgaande jaren als op basis van financiële parameters (GGZ Nederland, 2009). Bedacht dient te worden dat het extrapoleren van gegevens een bron van vertekening kan vormen.

#### ***Alternatieve dataverzameling in 2007***

De aanlevering van gegevens door GGZ-instellingen aan Zorgis is eind 2006 beëindigd. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009). Na 2007 zouden Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zoals geregistreerd door GGZ-zorgaanbieders en bijeengebracht in het DBC Informatie Systeem (DIS) gaan dienen als vervangende gegevensbron. Echter, gegevens uit het DIS blijken nog van onvoldoende kwaliteit om betrouwbare uitspraken te doen over het zorggebruik binnen de tweedelijns GGZ sinds 2008. Gezien de alternatieve dataverzameling in 2007, is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers van 2007 met voorgaande jaren.

Wat betreft wachttijden is dataverzameling na 2007 wel gecontinueerd, zodat hiervoor ook gegevens gepresenteerd kunnen worden voor de jaren 2008 en 2009.

#### ***Circuit ouderen: hulp aan ouderen én hun verzorgers***

Binnen Zorgis zijn gegevens geordend per circuit. Het circuit ouderen betreft hulp aan ouderen (65 jaar en ouder) én hun eventuele begeleidende verzorgers die heeft



plaatsgevonden op ouderenafdelingen. Het kan dus bijvoorbeeld ook mantelzorgers betreffen die advies hebben gekregen hoe om te gaan met hun naaste met dementie. De verhouding ouderen/verzorgers is niet bekend.

De informatie over wachttijden is niet geordend naar circuit, maar naar leeftijd. Ouderen van 65 jaar en ouder vormen één van de leeftijdsgroepen die onderscheiden worden.

## 2.2.2 Instroom

### *Het aantal cliënten in behandeling stijgt tussen 2003 en 2005, om daarna weer te dalen*

Het aantal cliënten dat jaarlijks werd behandeld bij het circuit ouderen nam in de periode 2003-2005 toe van 69.400 naar 82.000 (een stijging van 18%), om vervolgens weer af te nemen, met name in 2007 (zie Tabel 1).

Tabel 1 Aantal cliënten in behandeling in het circuit ouderen in de periode 2003-2007<sup>a</sup>

2003	2004	2005	2006	2007
69.400	76.900	82.000	81.300	76.900

<sup>a</sup> Een deel van de cliënten zal in een jaar meer dan één behandeling ontvangen. De verhouding tussen het aantal unieke personen dat jaarlijks zorg ontvangt en het aantal behandelingen dat hiermee gemoeid gaat is redelijk stabiel (GGZ Nederland, 2009a).

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

### *Huisarts belangrijkste verwijzer*

De huisarts is verreweg de belangrijkste verwijzer naar het circuit ouderen. Het percentage cliënten dat door de huisarts verwezen werd bleef vrijwel stabiel in de periode 2003-2006 (64-65%), om in 2007 toe te nemen naar 70% (zie Tabel 2). Na verwijzing door de huisarts, werden relatief de meeste ouderen verwezen via andere GGZ-instellingen of via ziekenhuizen of verpleeghuizen. Ook kwam een deel op eigen initiatief of via hun directe omgeving in aanraking met de GGZ.

Tabel 2 Verwijzers naar het circuit ouderen in de periode 2003-2007, procentuele verdeling

Soort verwijzer	2003	2004	2005	2006	2007
Huisarts	64	65	64	64	70
Ziekenhuis/verpleeghuis	8	9	9	11	13
Andere GGZ-instelling	14	14	13	13	8
Eigen initiatief/directe omgeving	9	7	9	7	6
PAAZ/PUK	2	2	2	3	2
Maatschappelijke opvang/politie	3	2	2	2	1
Verslavingszorg	0	0	1	1	0

PAAZ: psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, PUK: psychiatrische universiteitskliniek.

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

## Wachttijden

Wat betreft wachttijden worden drie fasen onderscheiden:

- de aanmeldingswachtfase: de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener;
- de beoordelingswachtfase: de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld); en
- de behandelingswachtfase: de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact).

Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over de maximaal aanvaardbare wachttijden in deze fasen, de zogenaamde 'treeknormen'.<sup>2</sup>

Tabel 3 laat zien dat de gemiddelde wachttijden in de periode 2004-2009 betrekkelijk stabiel gebleven zijn, afgezien van een gestegen wachttijd in de behandelingsfase sinds 2007. Dit heeft tot gevolg dat in de jaren 2007-2009 ruim 20% van de oudere cliënten na een indicatiestelling langer moest wachten op de start van een behandeling dan maximaal aanvaardbaar geacht wordt. In de gehele periode 2004-2009 had meer dan 20% van de oudere cliënten een wachttijd in de beoordelingswachtfase die langer was dan de Treeknorm voorschrijft.

**Tabel 3 Gemiddelde wachttijden (in weken) voor oudere cliënten (≥65 jaar) en het percentage dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven in de periode 2004-2009**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Wachtfase</b>						
Aanmelding	2 (14%)	2 (14%)	2 (15%)	2 (16%)	2 (17%)	2 (16%)
Beoordeling	3 (22%)	3 (26%)	3 (23%)	3 (25%)	3 (27%)	3 (27%)
Behandeling	3 (14%)	3 (13%)	3 (15%)	6 (23%)	5 (22%)	5 (21%)

Bron: GGZ Nederland, 2007b, 2008, 2009b, 2010

### 2.2.3 Kenmerken van cliënten

#### *Meer vrouwen dan mannen in behandeling*

Zoals weergegeven in Tabel 4 komen verhoudingsgewijs meer vrouwen dan mannen in behandeling in het circuit ouderen; in de periode 2003-2007 was ongeveer tweederde van de cliënten vrouw. Hierbij moet opgemerkt worden dat cliënten die behandeld worden in het circuit ouderen niet alleen de ouderen met psychische problemen zelf betreffen, maar ook hun eventuele begeleidende verzorgers (bv. mantelzorgers). Dit gegeven verklaard ook waarom de percentages over de leeftijdscategorieën heen niet optellen tot 100% (zie Tabel 4); begeleidende verzorgers kunnen jonger zijn dan 60 jaar. Daarnaast hanteert een aantal instellingen ook een leeftijdsgrens van 60 jaar (in plaats van 65 jaar) bij het circuit ouderen. Dit in acht nemend, viel in de periode

2 Het betreffen de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden: aanmeldingsfase (Treeknorm= 4 weken), beoordelingsfase (Treeknorm= 4 weken) en behandelingsfase (Treeknorm= 6 tot 13 weken, afhankelijk van het type behandeling).

2003-2007 het merendeel van de cliënten (ongeveer 40%) in de leeftijdscategorie 75-84 jaar. Circa 28% van de cliënten was tussen de 65 en 74 jaar oud; ongeveer 20% was 85 jaar of ouder.

**Tabel 4 Leeftijd- en geslachtsverhouding van cliënten in behandeling in het circuit ouderen in de periode 2003-2007, in procenten**

	2003 N=69.400	2004 N=76.900	2005 N=82.000	2006 N=81.300	2007 N=76.900
Geslacht					
Man	35	34	34	34	34
Vrouw	65	66	66	66	66
Leeftijd <sup>1</sup>					
65-74 jaar	28	29	28	28	28
75-84 jaar	39	41	40	40	39
85 jaar en ouder	20	19	19	20	20

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

### ***Vooral cognitieve klachten en stemmingsklachten bij aanmelding***

Opgemerkt moet worden dat de aanmeldklachten niet voor alle cliënten bekend waren. Bij begeleidende verzorgers wordt bijvoorbeeld geen aanmeldklacht geregistreerd. Bij ongeveer 40% van de cliënten was de aanmeldklacht opgegeven (GGZ Nederland, 2007).

In de periode 2003-2007 waren klachten ten aanzien van het geheugen en andere cognitieve functies en stemmingsklachten de meest voorkomende klachten waarmee cliënten zich aanmelden bij het circuit ouderen (zie Tabel 5). In 2007 daalde het percentage cliënten dat zich aanmeldde met cognitieve klachten enigszins, terwijl het percentage cliënten met stemmingsklachten wat toenam.

**Tabel 5 Verdeling van aanmeldklachten bij het circuit ouderen in de periode 2003-2007, in procenten<sup>a</sup>**

	2003	2004	2005	2006	2007
Geheugen/oriëntatieklachten en cognitieve klachten	41	40	38	38	36
Stemmingsklachten	29	31	30	32	35
Angst-en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten	8	9	8	9	10
Gedragsklachten	8	7	6	6	6
Psychotische klachten	6	6	5	5	5
Klachten rond partner/gezin/familie	5	4	4	4	4
Klachten rond het lichaam	2	2	2	3	2
Klachten rond een traumatische gebeurtenis	1	1	1	1	1
Klachten rond verslaving	1	1	4	3	1
Totaal	100	100	100	100	100

<sup>a</sup> Per cliënt wordt een aanmeldklacht geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende problemen en klachten.

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

### ***Meest gestelde diagnoses zijn cognitieve/organische en stemmingsstoornissen***

Ook voor de gestelde diagnoses geldt dat deze niet bij alle cliënten bekend waren. Bij begeleidende verzorgers wordt geen diagnose gesteld. Verder kan bij kortstondige contacten met een cliënt een volledige classificatie van een stoornis niet worden afgerond. Hierdoor was bij circa 40% van de cliënten een diagnose opgegeven (GGZ Nederland, 2007).

Overeenstemmend met de meest voorkomende aanmeldklachten, werden in de periode 2003-2007 cognitieve/'organische'<sup>3</sup> stoornissen en stemmingsstoornissen door hulpverleners het vaakst gediagnosticeerd bij cliënten in het circuit ouderen (zie Tabel 6). Opvallend is dat in 2007 het percentage cliënten bij wie een cognitieve/organische stoornis gediagnosticeerd werd sterk afnam, terwijl het percentage cliënten met een gediagnosticeerde persoonlijkheids- of gedragsstoornis juist aanzienlijk toenam. Het is onwaarschijnlijk dat dit een 'werkelijke' verandering is. Aannemelijk is dat er ten gevolge van de alternatieve gegevensverzameling in 2007 een verschuiving heeft plaatsgevonden tussen de twee (deels verwante) diagnosecategorieën.

**Tabel 6 Verdeling van gestelde diagnoses in het circuit ouderen in de periode 2003-2007, in procenten<sup>a</sup>**

	2003	2004	2005	2006	2007
Cognitieve/'organische' stoornis	39	39	39	37	18
Stemmingsstoornis	28	28	28	26	23
Psychotische stoornis	8	8	7	7	7
Overige neurotische stoornis	7	7	7	8	7
Angst-/stressgebonden stoornis	4	5	5	5	5
Stoornis door alcohol/drugs	2	2	3	5	3
Persoonlijkheids-/gedragsstoornis	2	2	2	3	28
Stoornis in de ontwikkeling/gedrag	1	0	1	1	1
Overige stoornis	9	8	8	8	8
Totaal	100	100	100	100	100

<sup>a</sup> Per cliënt wordt een diagnose geteld (de 'belangrijkste'). Er is dus geen zicht op het samengaan van verschillende diagnoses.

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

## **2.2.4 Verleende zorg**

### ***Verreweg de meeste cliënten ontvangen ambulante zorg***

Binnen Zorgis wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante, deeltijd, residentiële en gemengd residentiële zorg (GGZ Nederland, 2009a). Cliënten die voor het merendeel ( $\geq 90\%$ ) klinische zorg krijgen of die in een beschermde woonomgeving wonen, worden

3 'Organische' stoornis: d.w.z. een psychische stoornis door een somatische aandoening.

ingedeeld in de categorie 'residentieel'. Als het aandeel klinische zorg lager is en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentieel'. Cliënten die één of meer dagdelen in behandeling zijn worden ingedeeld in de categorie 'deeltijd'. Ambulante contacten kunnen onderdeel zijn van de deeltijdbehandeling. Wanneer de behandeling volledig ambulante is worden cliënten ingedeeld in de categorie 'ambulant'.

Zoals Tabel 7 aangeeft ontvingen in de periode 2003- 2007 verreweg de meeste cliënten uitsluitend ambulante zorg. Het aantal cliënten in ambulante zorg steeg in de tussen 2003 en 2005 van 60.760 naar 72.283 cliënten (een stijging van 19%), om vervolgens weer af te nemen, vooral in 2007. Procentueel gezien bleef het gebruik van ambulante zorg stabiel in de periode 2003-2007: ongeveer 88% van de cliënten werd uitsluitend ambulant behandeld. Tussen 2003 en 2007 is er een variabel patroon te zien wat betreft het aantal cliënten dat residentieel behandeld werd: terwijl het aantal stabiel bleef in de jaren 2003 en 2004, steeg het in 2005, om vervolgens weer te dalen in de jaren 2006 en 2007. Procentueel gezien werd er door cliënten in de periode 2003-2007 minder gebruik gemaakt van residentiële zorg. Deze daling vond vooral plaats tussen 2003 en 2004 (van 9,0% naar 8,1%). Cliënten in het circuit ouderen ontvingen het minst vaak gemengd residentiële zorg of deeltijdzorg. Wel is tussen 2003 en 2006 het aantal cliënten dat gemengd residentiële zorg kreeg bijna verdubbeld (van 1.167 naar 2.239 cliënten), om in 2007 weer te dalen. Procentueel gezien was er een overeenkomstige ontwikkeling. Na een aanvankelijke daling in 2004 ten opzichte van 2003, is het aantal cliënten in deeltijdbehandeling in de daaropvolgende jaren gestegen. Ook hier is procentueel gezien eenzelfde ontwikkeling waarneembaar in de periode 2003-2007.

**Tabel 7 Aantal cliënten in het circuit ouderen in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type behandeling**

	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulant	60.760 (87,5%)	67.718 (88,1%)	72.283 (88,1%)	71.421 (87,8%)	67.504 (87,8%)
Residentieel	6.264 (9,0%)	6.263 (8,1%)	6.412 (7,8%)	6.359 (7,8%)	6.075 (7,9%)
Gemengd residentieel	1.167 (1,7%)	1.810 (2,4%)	2.062 (2,5%)	2.239 (2,8%)	1.956 (2,5%)
Deeltijd	1.239 (1,8%)	1.063 (1,4%)	1.252 (1,5%)	1.321 (1,6%)	1.329 (1,7%)
Totaal	69.430	76.854	82.009	81.340	76.864

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

### Aantal verrichtingen

Het aantal ambulante contacten<sup>4</sup> steeg in de periode 2003-2006 met 36%, om in 2007 weer te dalen (zie Tabel 8). Het aantal klinische verrichtingen<sup>5</sup> liet in de periode 2003-2007 over het algemeen een licht dalende trend zien, uitgezonderd de kleine stijging in 2006. Het aantal deeltijdverrichtingen<sup>6</sup> nam tussen 2003 en 2005 toe met 34%, om daarna weer te dalen, met name in 2007.

**Tabel 8 Aantal verrichtingen in het circuit ouderen in de periode 2003-2007, uitgesplitst naar type**

	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulant <sup>a</sup>	961.602	1.210.262	1.241.960	1.306.433	1.056.662
Klinisch	1.024.032	1.020.530	988.440	1.019.653	977.787
Deeltijd	102.073	116.731	138.520	136.732	119.034
Totaal	2.087.707	2.347.523	2.368.920	2.462.818	2.153.483

<sup>a</sup> Vanaf 2004 zijn telefonische contacten meegeteld

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

### Behandelduur

In de periode 2003-2007 werden de meeste cliënten in het circuit ouderen drie maanden tot één jaar behandeld (zie Tabel 9). Wel is het percentage cliënten met deze behandelduur in 2005 wat afgenomen en sindsdien stabiel 30%. Bij bijna 30% van de cliënten werd de behandeling binnen drie maanden beëindigd. Ongeveer een kwart werd een jaar of langer behandeld. Het percentage cliënten waarbij slechts sprake was van één behandelcontact is vanaf 2005 toegenomen tot 17% om daarna stabiel te blijven. Dit betrof een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing (GGZ Nederland, 2009a).

**Tabel 9 Verdeling van behandelduur van cliënten in het circuit ouderen in de periode 2003-2007, in procenten**

	2003	2004	2005	2006	2007
1 dag	13	10	17	17	17
tot 3 maanden	26	28	30	29	28
3 maanden tot 1 jaar	34	34	30	30	30
1 jaar of langer	26	27	23	24	25
totaal	100	100	100	100	100

Bron: GGZ Nederland, 2006, 2007a, 2009a

- 4 Intake, onderzoek, behandeling/begeleiding, psychotherapie, crisisbehandeling, telefonisch contact, psychiatrische zorg thuis, begeleid wonen, dagactiviteiten of arbeidsrehabilitatie (GGZ Nederland, 2009a).
- 5 Klinische verblijfsdagen: opname, kort of langdurend, met behandeling die veranderingsgericht is, structuur biedend of stabiliserend, met beperkte, volledige of zeer intensieve begeleiding of beschermd wonen (GGZ Nederland, 2009a).
- 6 Deeltijdsessies (dagbehandeling): structurerende, stabiliserende, of psychotherapeutische behandeling, met volledige of beperkte begeleiding (GGZ Nederland, 2009a).

## 2.3 Samenvatting en beschouwing

### 2.3.1 Belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk zijn gepubliceerde Zorgis- en wachttijd-gegevens in kaart gebracht om meer zicht te krijgen op ontwikkelingen in het gebruik van de tweedelijns GGZ door ouderen in de periode 2003-2007. Het is belangrijk op te merken dat vergelijkingen van Zorgis-gegevens over de jaren heen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Zo zijn elk jaar de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoleerd. Welke instellingen gegevens hebben aangeleverd verschilt per jaar, waardoor verschillen tussen jaren ook extrapolatieverschillen kunnen zijn (GGZ Nederland, 2007a). Verder heeft in 2007 een alternatieve dataverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis (GGZ Nederland, 2009a). Het is onduidelijk in hoeverre dit vertekeningen heeft veroorzaakt.

Met deze beperkingen in het achterhoofd, wijzen de Zorgis-gegevens erop dat het aantal cliënten dat behandeld werd in het circuit ouderen tussen 2003 en 2005 met 18% toenam, om daarna weer af te nemen (vooral in 2007). Daarbij moet bedacht worden dat niet alleen ouderen zelf, maar vaak ook begeleidende verzorgers als cliënt geregistreerd waren. In de periode 2003-2006 werd het merendeel van de cliënten (64-65%) verwezen via de huisarts; in 2007 een nog hoger percentage cliënten (70%). Ruim 20% van de cliënten moest na het eerste gesprek langer wachten op de indicatiestelling dan aanvaardbaar geacht wordt; sinds 2007 geldt dit ook voor de tijdsduur tussen indicatiestelling en de start van een behandeling. Ongeveer tweederde van de cliënten in behandeling was vrouw, en ongeveer 40% was tussen de 65 en 74 jaar oud. Veruit de meest voorkomende redenen voor aanmelding waren cognitieve klachten en stemmingsklachten. Overeenkomstig waren cognitieve/organische stoornissen en stemmingsstoornissen de meest gestelde diagnoses. Verreweg de meeste cliënten ontvingen uitsluitend ambulante zorg en het percentage cliënten dat dit zorgtype kreeg bleef constant in de periode 2003-2007 (88%). Wel nam het aantal cliënten in ambulante zorg tussen 2003 en 2005 toe met 19%, om daarna weer af te nemen (vooral in 2007). De ontwikkeling van het aantal ambulante verrichtingen liet een vergelijkbaar beeld zien, met een stijging tussen 2003 en 2006 (van 36%), en een daaropvolgende daling in 2007. In de periode 2005-2007 duurde een behandeling bij 30% van de cliënten drie maanden tot één jaar; bij ongeveer hetzelfde percentage was behandeling binnen drie maanden beëindigd; en in een ongeveer kwart van de gevallen duurde behandeling langer dan één jaar.

#### ***Vergelijking met gegevens uit Psychiatrische Casus Registers***

Zoals beschreven in de inleiding werd op basis van gegevens uit de Psychiatrische Casusregisters (PCR's) uit de regio's Drenthe, Rotterdam/Rijnmond en Maastricht en omstreken gevonden dat het percentage ouderen dat ambulante zorg ontving toenam tussen 2002 en 2004 (van 2,8% naar 4,0%) (Veerbeek e.a., 2009). Deze bevinding komt overeen met de Zorgis-gegevens die aangeven dat het aantal cliënten dat bij het circuit ouderen uitsluitend ambulante zorg ontving tussen 2003 en 2005 gestegen is.

Verdere vergelijkingen van Zorgis-gegevens met de bevindingen op basis van de gegevens uit de PCR's zijn lastig, onder meer vanwege de verschillende gebruikte indelingen naar zorgtype.

### **2.3.2 Veel kennislacunes**

De Zorgis-gegevens bieden een beperkt zicht op de aard en de intensiteit van de zorg die verleend wordt aan ouderen binnen de tweedelijns GGZ en de ontwikkelingen hierin. Dit geldt ook voor gegevens uit de PCR's. Hierdoor kan moeilijk geëvalueerd worden of ingezette beleidsmaatregelen het gewenste effect sorteren.

Ten aanzien van verschillende aspecten van GGZ-gebruik zijn onvoldoende trendmatige cijfers beschikbaar, waaronder:

- de behoefte van ouderen met psychische problemen aan tweedelijns GGZ;
- de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor ouderen met psychische problemen;
- de feitelijke zorg die ouderen geboden wordt binnen de tweedelijns GGZ (specifieke therapievorm; het aantal en de duur van behandelcontacten; de betrokken hulpverleners; enz.), uitgesplitst naar type stoornis;
- de effectiviteit van de geboden zorg, uitgesplitst naar stoornis.

De twee laatstgenoemde informatiebehoeften kunnen in de toekomst vervuld worden door gegevens uit de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MEMO) ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)). MEMO is in 2007 door het Trimbos-instituut opgezet in opdracht van het Ministerie van VWS. Aan de hand van door GGZ-instellingen aangeleverde gegevens wordt met MEMO zicht verkregen op de kwaliteit en effectiviteit van de psychische hulpverlening aan ouderen in de periode 2008-2013. Naast jaarlijks terugkerende informatie, wordt per jaar in overleg met de deelnemende instellingen aanvullende informatie over een specifieke doelgroep verzameld. In eerste instantie is gekozen voor cliënten met een depressie (MEMO Depressie); sinds maart 2010 zijn dit cliënten met een angststoornis (MEMO Angst). Om een goed beeld te krijgen van (de ontwikkeling in) de behoefte van ouderen met psychische problemen aan tweedelijns GGZ en de toegankelijkheid van deze zorg is epidemiologische onderzoek noodzakelijk.





# Referenties

- Depla M., Pot A.M., De Graaf R., Van Dorsselaer S., Sonnenberg C., Deeg D. (2005). Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Depla M., Pot A.M., Ten Have M., Smit F., Sonnenberg C., Beekman A.T.F., Deeg D. (2007). Deelstudie 1: Trends in het gebruik van GGZ door Ouderen in de leeftijd van 55 tot 65 jaar. In: Pot A.M., Depla M, Ten Have, M. (red.). Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ Nederland (2006). Toenemende zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007a). Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007b). Wachtlijsten in GGZ-instellingen op 1 januari 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008). Wachttijden in GGZ-instellingen 2007. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009a). Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009b). Wachttijden in GGZ-instellingen 2008. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010). Wachttijden in GGZ-instellingen 2009. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Veerbeek M.A., Pijl Y.J., Driessen G.A.M., De Vries S.C., Pot. A.M. (2009). Trends in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door ouderen in de periode 1990-2004. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 40, 45-53.



# 3 Ouderen in verpleeghuizen: over psychische problematiek, hulpbehoefte en zorgverlening tussen 2004-2008

## 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt zicht verkregen op ontwikkelingen in het vóórkomen van psychische problematiek bij ouderen die verblijven in een verpleeghuis, hun hulpbehoefte en de psychische zorg die hun verleend wordt. Alvorens verder in te gaan op de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

### 3.1.1 Achtergrond

Ongeveer 2% van de mensen van 65 jaar of ouder in Nederland verblijft in een verpleeghuis (De Klerk, 2005). Hoewel het aantal ouderen in een verpleeghuis relatief klein is ten opzichte van de totale ouderenpopulatie, zijn de kosten die gemoeid zijn met hun zorg enorm. In 2005 bijvoorbeeld kostte de zorg voor ouderen in verpleeghuizen bijna €4,5 miljard (Poos e.a., 2008). Dit komt doordat alleen ouderen die zeer intensieve en complexe zorg behoeven in verpleeghuizen worden opgenomen (Pot e.a., 2008). Het percentage ouderen dat ooit voor kortere of langere tijd in een verpleeghuis komt, ligt echter veel hoger. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die opgenomen worden om te revalideren na een heupfractuur, maar ook aan ouderen die terminale zorg nodig hebben. Zo sterft uiteindelijk 92% van de patiënten met dementie in Nederland in een verpleeghuis (Houttekier e.a., 2010).

Psychische problemen komen veel voor bij ouderen in verpleeghuizen. In de verpleeghuiszorg in Nederland wordt sinds enkele decennia onderscheid gemaakt tussen psychogeriatrische verpleeghuiszorg (gericht op voornamelijk personen met dementie) en somatische verpleeghuiszorg (gericht op personen met ernstige lichamelijke problematiek als eerste diagnose). Ongeveer 20% van de bewoners met dementie hebben een depressie (Zuidema e.a., 2007; Verkaik e.a., 2009); de prevalentie van angst onder psychogeriatrische verpleeghuisbewoners is ongeveer even hoog, 21% (Zuidema e.a., 2007). Ook bij somatische bewoners zonder dementie komen depressie (22%) en angst (10%) frequent voor, en vaak ook tegelijkertijd (Jongenelis e.a., 2004; Smalbrugge e.a., 2005). Naast angst en depressie, is ook de prevalentie van gedragsproblemen als geagiteerd of agressief gedrag en psychotische verschijnselen hoog onder verpleeghuisbewoners, met name onder bewoners met dementie (Zuidema e.a., 2007).

Bij verpleeghuisbewoners komt psychische problematiek niet alleen vaak voor, het heeft ook belangrijke nadelige gevolgen. Zo hangt het samen met een verminderde kwaliteit van leven (zoals een sterk verminderd gevoel van welzijn en minder sociale betrokkenheid), meer zorggebruik, en een grotere belasting voor verzorgenden (Achterberg e.a., 2003; Smalbrugge e.a., 2006; Verkaik, e.a. 2009). Het is daarom van belang psychische problemen tijdig te herkennen, zodat in een vroeg stadium behandeling ingezet kan worden (Pot e.a., 2008). Er bestaat ruimte voor de verbetering van herkenning van psychische problemen in verpleeghuizen. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat bij meer dan de helft van de somatische verpleeghuisbewoners een depressieve stoornis niet wordt herkend (Jongelien e.a., 2006; Falck e.a., 1999).

Er is beperkt onderzoek gedaan naar de psychische zorg die verleend wordt in verpleeghuizen, waarbij vooral gekeken is naar het voorschrijven van psychofarmaca. De meest recente bevindingen geven aan dat in 2003 bij circa 60% van de bewoners met dementie psychofarmaca voorgeschreven werden, waarvan antipsychotica (37%) het vaakst (Zuidema e.a., 2007; Nijk e.a., 2009). Relatief veel bewoners met dementie (ongeveer 27%) bleken meerdere psychofarmaca tegelijkertijd te gebruiken, waarbij een combinatie van antipsychotica en antidepressiva het vaakst voorkomt (Nijk e.a., 2009). In de jaren 1999-2001 werd gevonden dat 26% van de somatische verpleeghuisbewoners met een relatief goede cognitie antidepressiva voorgeschreven kreeg, en 47% kalmerings- of slaapmiddelen (Smalbrugge e.a., 2006).

### **3.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen**

Hoewel bovengenoemde gegevens enig zicht geven op de omvang van psychische problemen bij ouderen in een verpleeghuis en de zorg die aan hen verleend wordt, zijn ze in bepaalde opzichten beperkt. Zo stammen de meest recente gegevens uit 2003 en is onbekend of er in de afgelopen jaren veranderingen hebben plaatsgevonden.

De doelstelling van dit onderzoek is om voor de periode 2004-2008 inzicht te krijgen in het vóórkomen van depressieve klachten onder verpleeghuisbewoners met en zonder dementie, hoe vaak bij hen psychische diagnoses gesteld worden, wat hun hulpbehoefte is, en welke zorg hun geboden wordt. Daartoe is gebruik gemaakt van gegevens uit de Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrumenten (MDS-RAI; versie 2.1), een cliëntvolgsysteem dat het zorgproces en de zorgplandefiniëring ondersteunt.

Wij zijn de zorginstellingen die deze gegevens in kaart hebben gebracht en de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc hiervoor erkentelijk.

#### ***Onderzoeksvragen***

De volgende onderzoeksvragen zullen worden beantwoord voor de jaren 2004 tot en met 2008, telkens voor verpleeghuisbewoners met en zonder dementie:

- 1) Met betrekking tot het vóórkomen van psychische diagnoses en depressieve klachten:
  - Hoe vaak worden psychische stoornissen (d.w.z. depressie, angststoornis, bipolaire stoornis, en schizofrenie) gediagnosticeerd bij verpleeghuisbewoners?

- Hoe vaak komen depressieve klachten voor bij verpleeghuisbewoners?
  - Is het vóórkomen van psychische diagnoses<sup>1</sup> of depressieve klachten gerelateerd aan het aantal lichamelijke aandoeningen bij verpleeghuisbewoners?
- 2) Met betrekking tot hulpbehoefte:
- Is een grote hulpbehoefte bij verpleeghuisbewoners gerelateerd aan psychische diagnoses<sup>62</sup> of depressieve klachten?
- 3) Met betrekking tot verleende zorg:
- Is zorgzwaarte<sup>2</sup> bij verpleeghuisbewoners gerelateerd aan psychische diagnoses<sup>62</sup> of depressieve klachten?
  - Wat is het psychofarmacagebruik van verpleeghuisbewoners met een psychische diagnose of depressieve klachten?

### 3.1.3 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit zeven paragrafen. De onderzoeksmethode wordt in paragraaf 3.2 besproken. Paragraaf 3.3 gaat in op de kenmerken van de onderzochte verpleeghuisbewoners. Daarna worden in de paragrafen 3.4 tot en met 3.6 achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met slotparagraaf 3.7 waarin de belangrijkste bevindingen samengevat en besproken worden.

## 3.2 Methode

### 3.2.1 Gebruikte gegevens

#### *Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI)*

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van gegevens die verzameld zijn met de Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument (MDS-RAI; versie 2.1) (Frijters, 2001) die bij het VU Medisch Centrum worden samengevoegd en beheerd. Dit meetinstrument is toegespitst op bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. In ten minste 16 landen wordt dit instrument in enkele en soms alle verpleeghuizen gebruikt (Frijters e.a., 2001). Het is een cliëntvolgsysteem dat het zorgproces en zorgplandefiniëring ondersteunt. De MDS (Minimum Data Set) is een onderdeel van dit volgsysteem en brengt de medische, functionele, psychosociale en cognitieve toestand van de bewoners in kaart aan de hand van 120 observatievragen, die ingevuld worden door hulpverleners die bij de dagelijkse zorg voor de bewoner betrokken zijn. De MDS wordt per bewoner in principe bij opname, en vervolgens elk kwartaal of bij een wezenlijke toestandsverandering of ontslag ingevuld.

---

1 Alleen onderzocht voor de relatief veel voorkomende diagnoses depressie en angst

2 Zorgzwaarte: het aantal uren verpleging, verzorging en behandeling, optelbaar gemaakt door deze uit te drukken in geld.

### ***Onderzochte verpleeghuizen***

Sinds 2000 maken verschillende verpleeghuizen in de regio Amsterdam gebruik van de MDS-RAI (Frijters e.a., 2001). Het huidige onderzoek baseert zich op de gegevens van de vijf verpleeghuizen die gedurende de periode 2004-2008 onafgebroken hebben geregistreerd. Elk jaar zijn de gegevens van alle bewoners van 65 jaar en ouder meegenomen die op 31 december van het betreffende jaar opgenomen waren in één van de verpleeghuizen. Het kan dus voorkomen dat gegevens van eenzelfde verpleeghuisbewoner in meerdere jaren zijn meegenomen.

### **3.2.2 Onderzochte variabelen**

#### ***Verpleeghuisbewoners met en zonder dementie***

In de MDS worden diagnoses van actieve aandoeningen<sup>3</sup> geregistreerd (zie ook hieronder), waaronder de ziekte van Alzheimer en andersoortige dementie. Op basis van de aan- of afwezigheid van deze diagnoses wordt een onderscheid gemaakt tussen bewoners met en zonder dementie.

#### ***Diagnoses en klachten:***

##### *Depressieve klachten*

Het vaststellen van de aanwezigheid van depressieve klachten gebeurt in MDS aan de hand van een screeningsinstrument, de Minimum Data Set *Depression Rating Scale* (DRS) (Burrows e.a., 2000). De bewoner wordt op zeven items (negatieve uitspraken, voortdurend boos zijn, uitingen van angst die niet reëel lijken, aldoor klagen over gezondheid, aldoor zorgelijk klagen, droevige/pijnlijke/zorgelijke gelaatsuitdrukking, huilen) gescoord met een 1 (item 1-5 maal per week vertoond in de afgelopen 30 dagen) of een 2 (item bijna dagelijks vertoond, ten minste 6-7 maal per week in de afgelopen 30 dagen). De DRS totaalscore heeft een bereik van 0-14; een score van '3' of hoger geldt als een aanwijzing voor klinische relevante depressieve symptomen. De DRS heeft een hoge mate van sensitiviteit; de lijst detecteert veel bewoners waar psychisch 'iets mee aan de hand is'. De DRS heeft een wat minder hoge specificiteit voor het opsporen van een depressieve stoornis; er zijn relatief gezien veel bewoners die bij nader onderzoek niet volledig voldoen aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis (Burrows e.a., 2000).

---

3 De diagnoses zijn dusdanig gedefinieerd, dat een professionele zorgverlener, die dagelijks bij de zorg van een bewoner betrokken is, behoort te weten of deze aanwezig zijn. De invuller, meestal een verpleegkundige, kan de aanwezigheid van ziektediagnoses ook nazoeken in het dossier van de cliënt, of andere betrokken hulpverleners raadplegen. Slechts die ziekten mogen worden geregistreerd die verband houden met de huidige toestand in algemeen dagelijks functioneren (ADL), cognitie, stemming en gedrag, medische behandelingen, monitoring van de verpleging, of sterfterisico. Er dient geen opsomming te worden gegeven van niet-actieve diagnoses.

### *Psychische diagnoses*

In deze studie richten wij ons op de volgende psychische stoornissen die met behulp van de MDS zijn geregistreerd:

- angst;
- depressie;
- manisch depressieve stoornis (bipolaire stoornis);
- schizofrenie

### *Lichamelijke diagnoses*

Daarnaast richten wij ons op de volgende hoofdcategorieën van lichamelijke aandoeningen die middels de MDS worden geregistreerd :

- aandoeningen met betrekking tot endocriene klieren/metabolisme/voeding: diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, hypothyreoïdie;
- aandoeningen met betrekking tot de hart-/bloedcirculatie: arteriosclerotische hartaandoening, hartritmestoornissen, decompensatio cordis, trombose van diepe venen, hoge bloeddruk, lage bloeddruk, perifere vaatziekte, overige hart- en vaataandoeningen;
- aandoeningen met betrekking tot het bewegingsstelsel: reumatische aandoeningen, heupfractuur, mist ledemaat, osteoporose, pathologische botfractuur;
- neurologische aandoeningen: ziekte van Alzheimer<sup>4</sup>, dementie anders dan de ziekte van Alzheimer<sup>65</sup>, afasie, hersenverlamming, cerebrovasculair accident, hemiplegie/hemiparese, multiple sclerose, paraplegie, ziekte van Parkinson, quadriplegie, toevallen (o.a. epilepsie), passagère cerebrale ischemie, traumatisch hersenletsel;
- aandoeningen met betrekking tot de ademhaling: astma, emfyseem/COPD;
- aandoeningen met betrekking tot de zintuigen: cataracten, diabetes retinopathie, glaucoom, macula degeneratie;
- kanker;
- nierinsufficiëntie.

### **Hulpbehoefte**

In dit onderzoek wordt het algemeen dagelijks functioneren zoals gemeten met de hiërarchische ADL Schaal (Morris, 1999) als maat gebruikt voor hulpbehoefte. Deze schaal is geconstrueerd uit scores op vier subschalen voor functioneel presteren: persoonlijke hygiëne, toiletgebruik, verplaatsen op de afdeling, eten. Op de ADL Schaal is een score van 0–6 mogelijk, welke het volgende inhoudt:

- 0: zelfstandig (op alle vier de subschalen);
- 1: supervisie (ten minste supervisie op een subschaal (en minder dan beperkte hulp op alle vier de subschalen));
- 2: beperkt (beperkte hulp op een of meer van de vier subschalen (en minder dan uitgebreide hulp op alle vier de subschalen));

---

4 Op basis van deze aandoeningen wordt het onderscheid tussen bewoners met en zonder dementie gemaakt; deze aandoeningen worden niet meegenomen bij het bepalen van het aantal lichamelijke aandoeningen.



- 3: extensief 1 (ten minste uitgebreide hulp bij persoonlijke hygiëne of toiletgebruik (en minder dan uitgebreide hulp bij zowel eten als verplaatsen op de afdeling));
- 4: extensief 2 (uitgebreide hulp bij eten of verplaatsen op de afdeling, maar in beide gevallen niet geheel afhankelijk);
- 5: afhankelijk (geheel afhankelijk op de subschalen eten en/of verplaatsen op de afdeling);
- 6: geheel afhankelijk (op alle vier de subschalen)

Personen met een ADL-score van 0 tot en met 2 kunnen als 'relatief onafhankelijk' beschouwd worden en personen met een ADL-score van 3 tot en met 6 als 'afhankelijk', of anders gezegd met een grote hulpbehoefte (Mor e.a., 1995).

### ***Verleende zorg***

#### *Zorgzwaarte*

De zorgzwaarte is berekend aan de hand van de Resource Utilization Groups (RUG-III) case mix index (CMI) (Fries e.a., 1994). Resource Utilization Groups (RUG's) oftewel "zorgzwaartegroepen" zijn een indeling van patiënten/bewoners in instellingen voor zorg aan ouderen naar product en kosten. RUG's worden in een tiental landen gebruikt als systeem voor kostenvergoedingen en als middel om de inzet van personeel in instellingen te plannen. In de Verenigde Staten hebben verpleeghuizen een CMI van 0,90-0,95. Een afwijking van een tiende staat gelijk aan een procent meer/minder personele inzet. Bijvoorbeeld, als een bewoner een score van 1,00 heeft, houdt dit in dat er 5-10% meer inzet van personeel heeft plaatsgevonden bij deze bewoner dan gemiddeld.

#### *Psychofarmaca*

In de MDS wordt geregistreerd of de bewoner psychofarmaca gebruikt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende typen psychofarmaca: antipsychotica, anxiolytica (kalmeringsmiddelen), antidepressiva en hypnotica (slaapmiddelen).

### **3.2.3 Analyses en presentatie van de resultaten**

Analyses zijn beschrijvend en toetsend van aard. Veranderingen wat betreft onderzochte uitkomsten in de periode 2004-2008 worden alleen beschreven en niet statistisch getoetst. De relatie van psychische diagnoses en depressieve klachten met, respectievelijk, het aantal lichamelijke aandoeningen, grote hulpbehoefte, en verleende zorg wordt per studiejaar geanalyseerd met behulp van regressieanalyse, waarbij rekening gehouden wordt met de invloed van leeftijd, geslacht en (wanneer nodig) lichamelijke aandoeningen. Regressie analyses worden ook uitgevoerd om per studiejaar vergelijkingen tussen bewoners met en zonder dementie te maken. Resultaten worden in grafieken gepresenteerd.

### 3.3 Kenmerken van verpleeghuisbewoners met en zonder dementie

In de periode 2004-2008 is de leeftijd- en geslachtsverdeling van verpleeghuisbewoners met en zonder dementie redelijk stabiel (zie Tabel 1). Ongeveer de helft van de bewoners met dementie (49-52%) is in deze jaren 85 jaar of ouder. Het merendeel is vrouw (71-74%). De bewoners zonder dementie zijn jonger; een relatief groot aantal (40-44%) is tussen de 75-84 jaar oud. Ook onder de niet-demente bewoners is het merendeel vrouw (69-71%) in de periode 2004-2008.

In de genoemde periode hebben de meeste bewoners met dementie (53-63%) en zonder dementie (67-72%) ten minste twee lichamelijke aandoeningen, zoals blijkt uit de MDS registratie van lichamelijke diagnoses. In beide groepen komen aandoeningen van de hart-/bloedcirculatie het meest voor (ongeveer 50%), gevolgd door aandoeningen van het bewegingsstelsel (respectievelijk 35% en 42%) en neurologische aandoeningen (respectievelijk 34% en 41%). Bij bewoners met meer dan twee lichamelijke aandoeningen komen aandoeningen van de hart-/bloedcirculatie hetzij in combinatie met neurologische aandoeningen, hetzij in combinatie met aandoeningen van het bewegingsstelsel het meest voor.

Tabel 1 Kenmerken van verpleeghuisbewoners met en zonder dementie in de periode 2004-2008, in procenten.

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Bewoners met dementie</b>	<b>N=820</b>	<b>N=919</b>	<b>N=994</b>	<b>N=919</b>	<b>N=837</b>
<b>Leeftijd</b>					
65-74	8,8	9,4	10,7	10,4	9,8
75-84	39,8	39,7	40,2	38,4	40,4
85+	51,5	50,9	49,1	51,1	49,8
<b>Geslacht</b>					
Man	25,6	25,6	28,6	28,9	27,7
Vrouw	74,4	74,4	71,4	71,1	72,3
<b>Aantal lichamelijke aandoeningen</b>					
0-1	47,0	41,5	38,4	36,5	39,2
≥2	53,0	58,5	61,6	63,5	60,8
<b>Bewoners zonder dementie</b>	<b>N=617</b>	<b>N=982</b>	<b>N=1225</b>	<b>N=1240</b>	<b>N=1048</b>
<b>Leeftijd</b>					
65-74	21,4	20,2	19,4	20,0	19,8
75-84	42,9	42,5	43,8	42,8	39,7
85+	35,7 <sup>a</sup>	37,4 <sup>a</sup>	36,7 <sup>a</sup>	37,2 <sup>a</sup>	40,5 <sup>a</sup>
<b>Geslacht</b>					
Man	31,3	31,4	30,0	30,9	28,8
Vrouw	68,7 <sup>b</sup>	68,6 <sup>a</sup>	70,0	69,1	71,2
<b>Aantal lichamelijke aandoeningen</b>					
0-1	28,4	33,2	31,7	30,7	32,7
≥2	71,6 <sup>c</sup>	66,8 <sup>c</sup>	68,3 <sup>c</sup>	69,3 <sup>c</sup>	67,3 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> significant lager percentage in vergelijking met bewoners met dementie ( $P < 0,01$ );

<sup>b</sup> significant lager percentage in vergelijking met bewoners met dementie ( $P < 0,05$ );

<sup>c</sup> significant hoger percentage in vergelijking met bewoners met dementie ( $P < 0,01$ )

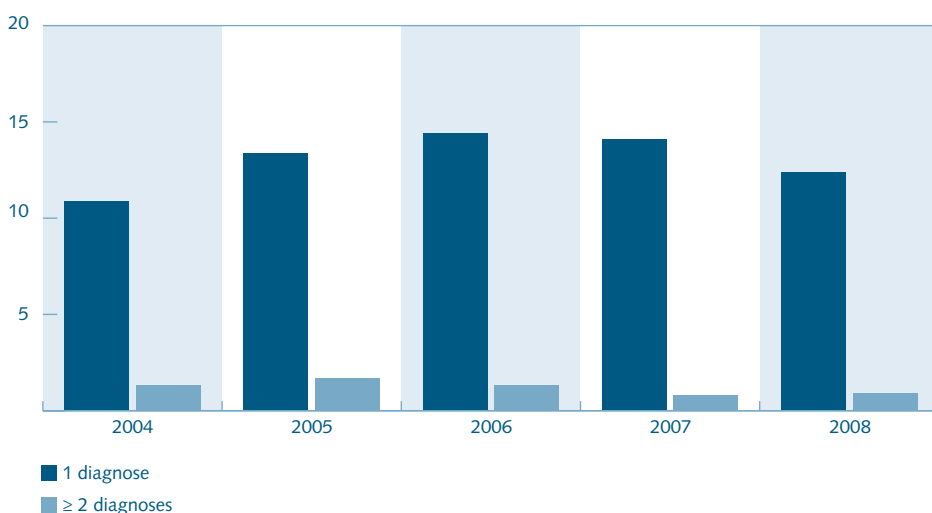
### 3.4 Het vóórkomen van psychische diagnoses en depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners en de relatie met lichamelijke aandoeningen

#### 3.4.1 Hoe vaak wordt een psychische stoornis gediagnosticeerd?

##### *Bewoners met dementie*

In de jaren 2004-2008 wordt bij 12% tot 16% van de verpleeghuisbewoners met dementie een psychische stoornis gediagnosticeerd (zie Grafiek 1). Bij 11% tot 14% van de bewoners met dementie is in deze periode één psychische stoornis gediagnosticeerd; bij 1-2% twee of meer psychische stoornissen. Het percentage bewoners met dementie bij wie een psychische aandoening gediagnosticeerd is stijgt tussen 2004 en 2006 van 12% naar 16%, om vervolgens weer te dalen naar 13% in 2008.

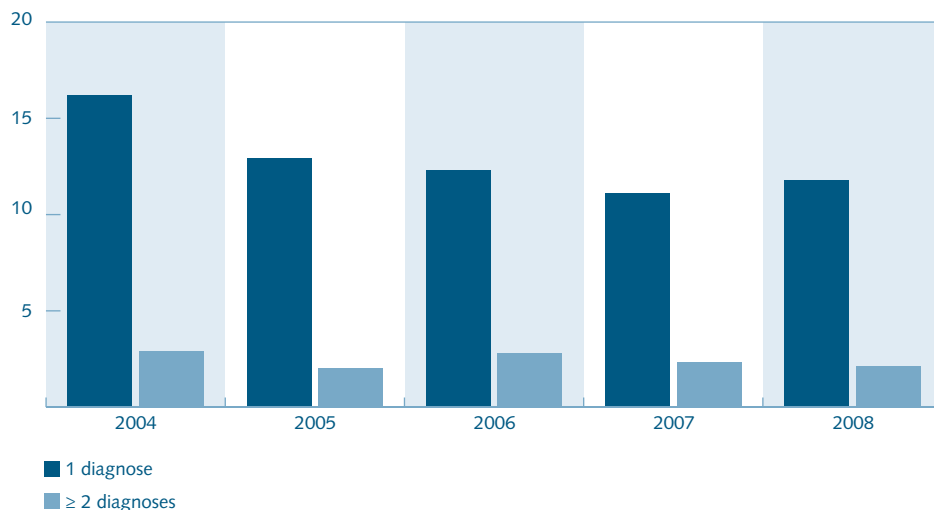
Grafiek 1 Percentage bewoners met dementie en een psychische diagnose



##### *Bewoners zonder dementie*

Bij 13% tot 19% van de verpleeghuisbewoners zonder dementie is in de periode 2004-2008 een psychische aandoening gediagnosticeerd (zie Grafiek 2). In deze jaren is bij 11% tot 16% van de bewoners zonder dementie één psychische diagnose gesteld; bij 2-3% twee of meer psychische diagnoses. Het percentage somatische verpleeghuisbewoners bij wie een psychische aandoening gediagnosticeerd is daalt van 19% in 2004 naar 13% in 2005, om in de daaropvolgende jaren te variëren tussen de 13-15%.

Grafiek 2 Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met een psychische diagnose



### ***Vergelijking tussen bewoners met en zonder dementie***

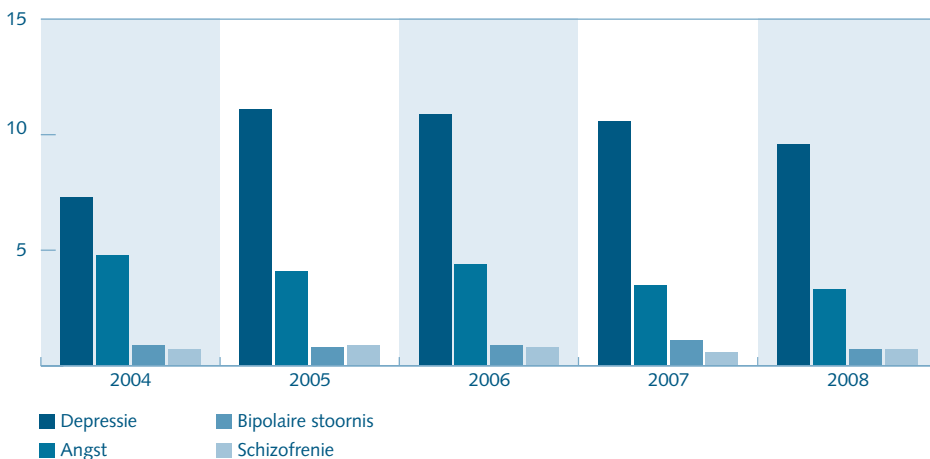
Vergelijkingen tussen verpleeghuisbewoners met en zonder dementie in de verschillende jaren laten een wisselend beeld te zien. In 2004 is het percentage bewoners met een psychische diagnose significant hoger onder bewoners zonder dementie dan onder bewoners met dementie. In 2006 en 2007 is dit juist omgekeerd.

### **3.4.2 Hoe vaak worden specifieke psychische stoornissen gediagnosticeerd?**

#### ***Bewoners met dementie***

In de periode 2004-2008 is depressie de meest gediagnosticeerde psychische stoornis bij verpleeghuisbewoners met dementie (bij 7-11%), gevolgd door een angststoornis (bij 3-5%) (zie Grafiek 3). Het percentage bewoners met een diagnose depressie stijgt van 7% in 2004 naar 11% in 2005, om vervolgens licht te dalen tot 10% in 2008. Het percentage bewoners met een diagnose angst daalt tussen 2004 en 2008 van 5% naar 3%. Bipolaire stoornis en schizofrenie worden bij 1% of minder van de bewoners met dementie gediagnosticeerd. Wanneer er twee of meer psychische diagnoses gesteld zijn, betreft dit meestal een combinatie van angst en depressie.

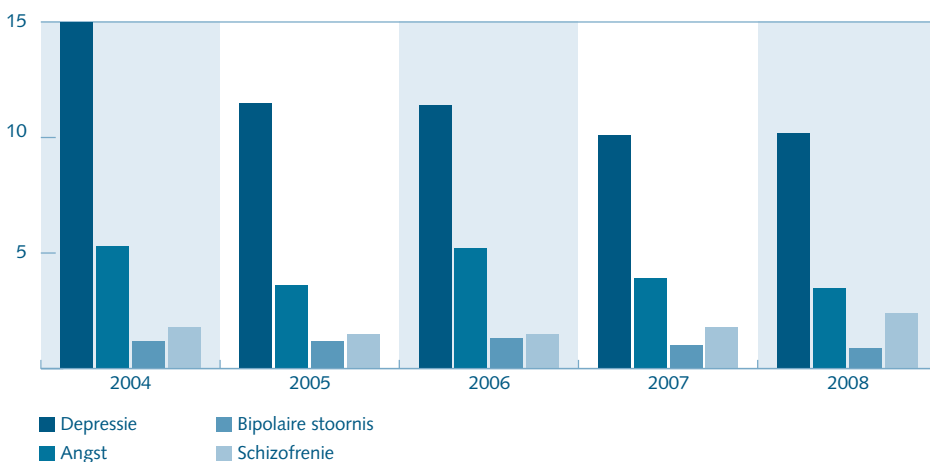
**Grafiek 3** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en een specifieke psychische diagnose



#### ***Bewoners zonder dementie***

Bij bewoners zonder dementie is globaal hetzelfde beeld te zien in de jaren 2004-2008 (zie Grafiek 4). Depressie (bij 10-15% van de bewoners) wordt het vaakst gediagnosticeerd, gevolgd door angst (4-5%), schizofrenie (1-2%) en bipolaire stoornis ( $\leq 1\%$ ). De meest voorkomende combinatie van diagnoses is depressie en angst. In 2004 (15%) wordt vergeleken met de daaropvolgende jaren 2005-2008 (10-12%) bij een opvallend hoog percentage bewoners een diagnose depressie gesteld. Het percentage bewoners met een diagnose angst laat tussen 2004 en 2008 een wisselend patroon zien.

**Grafiek 4** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met een specifieke psychische diagnose



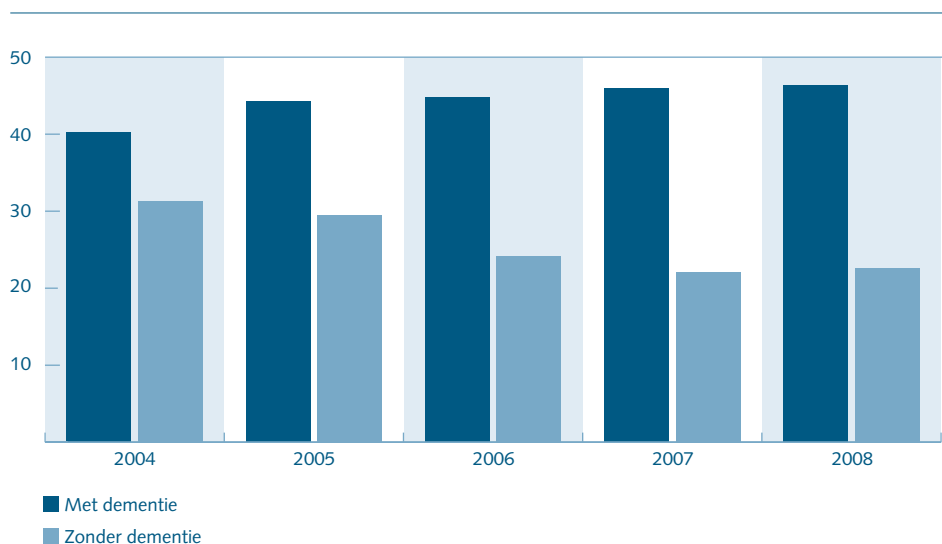
### ***Vergelijking tussen bewoners met en zonder dementie***

In de periode 2004-2008 zijn er geen consistente verschillen tussen bewoners met en zonder dementie wat betreft het percentage bewoners met een specifieke psychische diagnose. Alleen in 2004 is het percentage bewoners met een diagnose depressie significant hoger onder bewoners zonder dementie. Uitsluitend in 2008 is er sprake van een significant hoger percentage bewoners met een diagnose schizofrenie onder bewoners zonder dementie.

### **3.4.3 Hoe vaak komen depressieve klachten voor?**

Zoals te zien in Grafiek 5 neemt het percentage verpleeghuisbewoners met dementie dat depressieve klachten heeft tussen 2004 en 2008 consistent toe van 40% naar 46%. Het percentage bewoners zonder dementie dat depressieve klachten heeft neemt in deze periode juist af (van 31% in 2004 naar 23% in 2008). In alle jaren tussen 2004 en 2008 is het percentage bewoners met depressieve klachten significant hoger onder bewoners met dementie dan onder bewoners zonder dementie.

**Grafiek 5** Percentage verpleeghuisbewoners met depressieve klachten, uitgesplitst naar de aanwezigheid van dementie

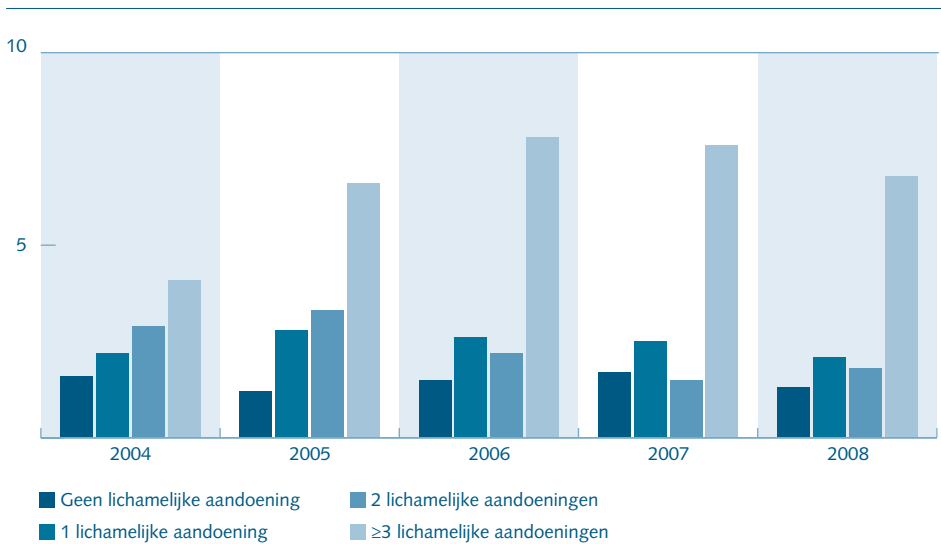


### **3.4.4 Is een diagnose depressie of angst gerelateerd aan het aantal lichamelijke aandoeningen?**

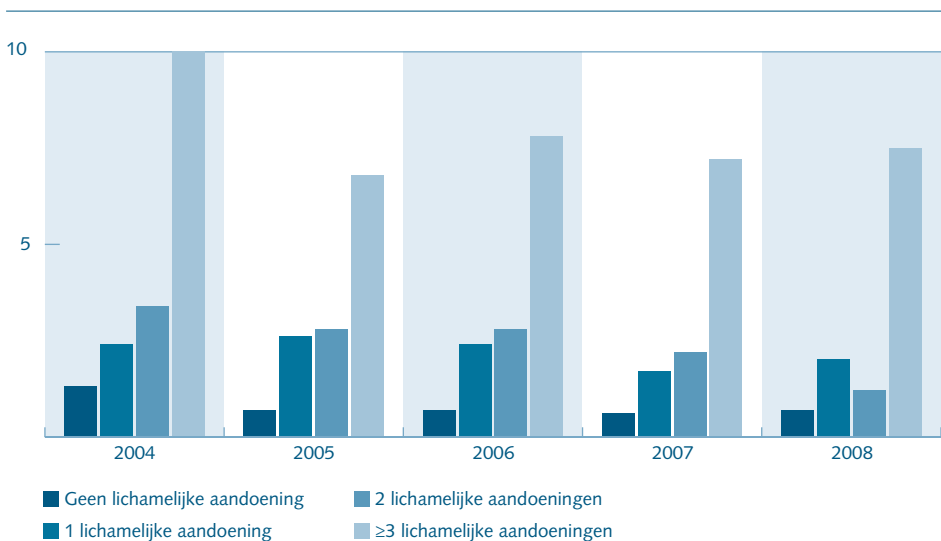
In de periode 2004-2008 wordt de diagnose depressie of angst het vaakst gesteld bij verpleeghuisbewoners met drie of meer lichamelijke aandoeningen. Dit is te zien bij zowel bewoners met dementie (zie Grafiek 6) als bewoners zonder dementie (zie Grafiek 7). Rekening houdend met de invloed van leeftijd en geslacht, is in de jaren 2006-2008 het percentage bewoners met een diagnose depressie of angst significant

hoger onder bewoners met drie of meer lichamelijke aandoeningen dan onder bewoners met één lichamelijke aandoening. In de jaren 2004 en 2005 is dit verschil niet significant. Deze resultaten worden zowel gevonden bij bewoners met dementie als bij bewoners zonder dementie.

**Grafiek 6** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en een diagnose depressie of angst, uitgesplitst naar de aanwezigheid van het aantal lichamelijke aandoeningen



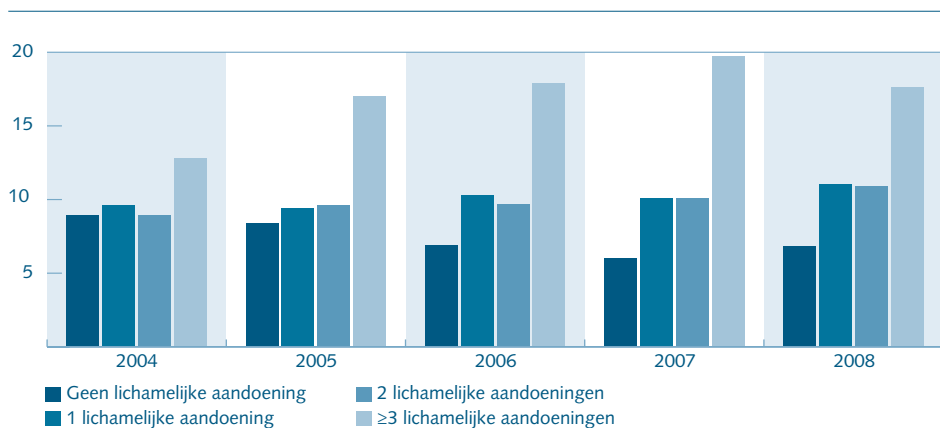
**Grafiek 7** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met een diagnose depressie of angst, uitgesplitst naar de aanwezigheid van het aantal lichamelijke aandoeningen



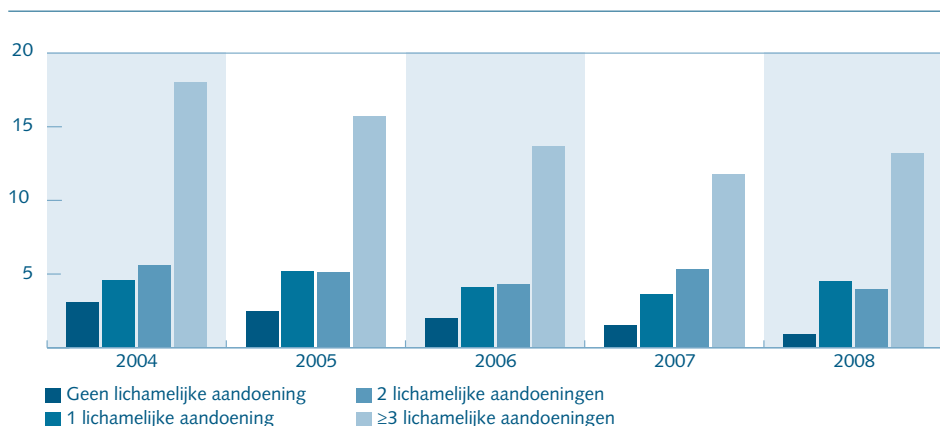
### 3.4.5 Is het vóórkomen van depressieve klachten gerelateerd aan het aantal lichamelijke aandoeningen?

In de periode 2004-2008 hebben bewoners met drie of meer lichamelijke aandoeningen het vaakst depressieve klachten, ongeacht of zij dementie hebben of niet (zie Grafieken 8 en 9). Echter, het percentage bewoners met depressieve klachten is in deze jaren onder demente bewoners met drie of meer lichamelijke aandoeningen niet significant hoger dan onder degenen met één lichamelijke aandoening, wanneer gecontroleerd wordt voor de invloed van leeftijd en geslacht. Onder verpleeghuisbewoners zonder dementie met drie of meer lichamelijke aandoeningen wordt wel een significant hoger percentage met depressieve klachten gevonden voor de jaren 2006-2008 vergeleken met bewoners zonder dementie met één lichamelijke aandoening.

**Grafiek 8** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en depressieve klachten, uitgesplitst naar de aanwezigheid van het aantal lichamelijke aandoeningen



**Grafiek 9** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met depressieve klachten, uitgesplitst naar de aanwezigheid van het aantal lichamelijke aandoeningen



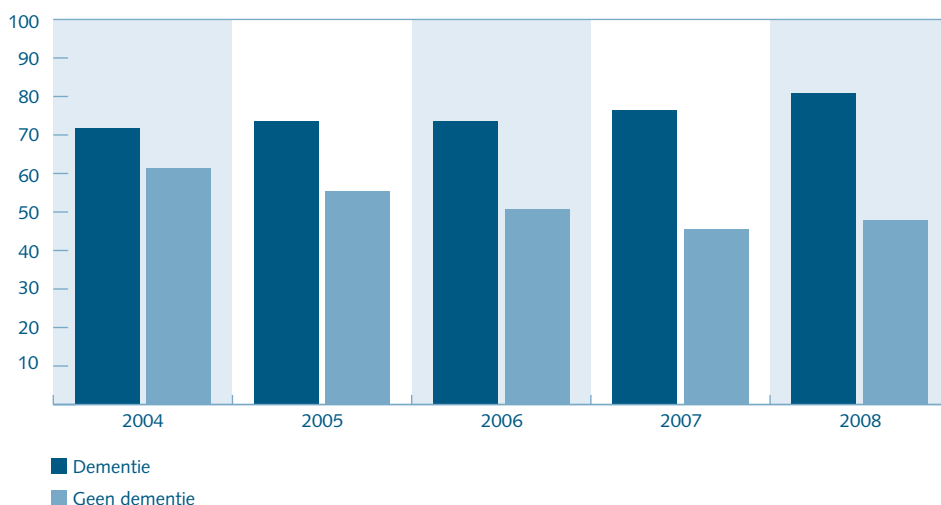


## 3.5 Hulpbehoefte van verpleeghuisbewoners en de relatie met psychische diagnoses en depressieve klachten

### 3.5.1 Hoeveel verpleeghuisbewoners hebben een grote hulpbehoefte?

In de periode 2004-2008 heeft de meerderheid van de bewoners met dementie een grote hulpbehoefte wat betreft het algemeen dagelijks functioneren, en deze meerderheid neemt consistent toe van 72% in 2004 naar 81% in 2008 (zie Grafiek 10). Het percentage bewoners met een grote hulpbehoefte is in alle jaren significant hoger onder bewoners met dementie dan onder bewoners zonder dementie. Onder somatische verpleeghuisbewoners daalt het percentage bewoners dat een grote hulpbehoefte heeft van 61% in 2004 naar 46% in 2007, om weer licht te stijgen naar 48% in 2008.

Grafiek 10 Percentage verpleeghuisbewoners met een grote hulpbehoefte, uitgesplitst naar de aanwezigheid van dementie

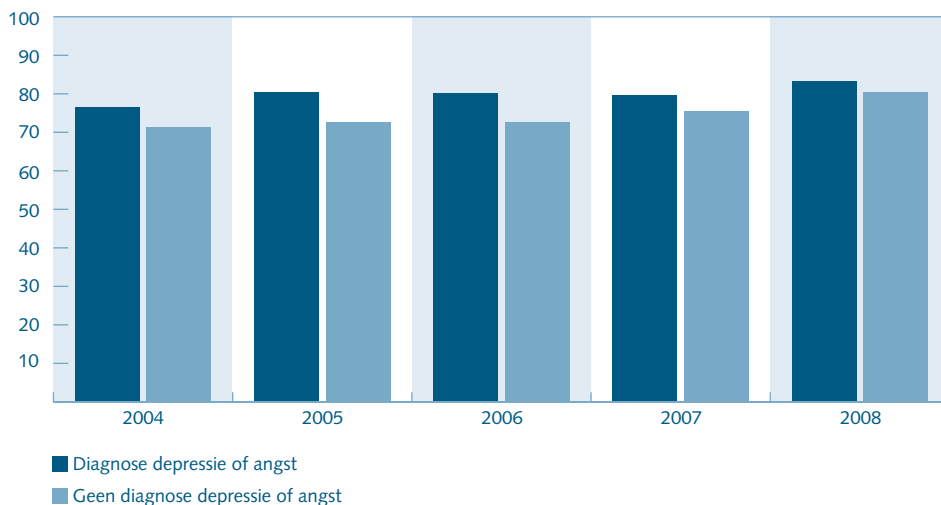


### 3.5.2 Is een grote hulpbehoefte gerelateerd aan een diagnose depressie of angst?

#### *Bewoners met dementie*

In alle jaren tussen 2004-2008 is het percentage bewoners met dementie en een grote hulpbehoefte hoger onder bewoners die gediagnosticeerd zijn met depressie of angst dan onder degenen zonder deze diagnoses (zie Grafiek 11). Echter, deze verschillen zijn niet statistisch significant wanneer rekening gehouden wordt met de invloed van leeftijd, geslacht en lichamelijke aandoeningen.

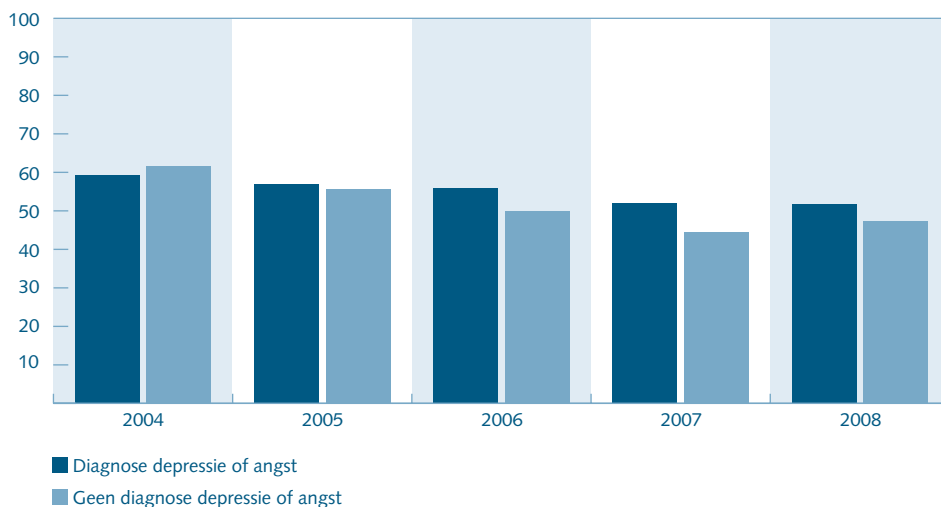
**Grafiek 11** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie dat een grote hulpbehoefte heeft, uitgesplitst naar de aanwezigheid van een diagnose depressie of angst



**Bewoners zonder dementie**

Afgezien van 2004, is in de onderzoeksperiode het percentage bewoners zonder dementie dat een grote hulpbehoefte heeft hoger onder degenen bij wie depressie of angst gediagnosticeerd is (zie Grafiek 12). Echter, ook deze verschillen zijn niet significant wanneer gecontroleerd wordt voor de invloed van leeftijd, geslacht en lichamelijke aandoeningen.

**Grafiek 12** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie dat een grote hulpbehoefte heeft, uitgesplitst naar de aanwezigheid van een diagnose depressie of angst

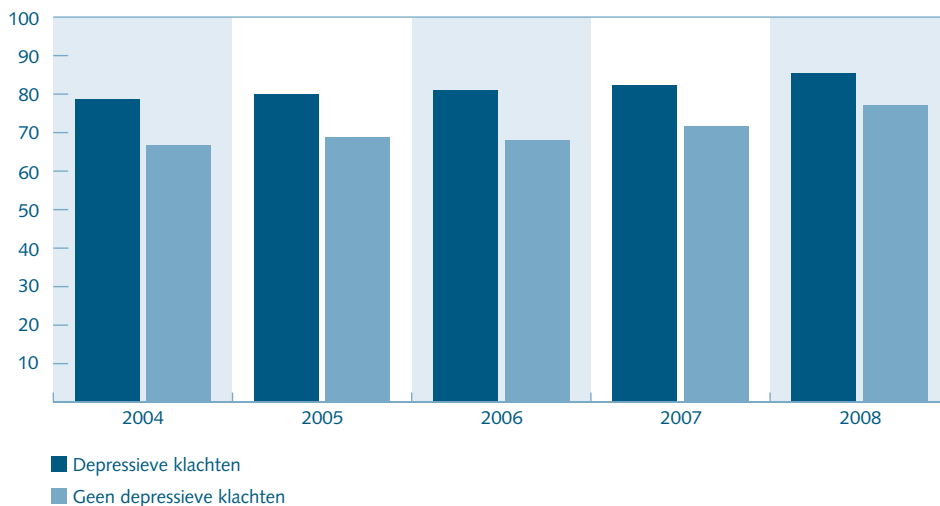


### 3.5.3 Is een grote hulpbehoefte gerelateerd aan depressieve klachten?

#### **Bewoners met dementie**

In de periode 2004-2008 is het percentage bewoners met een grote hulpbehoefte hoger onder bewoners met dementie die depressieve klachten hebben dan onder degenen zonder depressieve klachten (zie Grafiek 13). Dit verschil is voor alle jaren significant.

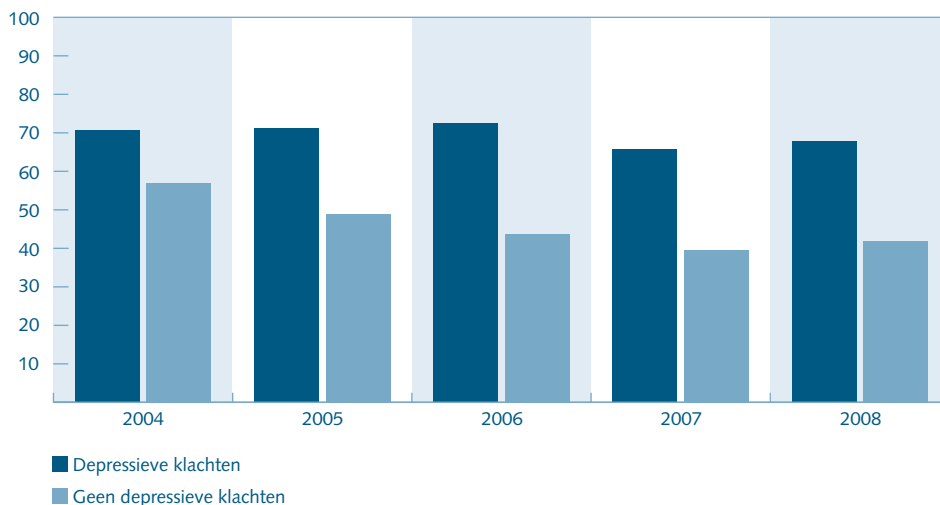
**Grafiek 13** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie dat een grote hulpbehoefte heeft, uitgesplitst naar de aanwezigheid van depressieve klachten



#### **Bewoners zonder dementie**

Ook wanneer gekeken naar bewoners zonder dementie, dan is het percentage bewoners met een grote hulpbehoefte in alle jaren significant hoger onder degenen met depressieve klachten (zie Grafiek 14).

**Grafiek 14** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie dat een grote hulpbehoefte heeft, uitgesplitst naar de aanwezigheid van depressieve klachten

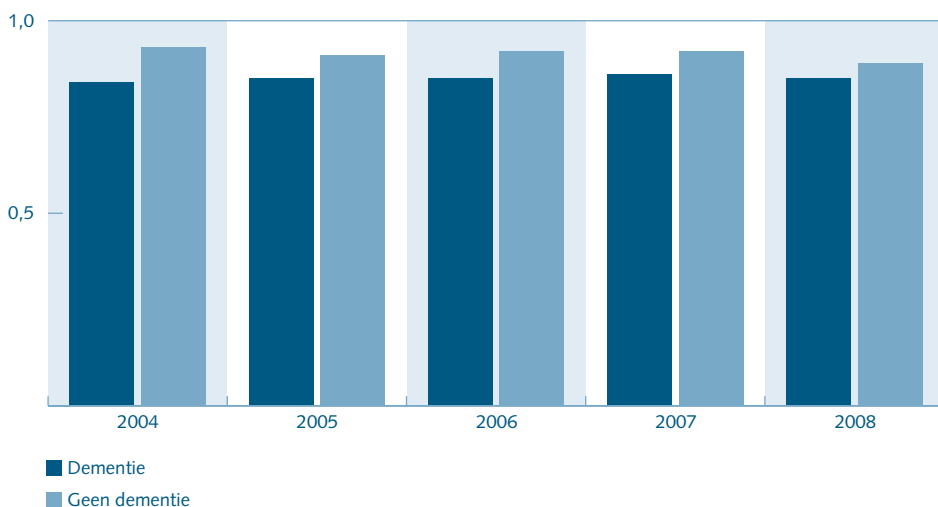


## 3.6 Zorg verleend aan verpleeghuisbewoners en de relatie met psychische diagnoses en depressieve klachten

### 3.6.1 Wat is de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners?

In de periode 2004-2008 blijft de gemiddelde zorgzwaarte van bewoners met dementie redelijk stabiel, variërend tussen 0,84 en 0,86 (zie Grafiek 15). Onder bewoners zonder dementie varieert de gemiddelde zorgzwaarte wat meer in deze periode (tussen 0,93 in 2004 en 0,89 in 2008). In alle jaren hebben bewoners zonder dementie een significant hogere zorgzwaarte dan bewoners met dementie.

Grafiek 15 Gemiddelde zorgzwaarte onder verpleeghuisbewoners, uitgesplitst naar de aanwezigheid van dementie

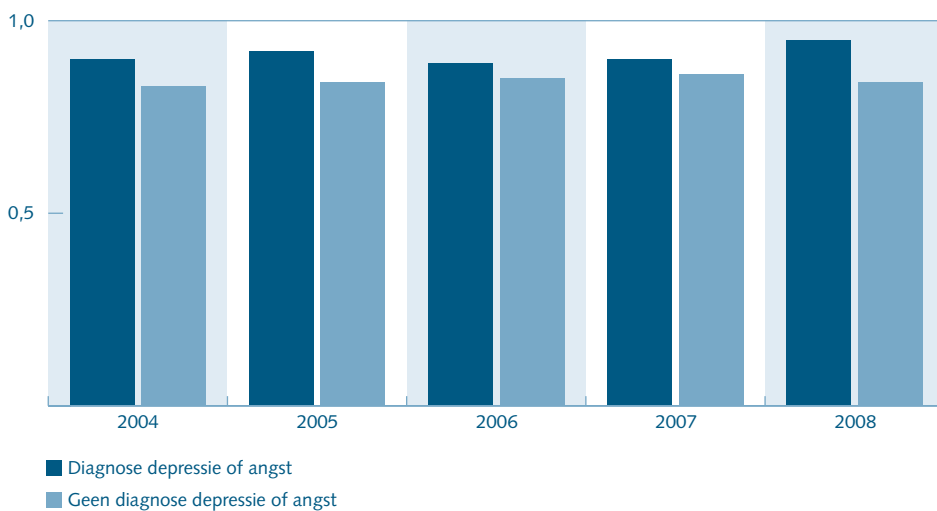


### 3.6.2 Is zorgzwaarte gerelateerd aan een diagnose depressie of angst?

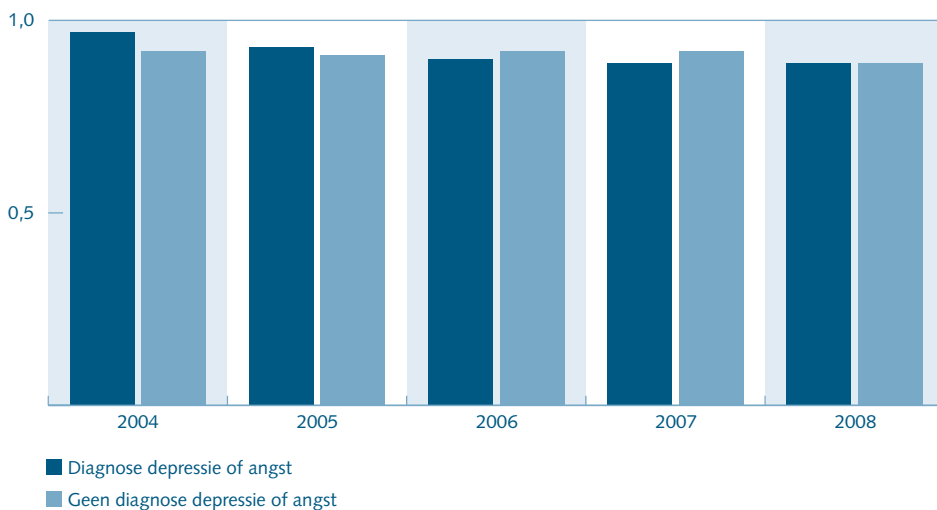
In de periode 2004-2008 hebben verpleeghuisbewoners met dementie bij wie een depressie of angst gediagnosticeerd is een hogere zorgzwaarte dan degenen zonder een diagnose depressie of angst (zie Grafiek 16). Dit verschil is echter alleen significant in de jaren 2005 en 2008 wanneer rekening gehouden wordt met de invloed van leeftijd, geslacht en lichamelijke aandoeningen.

Onder verpleeghuisbewoners zonder dementie wordt er wat betreft zorgzwaarte in geen van de jaren een significant verschil gevonden tussen bewoners met en zonder een diagnose depressie of angst (zie Grafiek 17).

**Grafiek 16 Gemiddelde zorgzwaarte bij verpleeghuisbewoners met dementie, uitgesplitst naar de aanwezigheid van een diagnose depressie of angst**



**Grafiek 17 Gemiddelde zorgzwaarte bij verpleeghuisbewoners zonder dementie, uitgesplitst naar de aanwezigheid van een diagnose depressie of angst**

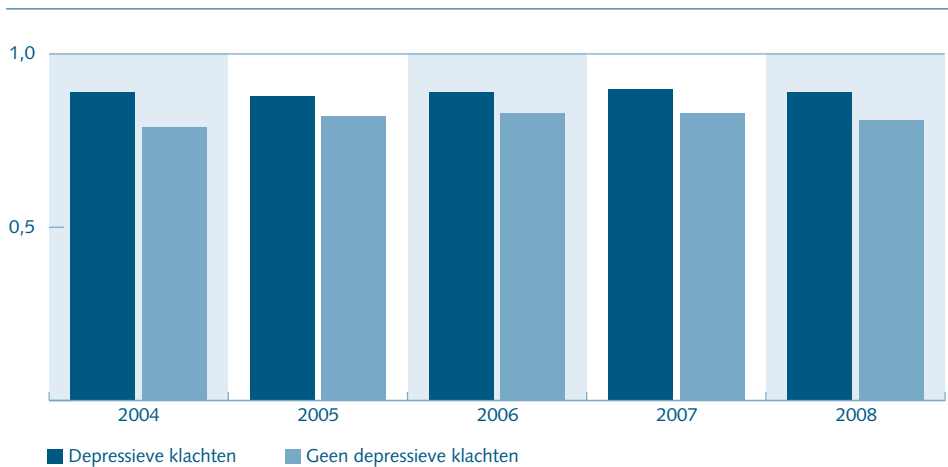


### 3.6.3 Is zorgzwaarte gerelateerd aan depressieve klachten?

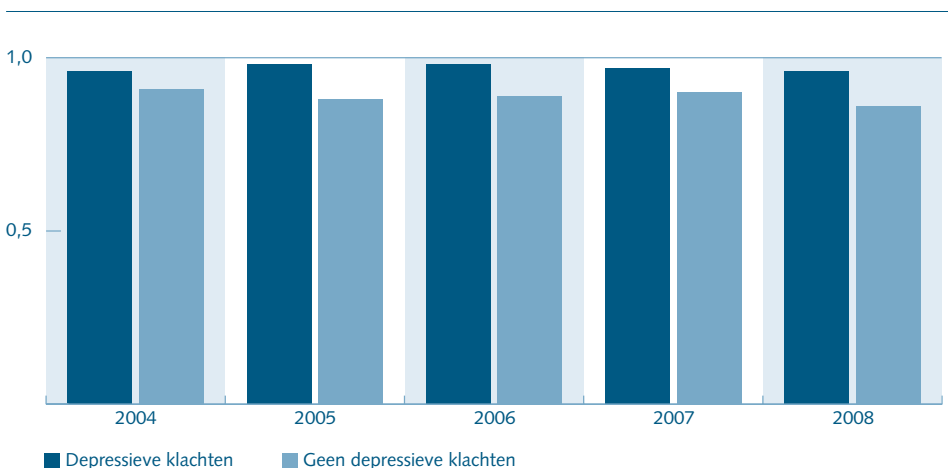
In de periode 2004-2008 hebben bewoners met dementie en depressieve klachten een hogere zorgzwaarte dan degenen zonder depressieve klachten (zie Grafiek 18). Dit verschil is voor alle jaren significant, ook wanneer gecontroleerd wordt voor de invloed van leeftijd, geslacht en lichamelijke aandoeningen.

Dit is niet het geval onder verpleeghuisbewoners zonder dementie. Hoewel in alle jaren bewoners zonder dementie, maar met depressieve klachten een hogere zorgzwaarte hebben dan degenen zonder depressieve klachten (zie Grafiek 19), is dit verschil alleen significant voor de jaren 2005, 2006 en 2008.

**Grafiek 18** Gemiddelde zorgzwaarte bij verpleeghuisbewoners met dementie, uitgesplitst naar de aanwezigheid van depressieve klachten



**Grafiek 19** Gemiddelde zorgzwaarte bij verpleeghuisbewoners zonder dementie, uitgesplitst naar de aanwezigheid van depressieve klachten

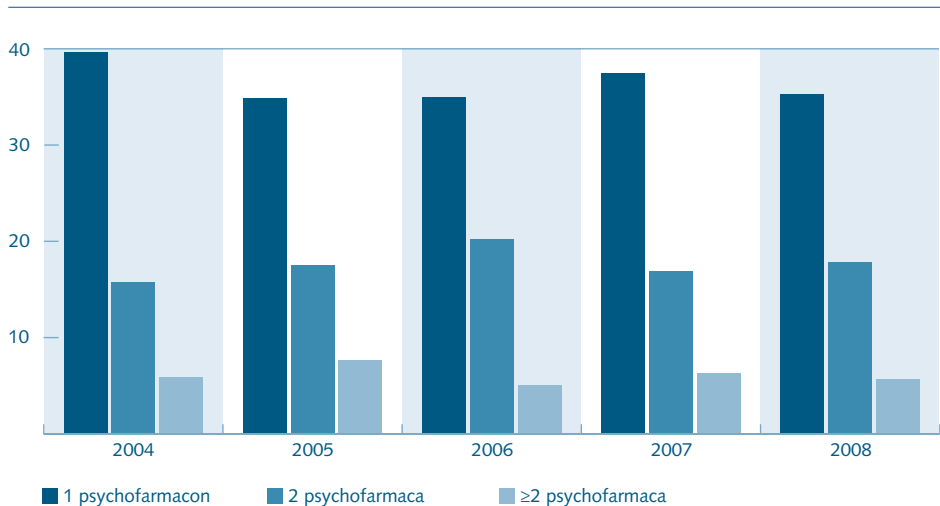


### 3.6.4 Hoeveel verpleeghuisbewoners gebruiken psychofarmaca?

In de periode 2004-2008 gebruikt tussen de 59% en 61% van de verpleeghuisbewoners met dementie psychofarmaca. Hoewel de meeste bewoners met dementie (35-39%) één type psychofarmacon krijgt, is er een substantieel deel (22-25%) dat twee of meer typen psychofarmaca gebruikt (zie Grafiek 20). Het percentage bewoners met dementie dat psychofarmaca gebruikt laat een wisselend patroon zien tussen 2004 en 2008.

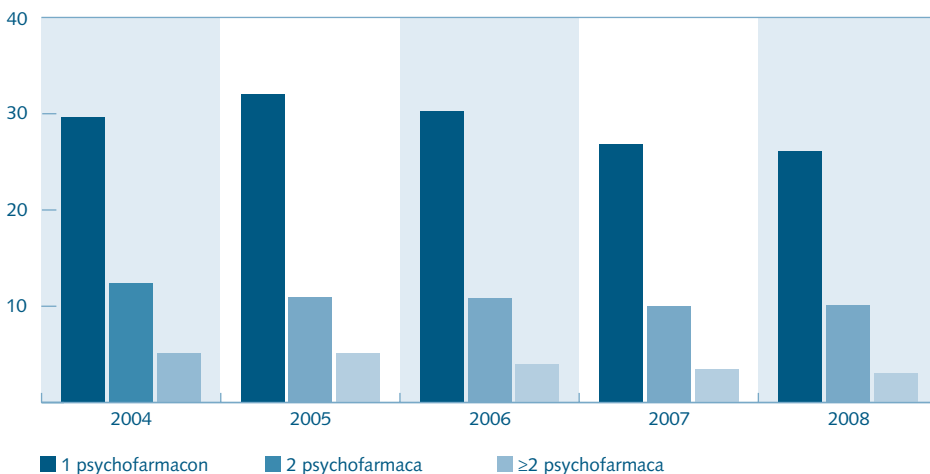
Onder verpleeghuisbewoners zonder dementie ligt het psychofarmacagebruik significant lager dan bij demente bewoners. In de periode 2004-2008 gebruikt tussen de 39% en 48% van de bewoners zonder dementie psychofarmaca, waarvan de meesten één type psychofarmacon (zie Grafiek 21). Het percentage bewoners zonder dementie dat psychofarmaca krijgt neemt vanaf 2005 af van 48% naar 39% in 2008.

Grafiek 20 Percentage verpleeghuisbewoners met dementie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het aantal psychofarmaca





**Grafiek 21** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het aantal psychofarmaca

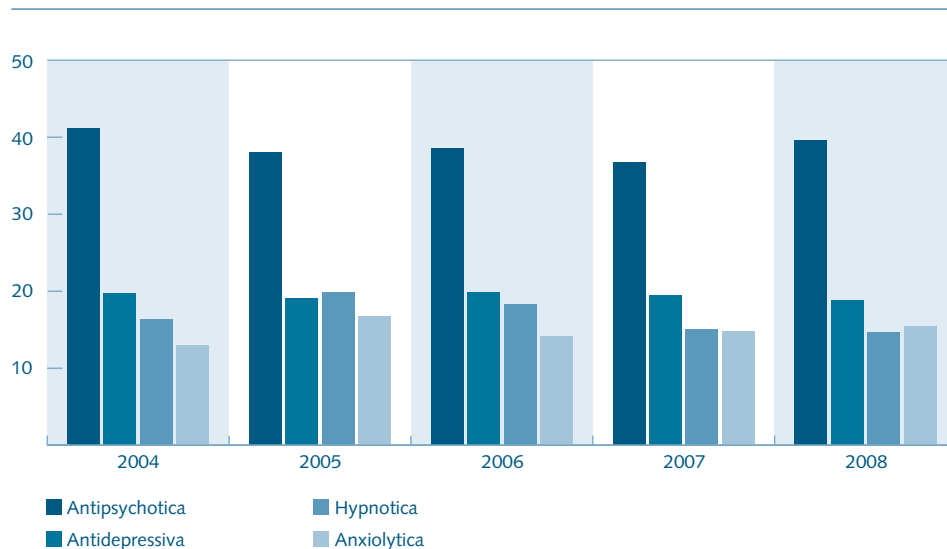


### 3.6.5 Welke psychofarmaca gebruiken verpleeghuisbewoners?

#### *Bewoners met dementie*

In de periode 2004-2008 gebruiken verpleeghuisbewoners met dementie het vaakst antipsychotica (37-41% van de bewoners) (zie Grafiek 22). Andere typen psychofarmaca worden minder vaak gebruikt in deze periode: ongeveer 20% krijgt een antidepressivum, 15% tot 20% een slaapmiddel (hypnoticum), en 13% tot 17% een kalmeringsmiddel (anxiolyticum). Als er twee of meer typen psychofarmaca gelijktijdig gebruikt worden, betreft dit vooral de combinaties antipsychotica met slaapmiddelen (9% van de bewoners) en antipsychotica met antidepressiva (9% van de bewoners). Het psychofarmacagebruik van bewoners met dementie laat tussen 2004 en 2008 geen duidelijke patronen zien, afgezien van het percentage bewoners dat een slaapmiddel krijgt. Dit percentage daalt vanaf 2005 van 20% naar 15% in 2008.

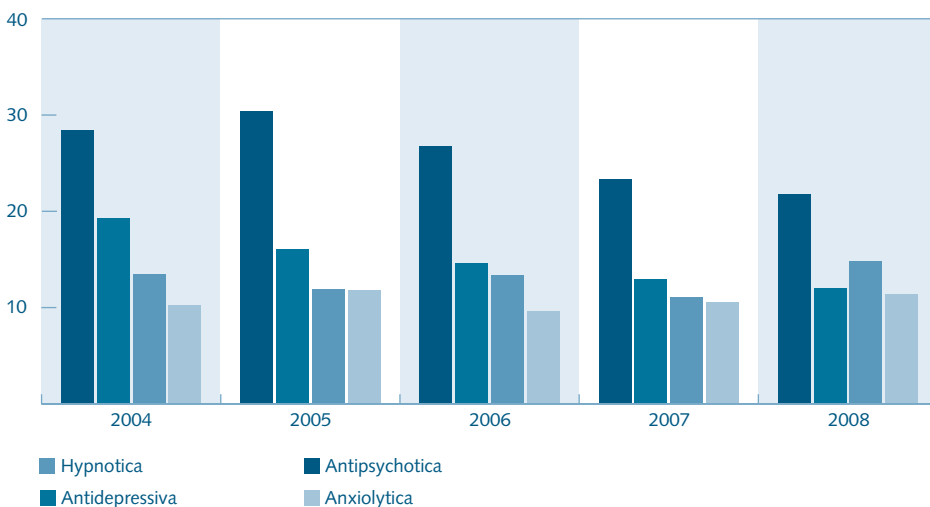
**Grafiek 22 Percentage verpleeghuisbewoners met dementie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar type psychofarmaca**



### ***Bewoners zonder dementie***

Verpleeghuisbewoners zonder dementie krijgen in de periode 2004-2008 het vaakst een slaapmiddel (22-30% van de bewoners) (zie Grafiek 23). Antidepressiva worden door 12% tot 19% van de bewoners gebruikt; antipsychotica door 11% tot 15%; en kalmeringsmiddelen door 10% à 11%. Wanneer twee of meer typen psychofarmaca gebruikt worden, betreft dit meestal een combinatie van slaapmiddelen en antidepressiva (13%) of een combinatie van slaap- en kalmeringsmiddelen (5%). Tussen 2004 en 2008 zijn veranderingen in het psychofarmacagebruik van bewoners zonder dementie te zien. Het percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt neemt vanaf 2005 af van 30% naar 22% in 2008. Het percentage bewoners dat een antidepressivum krijgt is consistent gedaald van 19% in 2004 naar 12% in 2008.

**Grafiek 23** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar type psychofarmacon



### **Vergelijking tussen bewoners met en zonder dementie**

In de jaren 2004-2008 zijn, gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en lichamelijke aandoeningen, de percentages bewoners die antipsychotica, kalmeringsmiddelen en antidepressiva (uitgezonderd 2004) gebruiken significant hoger onder bewoners met dementie dan onder bewoners zonder dementie. Het percentage bewoners dat een slaapmiddel krijgt is daarentegen in alle jaren significant hoger onder bewoners zonder dementie.

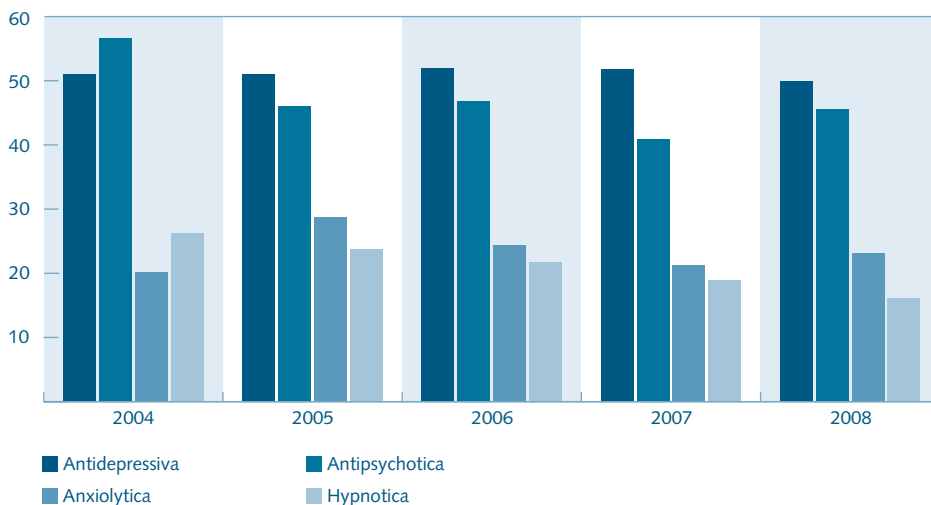
### **3.6.6 Welke psychofarmaca gebruiken verpleeghuisbewoners met een psychische diagnose?**

#### **Bewoners met dementie**

In de periode 2004-2008 gebruiken verpleeghuisbewoners met dementie bij wie een psychische aandoening gediagnosticeerd is het vaakst antidepressiva (50-52% van de bewoners) en antipsychotica (41-57% van de bewoners) (zie Grafiek 24). Twintig tot 29% van deze bewoners krijgt een kalmeringsmiddel; en 16% tot 26% een slaapmiddel. Wanneer er twee of meer typen psychofarmaca worden gebruikt, is een combinatie van antipsychotica en antidepressiva de meest voorkomende (23-30% van de bewoners).

Er zijn over het algemeen tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen in het psychofarmacagebruik van demente bewoners met een psychische diagnose. Alleen het percentage bewoners dat een slaapmiddel krijgt neemt consistent af van 26% in 2004 naar 16% in 2008. Het valt op dat het percentage bewoners dat antipsychotica gebruikt relatief hoog is in 2004 (57%) ten opzichte van de daaropvolgende jaren (41-47%).

**Grafiek 24** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en een psychische diagnose dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



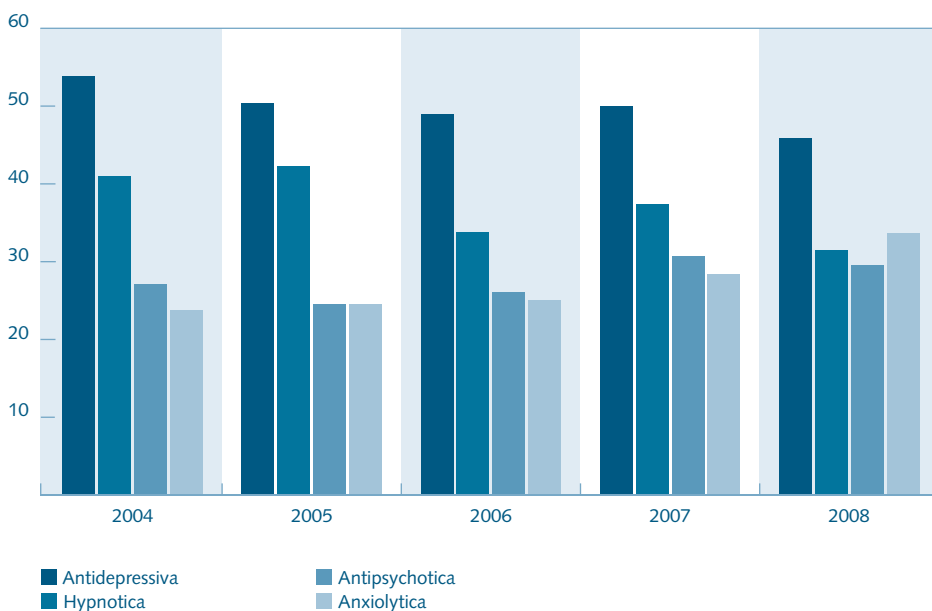
Psychogeriatrische bewoners zonder een psychische diagnose gebruiken in de jaren 2004-2008 minder vaak antipsychotica (variërend tussen 37-41%), slaapmiddelen (15-19%), antidepressiva (13-15%) en kalmeringsmiddelen (12-15%) dan degenen met een psychische diagnose. Deze verschillen zijn significant, met uitzondering van het gebruik van antipsychotica in de jaren 2007 en 2008 en het gebruik van slaapmiddelen in de jaren 2005 -2008.

### ***Bewoners zonder dementie***

In de periode 2004-2008 worden door bewoners zonder dementie waarbij een psychische aandoening gediagnosticeerd is het vaakst antidepressiva gebruikt (46-54% van de bewoners) (zie Grafiek 25). In deze periode krijgt 32% tot 42% een slaapmiddel, 25% tot 31% een antipsychoticum, en 24% tot 34% een kalmeringsmiddel. Antidepressiva en slaapmiddelen worden het vaakst tegelijkertijd gebruikt.

Er zijn tussen 2002 en 2008 over het algemeen geen duidelijke veranderingen te zien in het psychofarmacagebruik van bewoners zonder dementie maar met een psychische diagnose, afgezien van het consistent stijgende percentage bewoners dat een kalmeringsmiddel gebruikt (van 24% in 2004 naar 34% in 2008). Het percentage bewoners dat antidepressiva krijgt daalt trapsgewijs (met name tussen 2004-2005 en 2007-2008) van 54% naar 46%. Het percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt ligt relatief hoog in de jaren 2004 en 2005 (41-42%) ten opzichte van de daaropvolgende jaren (32-37%).

**Grafiek 25** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met een psychische diagnose dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



Verpleeghuisbewoners zonder dementie en zonder een psychische diagnose gebruiken in de jaren 2004-2008 significant minder vaak slaapmiddelen (variërend tussen 20-28%), antipsychotica (8-11%), antidepressiva (6-11%) en kalmeringsmiddelen (7-10%) dan degenen met een psychische diagnose. Het percentage bewoners zonder dementie en zonder psychische diagnose dat een slaapmiddel krijgt daalt vanaf 2005 van 28% naar 20% in 2008.

### 3.6.7 Welke psychofarmaca gebruiken verpleeghuisbewoners met een diagnose depressie?

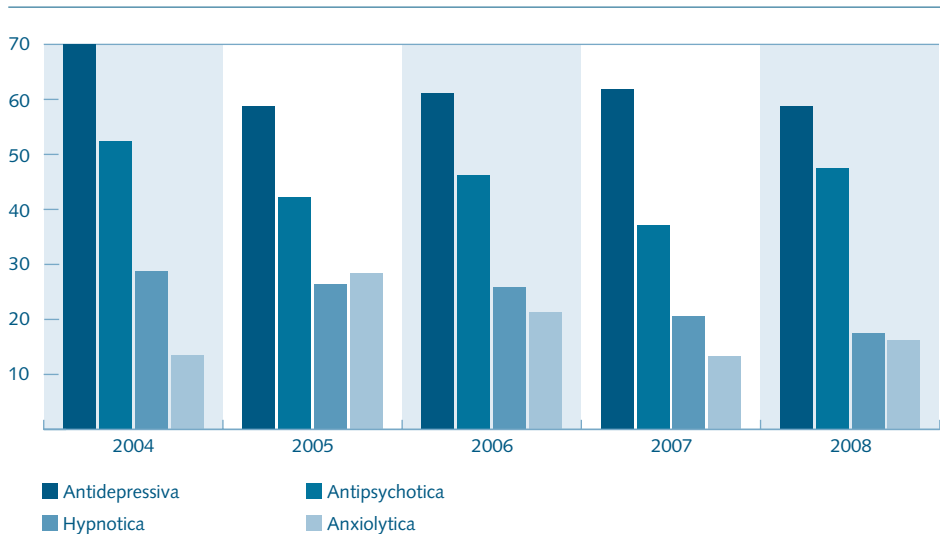
#### ***Bewoners met dementie***

In de periode 2004-2008 worden door verpleeghuisbewoners met dementie waarbij een depressie is gediagnosticeerd antidepressiva (59-70% van de bewoners) en antipsychotica (37-53% van de bewoners) het vaakst gebruikt (zie Grafiek 26). Het percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt daalt consistent van 29% in 2004 naar 18% in 2008. Het percentage bewoners dat een kalmeringsmiddel krijgt varieert tussen de 13% en 21%.

Afgezien van het dalende percentage bewoners dat een slaapmiddel krijgt, zijn er tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen te zien wat betreft het psychofarmacagebruik van demente bewoners met een diagnose depressie. Het valt op dat het percentage bewoners dat antidepressiva gebruikt relatief hoog is in 2004 (70%) in

vergelijking met de daaropvolgende jaren (59-62%); en dat het gebruik van antipsychotica en kalmeringsmiddelen behoorlijk fluctueert over de jaren.

**Grafiek 26** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en een diagnose depressie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



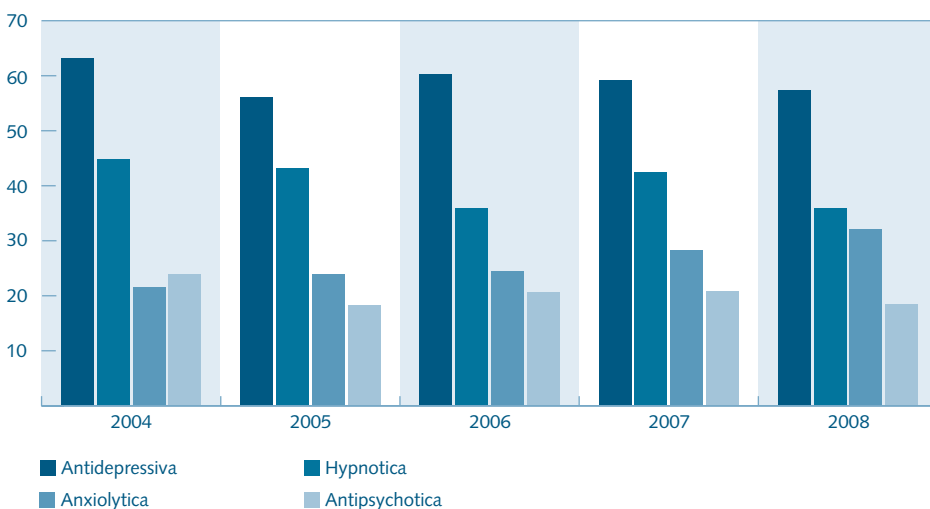
Demente bewoners bij wie geen depressie gediagnosticeerd is gebruiken in de jaren 2004-2008 significant minder vaak antidepressiva (variërend tussen 14-15%) dan degenen met een diagnose depressie. In de jaren 2004 en 2006 is ook hun gebruik van slaapmiddelen significant lager; en in de jaren 2005-2006 hun gebruik van kalmeringsmiddelen.

### ***Bewoners zonder dementie***

In de periode 2004-2008 gebruiken verpleeghuisbewoners zonder dementie waarbij een depressie gediagnosticeerd is het vaakst antidepressiva (56-63% van de bewoners) (zie Grafiek 27). Zesendertig tot 45% van de bewoners krijgt een slaapmiddel; 22% tot 32% een kalmeringsmiddel; en 18% tot 24% een antipsychoticum. Wanneer er meerdere typen psychofarmaca gelijktijdig gebruikt worden, is de combinatie van antidepressiva en slaapmiddelen de meest voorkomende.

Het percentage bewoners zonder dementie, maar met een diagnose depressie dat een kalmeringsmiddel krijgt stijgt consistent van 22% in 2004 naar 32% in 2008. Verder zijn er tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen in het psychofarmacagebruik van deze bewoners.

**Grafiek 27** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met een diagnose depressie dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



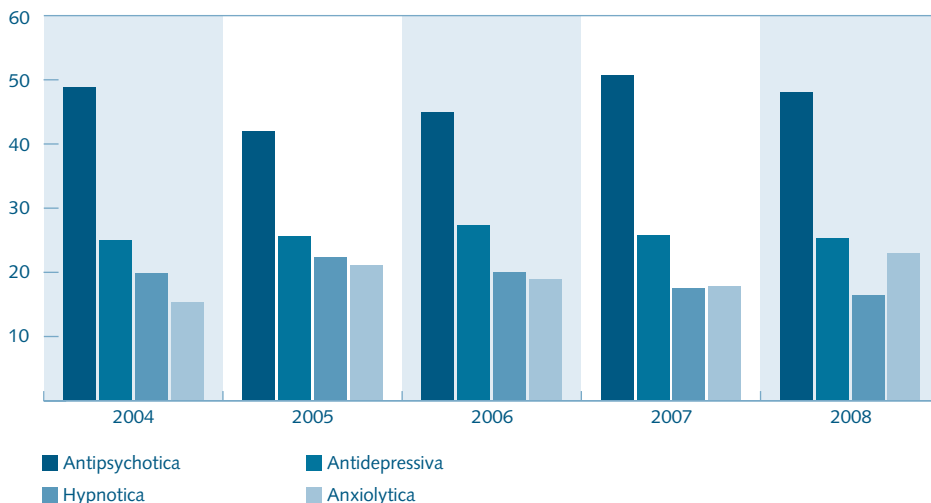
Bewoners zonder dementie bij wie geen depressie gediagnosticeerd is gebruiken in alle jaren tussen 2004 en 2008 significant minder vaak antidepressiva (variërend tussen 7-12%), slaapmiddelen (20-29%), kalmeringsmiddelen (8-10%), en antipsychotica (10-13%) dan degenen met een diagnose depressie. Onder de bewoners zonder diagnose depressie daalt bovendien het percentage dat een slaapmiddel krijgt vanaf 2005 van 29% naar 20% in 2008.

### 3.6.8 Welke psychofarmaca gebruiken verpleeghuisbewoners met depressieve klachten?

#### *Bewoners met dementie*

In de periode 2004-2008 worden door verpleeghuisbewoners met dementie en depressieve klachten antipsychotica (42-51% van de bewoners) en antidepressiva (25-27% van de bewoners) het vaakst gebruikt (zie Grafiek 28). Het percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt daalt vanaf 2005 consistent van 22% naar 17% in 2008. Het percentage bewoners dat een kalmeringsmiddel krijgt varieert tussen de 15% en 23%. Afgezien van het vanaf 2005 dalende percentage bewoners dat een slaapmiddel krijgt, zijn er tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen te zien wat betreft het psychofarmacagebruik van bewoners met dementie en depressieve klachten.

**Grafiek 28** Percentage verpleeghuisbewoners met dementie en depressieve klachten dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



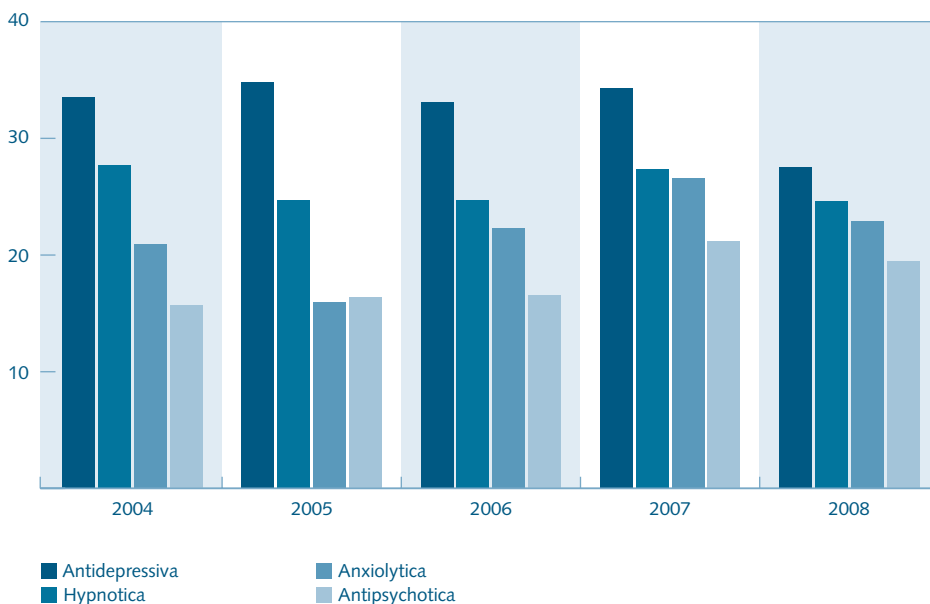
Demente bewoners zonder depressieve klachten gebruiken in de jaren 2004-2008 significant minder vaak antipsychotica (variërend tussen 33% en 36%) en antidepressiva (13-16%) dan degenen met depressieve klachten. In de periode 2005-2008 is ook hun gebruik van kalmeringsmiddelen significant lager; en in de jaren 2004 en 2007 hun gebruik van slaapmiddelen. Onder de bewoners zonder depressieve klachten daalt het percentage dat een antipsychoticum krijgt vanaf 2004 van 36% naar 33% in 2008.

### ***Bewoners zonder dementie***

In de periode 2004-2008 gebruiken verpleeghuisbewoners zonder dementie met depressieve klachten het vaakst een antidepressivum (28-35% van de bewoners) (zie Grafiek 29). Het valt op dat het gebruik van antidepressiva in 2008 lager ligt dan in de vier voorgaande jaren. Tussen 2004 en 2008 zijn er geen duidelijke veranderingen in het gebruik van andere psychofarmaca te zien. Vijfentwintig tot 28% van de bewoners krijgt een slaapmiddel; 16% tot 27% een kalmeringsmiddel; en 16% tot 21% een antipsychoticum.



**Grafiek 29** Percentage verpleeghuisbewoners zonder dementie, maar met depressieve klachten dat psychofarmaca gebruikt, uitgesplitst naar het type psychofarmacon



Bewoners zonder dementie en zonder depressieve klachten gebruiken in de periode 2004-2008 significant minder vaak antidepressiva (variërend tussen 8-16%), antipsychotica (7-10%) en kalmeringsmiddelen (7-10%) dan degenen met depressieve klachten. In de jaren 2005-2008 is ook hun gebruik van slaapmiddelen significant lager. Onder de niet-demente bewoners zonder depressieve klachten daalt het percentage dat een antidepressivum krijgt van 16% in 2004 naar 8% in 2008.

### 3.7 Samenvatting en beschouwing

Dit onderzoek geeft inzicht in het vóórkomen van depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners met en zonder dementie, hoe vaak bij hen psychische diagnoses gesteld worden, de grootte van hun hulpbehoefte, en de zorg die aan hen verleend wordt in de periode 2004-2008. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, wordt ingegaan op de beperkingen van het onderzoek.

#### 3.7.1 Beperkingen van het onderzoek

Aangezien het onderzoek gebaseerd is op gegevens van vijf verpleeghuizen in de regio Amsterdam, is het onduidelijk in hoeverre de resultaten representatief zijn voor alle verpleeghuizen in Nederland. Wel is de leeftijd- en geslachtsverhouding van de onder-

zochte groep van verpleeghuisbewoners ongeveer gelijk aan die van alle Nederlandse verpleeghuisbewoners (80% is 75 jaar of ouder; 72% is vrouw) (De Klerk, 2005), wat aangeeft dat de onderzoekspopulatie representatief is wat betreft deze kenmerken.

Het gebruik van gegevens van de Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) brengt een aantal beperkingen met zich mee. Het is mogelijk dat de registratie van MDS gegevens niet volledig is. Dit geldt voor mensen met een zeer korte opname en een klein percentage van de bewoners die langer in het verpleeghuis verblijven (naar schatting 5%). Als hier een selectie in opgetreden is waarbij bewoners met psychische problematiek om welke reden dan ook verhoudingsgewijs vaker niet met behulp van de MDS in kaart zijn gebracht, zou het resultaat hiervan een onderschatting zijn van de frequentie waarmee psychische diagnoses zijn gesteld.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat wij de gegevens over psychosociale interventies die met behulp van de MDS in beperkte mate in kaart worden gebracht, niet hebben gebruikt. Wat betreft de medicatie, is de reden waarom deze wordt gebruikt niet bekend.

### 3.7.2 Samenvatting en bespreking belangrijkste bevindingen

#### *Het vóórkomen van psychische diagnoses en depressieve klachten*

De belangrijkste bevindingen:

- *In de periode 2004-2008 wordt bij 12% tot 16% van de bewoners met dementie, en bij 13% tot 19% van de bewoners zonder dementie een psychische stoornis gediagnosticeerd. Depressie is de vaakst gestelde diagnose (bewoners met dementie: 7-11%; bewoners zonder dementie: 10-15%), gevolgd door angst (bewoners met dementie: 3-5%; bewoners zonder dementie: 4-5%). Afgezien van een dalend percentage bewoners met dementie bij wie angst gediagnosticeerd wordt (van 5% naar 3%), zijn er tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen te zien in hoe vaak psychische diagnoses gesteld worden. Over het algemeen worden bewoners met complexe lichamelijke problematiek ( $\geq 3$  lichamelijke aandoeningen), ongeacht of zij wel of geen dementie hebben, vaker gediagnosticeerd met depressie of angst.*
- *Depressieve klachten komen in de jaren 2004-2008 vaker voor bij bewoners met dementie dan bij bewoners zonder dementie. Daarbij stijgt in deze periode het percentage met depressieve klachten onder bewoners met dementie (van 40% naar 46%), terwijl dit percentage juist daalt onder bewoners zonder dementie (van 31% naar 23%). Over het algemeen hebben bewoners zonder dementie met complexe lichamelijke problematiek vaker depressieve klachten; onder bewoners met dementie wordt geen relatie tussen het aantal lichamelijke aandoeningen en de aanwezigheid van depressieve klachten gevonden.*

De percentages verpleeghuisbewoners met een diagnose depressie of angst liggen beduidend lager dan de prevalentie van klinisch relevante depressie en angst die eerdere studies gevonden hebben onder verpleeghuisbewoners met en zonder dementie op basis van gevalideerde vragenlijsten of psychiatrische interviews (Jongenelis e.a., 2004; Smalbrugge e.a., 2005; Zuidema e.a., 2007; Verkaik e.a., 2009).<sup>5</sup> Dit zou er op kunnen wijzen dat depressie en angst nog steeds bij een substantieel deel van de bewoners met en zonder dementie onvoldoende herkend, en dus ook onvoldoende behandeld, wordt. In elk geval roept het de vraag op of depressie en angst wel voldoende worden herkend wanneer cliëntgegevens met de MDS-RAI in kaart worden gebracht. Zo is het verschil tussen het percentage verpleeghuisbewoners dat volgens het toegepaste screeningsinstrument (*Depression Rating Scale*; DRS) depressieve klachten heeft en het percentage verpleeghuisbewoners bij wie een diagnose depressie gesteld is opvallend groot, met name onder bewoners met dementie. Men kan zich afvragen of er in het geval van een verhoogde score op de DRS, een aanwijzing voor klinisch relevante depressieve symptomen, wel altijd een follow-up actie plaatsvindt in de vorm van nadere diagnostiek, en wanneer nodig, behandeling.

De bevinding dat bewoners met complexe lichamelijke problematiek vaker gediagnosticeerd worden met depressie of angst kan verklaard worden doordat depressie en angst sowieso vaker voorkomen bij personen met lichamelijke multimorbiditeit en/of doordat hulpverleners alerter zijn op de aanwezigheid van psychische problemen bij deze personen vanwege de lichamelijke aandoeningen (Pot e.a., 2008).

Tussen 2004 en 2008 hebben steeds meer bewoners met dementie depressieve klachten. Dit kan samenhangen met het gegeven dat het in de afgelopen jaren steeds gangbaarder geworden is personen met dementie zo lang mogelijk thuis te verzorgen (Sanderse & Verweij, 2009), waardoor meer mensen met dementie in een verder gevorderd stadium opgenomen worden in verpleeghuizen, met bijgevolg een hoger risico op depressieve klachten (Zuidema e.a., 2009). Deze verklaring wordt ondersteund door de bevinding dat tussen 2004 en 2008 steeds meer psychogeriatrische verpleeghuisbewoners een grote hulpbehoefte hebben (zie hieronder). Het is niet duidelijk waarom in de periode 2004-2008 steeds minder verpleeghuisbewoners zonder dementie depressieve klachten hebben. Het lijkt aannemelijk dat deze ontwikkeling verband houdt met de geconstateerde daling in hulpbehoefte (zie hieronder).

### **Hulpbehoefte**

De belangrijkste bevindingen:

- *In de periode 2004-2008 hebben bewoners met dementie vaker een grote hulpbehoefte wat betreft algemeen dagelijks functioneren dan bewoners zonder dementie.*

---

<sup>5</sup> Jongenelis e.a. (2004) en Smalbrugge e.a. (2005) vonden onder somatische verpleeghuisbewoners met een relatief goed cognitief functioneren een prevalentie van depressie van 22% en een prevalentie van angst van 9,9%; Zuidema e.a. (2007) vonden onder verpleeghuisbewoners met dementie een prevalentie van depressie van 20% en een prevalentie van angst van 21%; Verkaik e.a. (2009) vonden onder verpleeghuisbewoners met dementie een prevalentie van depressie van 19%.

*Terwijl het percentage met een grote hulpbehoefte onder bewoners met dementie toeneemt van 72% in 2004 naar 81% in 2008, vertoont dit percentage onder bewoners zonder dementie juist een dalende trend (van 31% naar 23%).*

- *Bewoners (ongeacht of zij wel of geen dementie hebben) met depressieve klachten hebben vaker een grote hulpbehoefte dan bewoners zonder depressieve klachten. Daarentegen hebben bewoners bij wie depressie of angst gediagnosticeerd is niet vaker een grote hulpbehoefte dan bewoners zonder deze diagnoses.*

De bevinding dat tussen 2004 en 2008 steeds meer bewoners met dementie een grote hulpbehoefte hebben kan verklaard worden doordat het, zoals eerder opgemerkt, in deze periode steeds gebruikelijker geworden is mensen met dementie langer thuis te verzorgen en pas over te plaatsen naar een verpleeghuis als de mantelzorger de zorg niet meer kan bolwerken. Hierdoor zullen meer mensen in een verder gevorderd stadium van dementie opgenomen worden in verpleeghuizen. Bijgevolg zijn deze bewoners meer afhankelijk van zorg (Sanderse & Verweij, 2009). Het is mogelijk dat de daling in het vóórkomen van een grote hulpbehoefte bij verpleeghuisbewoners zonder dementie in de periode 2004-2008 te maken heeft met een veranderende groep. Zo kan de groep revalidanten bijvoorbeeld groter zijn geworden, waardoor ook de hulpbehoefte kan zijn gedaald.

De relatie tussen depressieve klachten en grote hulpbehoefte kan verklaard worden doordat klachten zoals weinig energie hebben, weinig initiatief tonen en gevoelens van hulpeloosheid ervaren, iemand (nog) afhankelijker maken. Dat bewoners die gediagnosticeerd zijn met depressie of angst niet vaker een grote hulpbehoefte hebben kan het gevolg zijn van de expliciete aandacht voor hun psychische problematiek en de ingezette behandeling.

### **Verleende zorg**

#### *Zorgzwaarte<sup>6</sup>*

De belangrijkste bevindingen:

- *Hoewel bewoners met dementie in de periode 2004-2008 vaker een grote hulpbehoefte hebben dan bewoners zonder dementie, is in deze jaren hun gemiddelde zorgzwaarte lager dan die van bewoners zonder dementie.*
- *Over het algemeen bestaat er in de periode 2004-2008 een relatie tussen depressieve klachten en een hogere zorgzwaarte bij bewoners (ongeacht of zij wel of geen dementie hebben). Daarentegen hebben bewoners met een diagnose depressie of angst in het algemeen niet vaker een hogere zorgzwaarte dan bewoners zonder deze diagnoses.*

---

6 Zorgzwaarte is berekend aan de hand van de case mix index. Eenvoudig gezegd: het aantal uren verpleging, verzorging en behandeling, is optelbaar gemaakt door deze uit te drukken in geld.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de opvallende bevinding dat bewoners met dementie vaker een grote hulpbehoefte hebben dan bewoners zonder dementie, maar desondanks een lagere zorgzwaarte hebben. Het kan zijn dat hulpverleners meer zorgminuten besteden aan verpleeghuisbewoners met lichamelijke problematiek, omdat zij hiervoor beter zijn opgeleid, of omdat verzorgend personeel het lastiger vindt om zorg aan bewoners met dementie te bieden.

Zoals eerder besproken bestaat er een relatie tussen depressieve klachten en een grote hulpbehoefte. Dit lijkt een goede verklaring te vormen voor de bevinding dat bewoners met depressieve klachten vaker een hogere zorgzwaarte hebben. Dat een diagnose depressie of angst daarentegen niet samenhangt met een hogere zorgzwaarte betekent dat het hebben van een diagnose depressie of angst niet leidt tot meer zorgminuten. Dit heeft mogelijk ook te maken met het instrument dat wij hebben gebruikt om zorgzwaarte in kaart te brengen (de *case mix index*). Deze gaat wellicht uit van te grove categorieën om een dergelijk verschil aan te kunnen tonen.

### *Psychofarmacagebruik*

De belangrijkste bevindingen:

- *In de periode 2004-2008 gebruikt ongeveer 60% van de bewoners met dementie psychofarmaca, waarbij antipsychotica het vaakst gebruikt wordt (door 37-41%). Een substantieel deel (22-25%) gebruikt twee of meer typen psychofarmaca, veelal combinaties van antipsychotica met slaapmiddelen of antidepressiva. De enige duidelijke verandering in psychofarmacagebruik van bewoners met dementie tussen 2005 en 2008 is het dalende percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt (van 20% naar 15%).*
- *Wanneer gekeken wordt naar de verpleeghuisbewoners met dementie en een psychische diagnose (willekeurig welke), is naast het antipsychoticagebruik (41-57%) ook het antidepressivagebruik (50-52%) hoog. Tussen 2004 en 2008 verandert het psychofarmacagebruik van deze bewoners niet duidelijk, afgezien van een dalend percentage bewoners dat een slaapmiddel gebruikt (van 26% naar 16%). Globaal hetzelfde patroon van psychofarmacagebruik (wel met een hoger antidepressivagebruik) is ook te zien bij de bewoners met dementie en een diagnose depressie. Bij bewoners met dementie en depressieve klachten is het percentage antipsychoticagebruik globaal hetzelfde, maar ligt het antidepressivagebruik een stuk lager (25-27%).*
- *Bewoners zonder dementie gebruiken minder vaak psychofarmaca dan bewoners met dementie, afgezien van slaapmiddelen. Tevens neemt het percentage bewoners zonder dementie dat psychofarmaca gebruikt af vanaf 2005 van 48% naar 39% in 2008, voornamelijk als gevolg van een afnemend gebruik van slaapmiddelen.*

- *Kijkend naar de verpleeghuisbewoners zonder dementie bij wie een psychische diagnose (willekeurig welke) gesteld is, worden antidepressiva het vaakst gebruikt (46-54%), gevolgd door slaapmiddelen (36-35%). Er zijn tussen 2004 en 2008 geen duidelijke veranderingen waarneembaar wat betreft het psychofarmacagebruik van deze bewoners, afgezien van een stijgend percentage bewoners dat een kalmeringsmiddel gebruikt (van 24% naar 34%). Als gekeken wordt naar bewoners zonder dementie bij wie depressie gediagnosticeerd is, is hetzelfde patroon van psychofarmacagebruik (wel met een hoger antidepressivagebruik) waarneembaar. Een afnemend gebruik van slaapmiddelen is alleen te zien bij bewoners zonder dementie en zonder psychische diagnose. Bewoners zonder dementie, maar met depressieve klachten gebruiken relatief minder vaak antidepressiva (28-35%) en slaapmiddelen (25-28%).*

De bevinding dat een hoog percentage bewoners met dementie één of meerdere psychofarmaca gebruikt, waarvan antipsychotica het vaakst, komt overeen met de bevindingen van eerdere studies (Zuidema e.a., 2007; Nijk e.a., 2009). Antipsychotica worden voorgeschreven bij gedragsproblemen (geagiteerd of agressief gedrag en psychotische verschijnselen) (CBO, 2005). De multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' adviseert een terughoudend beleid ten aanzien van het gebruik van antipsychotica bij mensen met dementie (CBO, 2005). Psychosociale of psychologische interventies worden als eerste keuze aanbevolen voor gedragsproblemen bij dementie. Een belangrijke reden om een terughoudend beleid te voeren is dat er slechts beperkte bewijskracht bestaat voor de werkzaamheid van antipsychotica bij mensen met dementie (Zuidema e.a., 2006; Koopmans, 2007). Daarnaast is er toenemende bezorgdheid over de veiligheid van antipsychotica bij mensen met dementie, met name door bevindingen dat deze medicatie het risico op sterfte en beroerte kan verhogen (Koopmans, 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat het afbouwen en staken van antipsychotica bij mensen met dementie mogelijk is, en dat een psychosociale interventie een goed alternatief kan vormen om gedragsproblemen te verminderen (Koopmans, 2006). Desondanks geeft het huidige onderzoek aan dat er tussen 2004 en 2008 (nog) niet terughoudender wordt omgegaan met het voorschrijven van antipsychotica bij dementie.

Terughoudendheid wordt ook bepleit wat betreft het (langdurig) voorschrijven van benzodiazepinen bij verpleeghuisbewoners (CBO, 2005; Koopmans, 2007). Belangrijke nadelen van het gebruik van deze middelen zijn onder meer de kans op het ontstaan van afhankelijkheid en een verhoogd risico op vallen. In dit kader is het een positieve ontwikkeling dat het percentage bewoners met en zonder dementie dat een slaapmiddel (veelal een benzodiazepine) gebruikt daalt tussen 2004 en 2008. Opgemerkt moet worden dat deze daling onder verpleeghuisbewoners met dementie alleen waarneembaar is bij degenen met een psychische diagnose; en onder verpleeghuisbewoners zonder dementie alleen bij degenen zonder een psychische diagnose. Verpleeghuisbewoners zonder dementie bij wie een psychische diagnose gesteld is gebruiken tussen 2004 en 2008 juist steeds vaker een kalmeringsmiddel (veelal een benzodiazepine).

Veel bewoners met en zonder dementie bij wie een psychische aandoening gediagnosticeerd is (meestal depressie of angst) gebruiken antidepressiva. Het percentage bewoners dat antidepressiva gebruikt ligt nog hoger als specifiek gekeken wordt naar de degenen met een diagnose depressie (56% of meer). Dit geeft aan dat er vaak gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling, ook wanneer er sprake is van minder ernstige vormen van depressie. De multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' beveelt psychosociale interventies aan als eerste keus voor depressie bij dementie, en pas over te gaan op behandeling met antidepressiva wanneer klachten niet verminderen (CBO, 2005). In overeenstemming hiermee adviseert het Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie een *stepped care* aanpak, waarbij in het geval van minder ernstige vormen van depressie in eerste instantie gekozen wordt voor afwachtend beleid of niet-medicamenteuze interventies (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Ondanks deze richtlijnaanbevelingen worden in het huidige onderzoek geen aanwijzingen gevonden dat in de periode 2004-2008 het gebruik van antidepressiva afneemt bij verpleeghuisbewoners met een diagnose depressie.

Het consistent hoge gebruik van psychofarmaca onder verpleeghuisbewoners in de periode 2004-2008 doet vermoeden dat psychologische en psychosociale interventies weinig toegepast worden. Dit kan samenhangen met het beperkte aanbod van psychologische en psychosociale interventies binnen verpleeghuizen, de beperkte beschikbaarheid in verpleeghuizen van hulpverleners (o.a. psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) die deze interventies kunnen uitvoeren, en het geringe beroep van verpleeghuizen op externe hulpverleners (Dorland e.a., 2007).

### **3.7.3 Aanknopingspunten voor verbetering psychische hulpverlening**

Uit de resultaten komen een aantal aanknopingspunten naar voren voor de verbetering van de kwaliteit van de psychische zorg die verleend wordt in verpleeghuizen:

#### ***Monitoren psychische hulpverlening in verpleeghuizen en deskundigheidsbevordering***

Hoewel hier in de afgelopen jaren al meerdere onderzoeken naar zijn gedaan, lijkt het nog steeds relevant om het herkennen, diagnosticeren en behandelen van psychische problemen bij verpleeghuisbewoners te blijven monitoren middels dataverzameling die door onafhankelijke observatoren plaatsvindt en zo nodig deskundigheidsbevordering te bieden.

#### ***Stimuleren van follow-up actie na screening***

De resultaten suggereren dat depressie en angst nog steeds onvoldoende herkend worden bij verpleeghuisbewoners, ondanks dat een screeninginstrument voor depressie onderdeel uitmaakt van de MDS-RAI. Het stimuleren van follow-up actie (zoals nadere diagnostiek) naar aanleiding van een verhoogde score op een screeningsinstrument lijkt wenselijk.

***Het stimuleren van het gebruik van psychosociale interventies bij verpleeghuisbewoners met psychische problemen***

Dit zou op verschillende manieren bewerkstelligd kunnen worden: via het vergroten van het aanbod van psychosociale interventies binnen verpleeghuizen; via het uitbreiden van de formatie van hulpverleners binnen verpleeghuizen die deze interventies kunnen uitvoeren; en via het verbeteren van de samenwerking tussen verpleeghuizen en GGZ-instellingen (Dorland e.a., 2007).





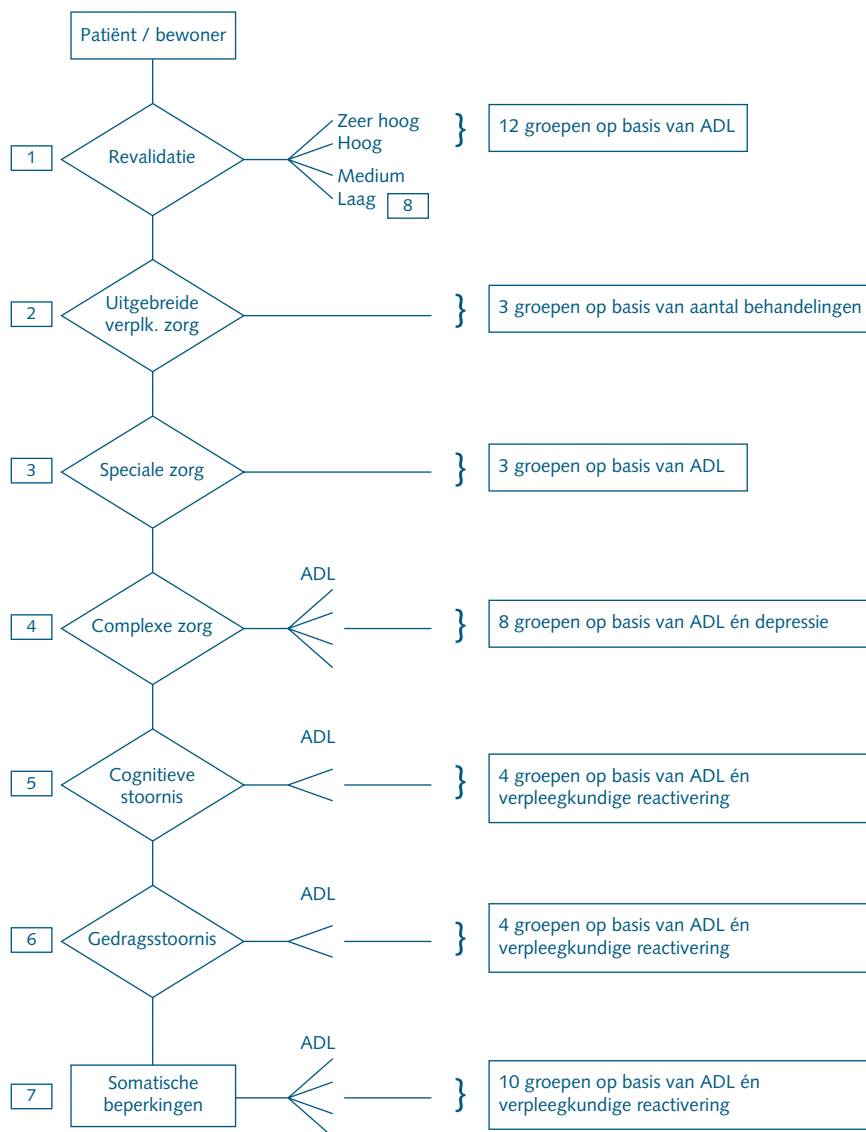
# Referenties

- Achterberg W.P., Pot A.M., Kerkstra A., Ooms M.E., Muller M.T., Ribbe M.W. (2003). The effect of depression on social engagement in newly admitted Dutch nursing home residents. *The Gerontologist*, 43, 213-218.
- Burrows A.B., Morris J.N., Simon S.E., Hirdes J.P., Phillips C. (2000). Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29, 165-172.
- CBO (2005). Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO.
- De Klerk, M.M.Y. (red.) (2005). Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners. Den Haag: SCP.
- Dorland L.M., Pot A.M., Veerbeek M.A. et al. (2007). Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Falck R.P., Pot A.M., Braam A.W., Hanewald G.J., Ribbe M.W. (1999). Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients; a pilot study. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 193-199.
- Fries B.E., Schneider D.P., Foley W.J., Gavazzi M., Burke R., Cornelius E. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III). *Medical Care*, 32, 668-685.
- Frijters D. (2001). Gebruikershandboek patiëntbeoordelingsinstrument (RAI) voor verpleeghuizen. RAI versie 2.1 van de InterRAI Corporation. Minimum Data Set (MDS), patiëntanalyseprotocollen (RAP's) en gebruiksrichtlijnen. Utrecht: Prismant.
- Frijters D., Achterberg W., Hirdes J.P., Fries B.E., Morris J.N., Steel K. (2001). Geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem op basis van Resident Assessment Instrumenten. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 8-16.
- Houttekier D., Cohen J., Bilsen J., Addington-Hall J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Deliens L. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 751-756.
- Jongenelis K., Pot A.M., Eisses A.M.H., Beekman A.T.F., Kluiter H., Ribbe M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Jongenelis K. (2006). Depression in Dutch nursing homes. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Koopmans R.T.C.M. (2006). Het belang van psychosociale interventies bij dementie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1653-1656.
- Koopmans R.T.C.M. (2007). Worden psychofarmaca in het verpleeghuis te vaak voorgeschreven? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 270-273.

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Mor V., Branco K., Fleishman J., Hawes C., Phillips C., Morris J. et al. (1995). The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50, 1-8.
- Morris J.N., Fries B.E., Morris S.A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology*, 54A, M546-M553.
- Nijk R.M., Zuidema S.U., Koopmans R.T.C.M. (2009). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 21, 485-493.
- Pot A.M., Cuijpers P., Allewijn M. (2008). Depressie in verzorgings- en verpleeghuizen. In: Huyser J., Schene A.H., Sabbe B., Spinhoven Ph. (red.), *Handboek depressieve stoornissen* (p. 377-388). Utrecht: De Tijdstroom.
- Poos M.J.J.C., Smit J.M., Groen J., Kommer G.J., Slobbe L.C.J. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005*. Bilthoven: RIVM.
- Sanderse C., Verweij A. (2009). Hoe is het zorggebruik onder ouderen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Smalbrugge M., Jongenelis, K., Pot A.M., Beekman A.T.F., Eefsting, J.A. (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 218-226.
- Smalbrugge M., Pot A.M., Jongenelis L., Gundy C.M., Beekman A.T., Eefsting J.A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 325-332.
- Smalbrugge M. (2006). *Anxiety and depression in nursing home patients. Prevalence, risk-indicators and consequences*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Verkaik R., Francke A.L., van Meijel B., Ribbe M.W., Bensing J.M. (2009). Comorbid depression in dementia on psychogeriatric nursing home wards: which symptoms are prominent? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 565-573.
- Zuidema S.U., Van Iersel M.B., Koopmans R.T., Verhey F.R., Olde Rikkert M.G. (2006). Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 15, 1565-1573.
- Zuidema S.U., Derksen E., Verhey F.R.J., Koopmans R.T.C.M. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 632-638.
- Zuidema S., De Jonghe J.F.M., Verhey F.R.J., Koopmans R.T.C.M. (2009). Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: influence of gender and dementia severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1079-1086.

# Bijlage 1

## Zorgzwaartegroepenschema



## Toelichting bij de definities van zorgzwaartegroepen

1. **Revalidatie** is elke combinatie van fysio-, ergo-, en logotherapie waarvoor geldt dat de cliënten 5+ dagen in de week en ten minste 150 minuten totaal in de week therapie ontvangen; OF 3+ dagen en ten minste 45 minuten totaal in de week therapie én 2+ soorten van verpleegkundige reactivering.
2. **Uitgebreide verpleegkundige zorg** is zorg in de vorm van parenterale voeding, uitzuigen, tracheostoom, beademingsapparatuur, waarbij de patiënt/bewoner tevens een ADL-score heeft hoger dan 7 (op een schaal van 4 – 18).
3. **Speciale zorg** is zorg voor brandwonden, coma, koorts (met braken, gewichtsverlies, pneumonie of uitdroging), MS, decubitus-stadia 3 of 4, quadriplegie, sepsis, IV-medicaties, bestralingstherapie, sondevoeding, waarbij de patiënt/bewoner tevens een ADL-score heeft hoger dan 7.
4. **Complexe zorg** is zorg voor afasie, aspiraties, hersenverlamming, uitdroging, hemiplegie, inwendige bloedingen, pneumonie, stasis ulcus, terminale ziekte, urineweginfectie, chemotherapie, dialyse, 4+ speciale artsvisites in de afgelopen maand, ademhalings- of zuurstoftherapie, transfusies, wondverzorging (anders dan doorligwonden) OF voldoen aan de criteria voor uitgebreide zorg of speciale zorg, maar met een ADL-score van 4 – 6.
5. **Cognitieve stoornis** is een stoornis in elk van de 3 volgende dimensies: beslisvaardigheid, oriëntatie (van mogelijk diverse soorten), korte termijn geheugen, waarbij de patiënt/bewoner tevens een ADL-score heeft van 4 - 10.
6. **Gedragsproblemen** zijn problemen van de volgende aard: ongepast gedrag, lichamelijke agressie, verbale agressie, zwerfgedrag, hallucinaties. Eén of meer van deze gedragingen moeten dan dagelijks voorkomen. Bovendien moet de patiënt/bewoner een ADL-score hebben van 4 - 10.
7. **Lichamelijke stoornis** is van toepassing wanneer een patiënt/bewoner niet in één van bovenstaande categorieën valt. Deze groep bevat dus ook patiënten/bewoners met cognitieve stoornis en/of gedragsproblemen wanneer ze een ADL-score hebben van 11 – 18.

Binnen revalidatie wordt nog weer onderverdeeld naar **zeer hoog, hoog, medium en laag**. Deze onderverdeling gebeurt op basis van het aantal dagen in de week dat therapie plaatsvindt én het totaal aantal minuten therapie dat in een week wordt gegeven. Voor de "lage" groep moet naast een beperkt aantal minuten en dagen revalidatietherapie tevens enige "verpleegkundige reactivering" plaatsvinden.

Binnen verschillende hoofdgroepen wordt verder onderverdeeld op basis van **verpleegkundige reactivering**. Dit is het geval wanneer ten minste 2 van de volgende activiteiten door een verpleegkundige, activiteitenbegeleider of onder leiding van een verpleegkundige wordt uitgevoerd: amputatiezorg, actieve of passieve bewegingsuitslag, korset/gips zorg, kleden/wassen training, eten/slikken training, voortbeweging/mobiliteit training, transfertraining, toilettraining.



Dit rapport geeft een overzicht van ontwikkelingen in de toegang tot en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen drie leeftijdsgroepen: volwassenen, kinderen en jongeren én ouderen.

Zicht wordt verkregen op ontwikkelingen in verschillende settings. Is de zorg voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk veranderd in de periode 2002-2008? Hoe staat het met de toegang tot de tweedelijns GGZ, en welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden? Welke trends zijn er in de afgelopen jaren te zien in de zorg die verleend wordt door tweedelijns GGZ-instellingen? Zijn er in de periode 2004-2008 veranderingen te zien in de zorg voor psychische problemen in het verpleeghuis? Ook wordt gekeken naar de onvrijwillige GGZ: wat is de ontwikkeling van het aantal gedwongen opnames en het aantal dwangtoepassingen in de periode 2002-2009?

Dit rapport is het tweede van een drietal overzichtsrapportages die het Trimbos-instituut in 2010 uitbrengt in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.