

Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)



Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)



Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

NEMESIS-2 wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut en wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. Aanvullende financiering werd verkregen van ZonMw, de 'Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators', en het RIVM.

Productiebegeleiding

Joris Staal

Omslagontwerp & productie

Ladenius Communicatie

Beeld

www.nationalebeeldbank.nl

ISBN 978-90-5253-725-2

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1124**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Voorwoord

Wie een knobbel voelt waar het niet hoort, of een moedervlek heeft die groeit of gemakkelijk gaat bloeden maakt zich zorgen. Is het kanker? Er is op dit gebied veel voorlichting gegeven aan het publiek en er wordt in de oncologie veel werk gemaakt van vroeg-herkenning en vroeg-behandeling. De reden daarvoor is evident. Kanker kan dodelijk zijn, maar wie er vroeg bij is kan een slechte afloop voorkómen.

Geldt dit nu ook voor psychische ziektebeelden? Er zijn sterke aanwijzingen dat eenvoudige behandelingen in de vroege stadia van ontwikkeling van psychische aandoeningen helpen. Als echter niet op tijd wordt ingegrepen is de kans op verslechtering van de aandoening groot, en dan volstaat geen eenvoudige behandeling meer om de aandoening te genezen. Het voordeel voor patiënten met psychische aandoeningen is evident: als men er vroeg bij is en effectief wordt behandeld, dan scheelt dat heel veel schade en menselijk ongeluk.

Dit rapport geeft een gunstig beeld van de Nederlandse GGZ. Vier op de vijf mensen met een depressie, paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis zoekt hulp; meer dan de helft doet dat snel en ruim zes van de tien heeft ook baat gehad bij deze hulp. Dat zijn indrukwekkende cijfers. Gezien de enorme maatschappelijke kosten van angst en depressie is het een reden om trots te zijn op wat er in Nederland is bereikt. Vergeleken met bijna tien jaar geleden zoekt men sneller hulp. Dat is gunstig en verklaart waarom de vraag om hulp is toegenomen de afgelopen jaren. Mensen met ernstiger symptomen zoeken het meest en ook het snelst hulp. Dat lijkt logisch, maar het is belangrijk dat het onderzocht is. Kennelijk is het niet zo dat men voor niks hulp vraagt. Nog een belangrijke bevinding is dat mensen die hoog of laag zijn opgeleid even snel hulp zoeken. Tot voor kort wezen alle studies erop dat GGZ-hulp vooral werd gezocht door hoger opgeleiden en dat laag opgeleiden vaak van adequate behandeling verstoken bleven. Die achterstand is nu ingehaald.

Al met al suggereert het rapport dat irrationele drempels om hulp te zoeken voor psychische stoornissen geleidelijk aan verdampen en dat men steeds sneller wordt behandeld. De keerzijde daarvan is natuurlijk dat het beroep op de GGZ sterk toeneemt en dat we nieuwe manieren moeten vinden om aan die vraag te voldoen. Gezien de druk die er is op ons zorgstelsel en de recente overheidsmaatregelen die juist de GGZ zo hebben getroffen komt dit rapport op een goed moment. Het laat zien dat we het goed doen in Nederland, dat mensen die het nodig hebben snel hulp zoeken en krijgen en dat men ook vaak baat heeft bij die hulp.

Aartjan Beekman
Hoogleraar Psychiatrie
Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding voor dit rapport	11
1.2 Onderzoeksvragen	12
1.3 Literatuuroverzicht	12
2 Methode	17
2.1 Steekproef	17
2.2 Diagnostisch instrument	18
2.3 Meting van zorggebruik	18
2.4 Meting van andere kenmerken	19
2.5 Statistische analyses	20
3 Resultaten	23
3.1 Hoe vaak komen psychische aandoeningen voor in de bevolking en op welke leeftijd ontstaan deze?	23
3.2 In hoeverre zoeken mensen hulp voor hun psychische aandoeningen en hoeveel tijd is dat na het ontstaan van de problematiek?	24
3.3 Wat zijn risico-indicatoren van het zoeken van hulp voor psychische aandoeningen?	28
3.4 Wat zijn risico-indicatoren van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor?	31
3.5 In hoeverre ervaren mensen baat bij de hulp voor hun psychische aandoeningen en hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact?	33
3.6 Wat zijn risico-indicatoren van het ervaren van baat bij de ontvangen hulp en van de tijd tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling?	35
4 Discussie	37
4.1 Kracht en beperkingen van de studie	37
4.2 Belangrijkste resultaten	39
4.3 Aanbeveling en toekomstig onderzoek	46
5 Referenties	47

Samenvatting

Dit rapport gaat over de mate, snelheid en waardering van zorggebruik voor psychische aandoeningen. Daarvoor is gebruik gemaakt van gegevens van de *'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'* (NEMESIS-2), een representatief onderzoek onder volwassenen van 18 t/m 64 jaar in de algemene bevolking.

Uit NEMESIS-2 komt naar voren dat er nogal wat variatie is in de mate en snelheid waarin hulp wordt gezocht naar type psychische aandoening. Van de mensen met een depressieve stoornis, paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis zoekt vier op de vijf op enig moment in het leven enigerlei hulp voor hun problemen. Als zij dit doen, dan doet meer dan de helft dit in hetzelfde jaar als waarin de aandoening ontstond.

Mensen met een specifieke of sociale fobie zoeken minder vaak en minder snel hulp: ruim 40%-50% van hen zoekt op enig moment in het leven enigerlei hulp voor hun problemen. Als zij dit doen, dan doet ruim acht op de tien dit tenminste één jaar nadat de aandoening ontstond.

Een vergelijkbaar beeld is te zien bij mensen met een alcohol- of drugsafhankelijkheid: 37%-57% van hen zoekt op enig moment in het leven hulp voor hun problemen, en als zij dit doen dan doet bijna zeven op de tien dit tenminste één jaar nadat de verslaving begon.

Volwassenen die ADHD in hun kindertijd hebben gehad, hebben vaker ooit met een arts of een andere hulpverlener over hun problemen gesproken dan mensen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis in de kindertijd (68% versus 42%), maar als zij dit doen dan doen zij dat vaker tenminste één jaar nadat de aandoening is ontstaan (88% versus 68%).

Vrouwen met enigerlei psychische aandoening hebben meer, ruim anderhalf keer zo hoge, kans om zorg te gebruiken dan mannen, en als zij zorg gebruiken dan verloopt er gemiddeld, bijna 3 jaar, minder tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met mannen.

Volwassenen met een psychische aandoening in de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jaar hebben minder, een 1,7 tot 8,3 keer zo lage, kans om zorg te gebruiken dan volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar. Als zij zorg gebruiken, dan verloopt er gemiddeld, 6 tot 20 jaar, meer tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met 18 t/m 24 jarigen.

Mensen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond hebben minder, een 1,6 tot 33,3 keer zo lage, kans om zorg te gebruiken. Als zij zorg gebruiken, dan verloopt er gemiddeld, 13 tot 21 jaar, meer tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met mensen bij wie de aandoening na hun 29^e begon.

Mensen met een psychische aandoening die een hogere opleiding hebben afgerond hebben evenveel kans om zorg te gebruiken als mensen met een lagere opleiding. Als zij zorg gebruiken, dan verloopt er gemiddeld evenveel tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met lager opgeleiden.

Mannen en mensen bij wie de psychische aandoening op jongere leeftijd ontstond ervaren ook minder vaak baat bij behandeling van hun psychische aandoening dan respectievelijk vrouwen en mensen bij wie de aandoening op oudere leeftijd ontstond. Bij oudere volwassenen die baat bij behandeling van hun psychische aandoening hebben ervaren, verloopt er gemiddeld meer tijd tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de behandeling dan bij jongere volwassenen.

Deze resultaten kunnen niet vergeleken worden met gegevens van NEMESIS-1. Wel is een vergelijking mogelijk met de bevolkingsstudies die deelnamen aan de World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS). Hieruit blijkt dat in Nederland mensen met een psychische aandoening relatief vaak en snel een eerste zorgcontact realiseren vergeleken met andere Westerse landen.

Zorggebruik is in dit rapport gedefinieerd als tenminste één zorgcontact vanwege een specifieke psychische aandoening met een arts of andere hulpverlener, werkzaam in de algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg of het informele circuit. In dit rapport wordt niet ingegaan op hoe de ontvangen hulp eruit ziet, door welke hulpverlener en in welke zorgsector deze is verstrekt, en of de hulp voldoet aan minimale vereisten van goede zorg. Gezien het feit dat eerste zorgcontacten niet hoeven resulteren in een daadwerkelijke behandeling van de problematiek en niet alle zorg volgens de huidige richtlijnen wordt gegeven, kunnen we stellen dat dit rapport een overschatting geeft van de mate waarin adequate zorg is ontvangen en een onderschatting geeft van de tijdsduur tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste adequate zorgcontact hiervoor.

Toekomstig onderzoek

Dit rapport maakt duidelijk dat mensen met een alcoholafhankelijkheid en een oppositiek opstandige gedragsstoornis in de kindertijd weinig in zorg komen voor hun problemen en dat mensen bij wie de aandoening op jonge leeftijd was ontstaan relatief laat hulp zoeken. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre vroegtijdige diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen en doelgroep resulteren in een gunstiger beloop alsook in het voorkomen van co-morbide stoornissen.

Er zijn geen opleidingsverschillen in de mate en snelheid waarin hulp voor psychische aandoeningen wordt gezocht. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre dat ook geldt voor het type hulp dat is ontvangen en de behandelduur ervan.

Aanbeveling

Als mensen vanwege psychische klachten hulp zoeken, dan kloppen zij vaak als eerste voor hulp aan bij de huisarts. Toch blijft de mate en snelheid waarin een eerste zorgcontact vanwege psychische klachten wordt gezocht bij bepaalde groepen wat achter. Deze groepen zijn: mannen, 55 t/m 64 jarigen, mensen met een alcoholafhankelijkheid of een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis in de kindertijd, en mensen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond. Omdat deze groepen niet zo snel vanuit zichzelf hulp zoeken vanwege psychische klachten, lijkt hier een rol weggelegd te zijn voor meer patiëntenvoorlichting en e-mental health. Daarnaast zou de huisarts er op bedacht moeten zijn dat juist bij deze groepen winst te halen valt bij een betere herkenning en vroegtijdige behandeling van psychische aandoeningen, indien zij met andere of verwante problemen voor hulp bij de huisarts aankloppen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit rapport

Over het vóórkomen van psychische aandoeningen in de algemene bevolking en de mate waarin mensen hulp zoeken voor hun psychische problemen is al veel bekend. Zo weten we dat psychische aandoeningen veelvuldig voorkomen in de bevolking en dat slechts een deel van de mensen met psychische aandoeningen daarvoor hulp zoekt. De cijfers voor Nederland, gebaseerd op NEMESIS-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2, laten zien dat vier op de tien volwassenen (42,7%) ooit in hun leven een psychische aandoening heeft gehad, bijna één op de vijf (18,0%) een aandoening in de afgelopen 12 maanden had, en dat van de mensen met een psychische aandoening in het afgelopen jaar een derde (33,8%) gebruik maakte van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen (De Graaf e.a., 2010).

Toch blijven nog veel vragen over het zoeken van hulp voor psychische problemen onbeantwoord. Dat komt omdat met de data uit (inter-)nationaal bevolkingsonderzoek het zorggebruik vaak alleen over het afgelopen jaar wordt bekeken en niet over het hele leven, waardoor minder zichtbaar wordt of mensen met psychische aandoeningen uiteindelijk zorg voor hun problemen ontvangen. Bovendien is voor de Nederlandse situatie niet bekend voor welke specifieke psychische aandoeningen daadwerkelijk hulp is ontvangen. Dat komt omdat het zorggebruik in de analyses tot nu toe, gebaseerd op data uit NEMESIS-2 en haar voorloper NEMESIS-1, betrekking had op het zorggebruik voor psychische problemen *in het algemeen* en niet vanwege een specifieke aandoening. Daardoor kan het zijn dat in de cijfers tot nu toe een deel van de mensen met bijvoorbeeld een angststoornis die hulp zochten *niet* voor deze aandoening behandeling of medicatie ontving, maar voor een bijkomende psychische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stemming. Daarnaast is in Nederland weinig bekend over hoeveel tijd er gemiddeld verstrijkt tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact voor deze problematiek. Andere vooralsnog onbeantwoorde vragen zijn: Welke bevolkingsgroepen zoeken na het ontstaan van een psychische aandoening minder snel hulp? In hoeverre ervaren mensen baat bij de hulp voor hun psychische aandoeningen en hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact?

Deze vragen met uitzondering van laatstgenoemde over het ervaren van baat bij behandeling kunnen alleen met bevolkingsonderzoek worden beantwoord, omdat daarin vastgesteld kan worden wie een psychische aandoening heeft en wie daarvan uiteindelijk hulp heeft gezocht. Met registratieonderzoek wordt uitgegaan van de mensen die hulp hebben gezocht, waardoor onzichtbaar blijft wie geen hulp voor zijn of haar psychische aandoening heeft gezocht maar ook wie buiten de geregistreerde zorg hulp heeft ontvangen. Voorliggend rapport maakt daarom gebruik van data van de eerste meting van NEMESIS-2 om genoemde vragen te bestuderen. NEMESIS-2, waarvan de eerste meting is uitgevoerd in 2007-2009, is een representatief onderzoek

bij volwassenen in de algemene bevolking naar psychische problematiek, waarin ook vragen over het zorggebruik voor deze problemen zijn meegenomen.

1.2 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan in dit rapport centraal:

1. In hoeverre zoeken mensen met psychische aandoeningen hulp voor hun problemen; en als zij dit doen, hoeveel tijd is dat na het ontstaan van de problematiek?
2. Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen, risico-indicatoren van het zoeken van hulp voor hun problemen?
3. Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, risico-indicatoren van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor?
4. In hoeverre ervaren mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, baat bij de ontvangen hulp; en als zij dit hebben ervaren, hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact voor hun psychische problemen?
5. Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, risico-indicatoren van het ervaren van baat bij de ontvangen hulp?
6. Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die baat bij de ontvangen hulp hebben ervaren, risico-indicatoren van de tijd tussen het eerste zorgcontact voor hun problemen en het ervaren van baat bij behandeling ervan?

Bij de bespreking van deze vragen zal als eerste een overzicht worden gegeven van hoe vaak psychische aandoeningen in de bevolking vóórkomen en op welke leeftijd deze ontstaan, omdat dit basale achtergrondinformatie is voor dit rapport. De risico-indicatoren die in dit rapport worden onderzocht, zijn kenmerken die aan het ontstaan van een stoornis of het zorggebruik vooraf zijn gegaan of die niet veranderen gedurende het leven, zoals geslacht en geboortjaar. Dit is bewust gedaan om rekening te houden met de tijdsvolgorde van gebeurtenissen (wat kwam eerst, wat volgde daarna). De risico-indicatoren omvatten demografische kenmerken en de aanvangsleeftijd van een psychische aandoening, conform eerdere studies op dit gebied.

Dit rapport is zo geschreven dat lezers die minder geïnteresseerd zijn in de technische verantwoording hoofdstuk 2 kunnen overslaan.

1.3 Literatuuroverzicht

Bij de bespreking van de literatuur komen voornamelijk studies aan de orde die in opzet vergelijkbaar zijn aan NEMESIS-2. Op deze manier zijn bevindingen met elkaar te vergelijken en wordt het ook mogelijk te onderzoeken in hoeverre uitkomsten uniek zijn voor bepaalde landen of dat deze algemeen geldig zijn.

In de periode 1998-2008 zijn voor zover wij konden nagaan ongeveer tien relevante internationale publicaties verschenen over de gemiddelde tijd die verstrijkt tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact voor de betreffende problematiek, en welke risico-indicatoren samenhangen met een langere duur tussen beide gebeurtenissen. Deze publicaties zijn gebaseerd op bevolkingsstudies uitgevoerd bij volwassenen in diverse landen.

In hoeverre zoeken mensen met psychische aandoeningen hulp voor hun problemen?

Uit een bevolkingsstudie in de Verenigde Staten uit 1990-1992, de National Comorbidity Survey (NCS), blijkt dat vooral mensen met een stemmingsstoornis of een paniekstoornis enigerlei vorm van hulp zoeken en dat dit veel minder geldt voor mensen met een fobie of een middelenstoornis. Eenzelfde trend is te zien in een vergelijkbare studie in Canada uit 1990-1991, de Ontario Health Survey (OHS) (Olfson e.a., 1998). Aanvullende analyses op de NCS-data laten zien dat de overgrote meerderheid van de mensen met enigerlei psychische aandoening vroeger of later hulp zoekt voor zijn problemen. Deze hulp werd binnen of buiten de gezondheidszorg gezocht, en omvatte ook het alternatieve circuit (Wang e.a., 2004). De opvolger van deze Amerikaanse bevolkingsstudie uit 2001-2003, de National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), bevestigt dat de overgrote meerderheid van de mensen met enigerlei psychische aandoening uiteindelijk hulp zoekt voor zijn problemen, en dat dit vooral geldt voor mensen met een stemmingsstoornis, maar minder voor mensen met een angststoornis of een middelenstoornis (Wang e.a., 2005). Recent gepubliceerde cijfers uit een wereldwijde bevolkingsstudie in 15 landen in Amerika, Europa, Midden-Oosten, Afrika en Azië, de World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS), die dezelfde opzet had en dezelfde meetinstrumenten gebruikte als de NCS-R die overigens ook onderdeel uitmaakte van deze wereldwijde studie, laten grote verschillen tussen landen zien (Wang e.a., 2007). Om een voorbeeld te geven: de studie uitgevoerd in twee metropolen van China, Beijing en Shanghai, laat een aanzienlijk lager zorggebruik bij mensen met een psychische aandoening zien dan in andere ontwikkelde landen. Bovendien geldt dit lagere zorggebruik vooral voor mensen met een stemmingsstoornis en minder voor mensen met een angststoornis of een middelenstoornis, terwijl het omgekeerde patroon zichtbaar is in andere ontwikkelde landen (Lee e.a., 2007). Als verklaringen voor het relatief lage zorggebruik in China vergeleken met dat in andere binnen de WMHS participerende landen worden door de onderzoekers vooral verschillen in cultuur, bewustzijn van psychische problematiek bij het publiek, stigma rondom psychische aandoeningen, en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen gegeven.

Hoeveel tijd na het ontstaan van de psychische aandoening zoeken mensen hulp?

Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat van de mensen met een angststoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, 0,8%-36,4% dit deed in het jaar waarin de angststoornis voor het eerst ontstond. De spreiding in percentages geeft aan dat dit nogal verschilt tussen landen. Voor de zes West-Europese landen gold

dat 13,7%-28,0% van de mensen met een angststoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht, dit deed in het jaar waarin de angststoornis voor het eerst ontstond. De mediane tijd die verstreek tussen het ontstaan van de angststoornis en het eerste zorgcontact voor deze problematiek was 3-30 jaar; dat is de tijd die verstreek voor de helft van de respondenten (in dit geval: mensen met een angststoornis die daarvoor hulp zochten). De mediane tijd die werd gevonden voor de zes West-Europese landen varieerde van 10-28 jaar voor mensen met een angststoornis. Meer gedetailleerde analyses laten zien dat er ook nogal wat verschil bestaat in hulpzoekgedrag naar type angststoornis: mensen met een specifieke fobie zoeken minder vaak hulp en als zij hulp zoeken gaat er meer tijd overheen vergeleken met mensen met een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis (zie o.a.: Bruffaerts e.a., 2007; De Graaf e.a., 2008; Kessler e.a., 2008).

Het percentage mensen met een stoornis dat hulp zoekt in hetzelfde jaar als waarin de stoornis ontstond is doorgaans hoger voor mensen met een stemmingsstoornis dan voor mensen met een angststoornis. Dit zou te maken kunnen hebben met een verschil in ernst van de problematiek, omdat de beperkingen die mensen van hun problemen hebben vaak een goede voorspeller is van de snelheid waarin hulp wordt gezocht na het ontstaan van psychische aandoeningen (zie hieronder), maar ook in de mate waarin mensen op de hoogte zijn van het hulpaanbod voor specifieke problemen. Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat van de mensen met een stemmingsstoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, 6,0%-52,1% dit deed in het jaar waarin de stemmingsstoornis voor het eerst ontstond. Er werden gunstigere percentages gevonden voor de zes West-Europese landen binnen deze studie: 28,8%-52,1% van de mensen met een stemmingsstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht deed dit in het jaar waarin de stemmingsstoornis voor het eerst ontstond. De mediane tijd die verstreek tussen beide gebeurtenissen was 1-14 jaar voor alle 15 landen te samen en 1-3 jaar voor de zes West-Europese landen binnen de WMHS.

Het percentage mensen met een stoornis dat hulp zoekt in hetzelfde jaar als waarin de stoornis ontstond, is doorgaans lager voor mensen met een middelenstoornis dan voor mensen met een angst- of stemmingsstoornis. De WMHS laat zien dat 0,9%-18,6% van de mensen met een middelenstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht dit deed in het jaar waarin de middelenstoornis voor het eerst ontstond. Niet verrassend liggen deze percentages voor de zes West-Europese landen hoger: 12,8%-18,6% van de mensen met een middelenstoornis zocht in hetzelfde jaar als waarin de stoornis ontstond hulp voor hun problematiek. De mediane tijd die verstreek tussen beide gebeurtenissen was 6-18 jaar, zowel voor alle landen te samen als voor de zes West-Europese landen apart (Wang e.a., 2007). Als mensen met een middelenstoornis hulp zoeken dan is dat minder snel dan mensen met een stemmingsstoornis, maar sneller dan mensen met een angststoornis.

Wat zijn risico-indicatoren van het zoeken van hulp voor psychische aandoeningen?

Uit de NCS-R blijkt dat van de mensen met een psychische aandoening mannen, gehuwden, lager opgeleiden, mensen bij wie de stoornis op jongere leeftijd begon, en

ouderen minder vaak hulp zoeken voor hun psychische problemen (Wang e.a., 2005). Analyses op data van de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS bevestigen dat bij mensen met een psychische aandoening, mannelijk geslacht, een vroege aanvangsleeftijd van de stoornis, en een oudere leeftijd gerelateerd zijn aan het minder vaak inschakelen van hulp bij problemen. Dit laatste werd ook gezien in minder ontwikkelde landen (Wang e.a., 2007).

Wat zijn risico-indicatoren van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor?

Uit de bevolkingsstudies NCS en OHS werd als eerste duidelijk dat, bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, degenen bij wie de psychische aandoening op jongere leeftijd was ontstaan minder snel hulp zoeken. Dat gold ook voor oudere volwassenen (Olsson e.a., 1998). Aanvullende analyses op de NCS-data laten zien dat ook mensen met minder ernstige aandoeningen (o.a. blijkens het uitblijven van suïcide gedachten of plannen) minder snel hulp zoeken. Indien iemand als eerste hulp zocht buiten de gezondheidszorg, resulteerde dat niet in een vertraging van het zoeken van hulp binnen de gezondheidszorg (Wang e.a., 2004). De NCS-R bevestigt dat, bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, een vroege aanvangsleeftijd van de stoornis, oudere leeftijd, mannelijk geslacht, gehuwd zijn, en lagere opleiding gerelateerd zijn aan het later inschakelen van hulp bij problemen (Wang e.a., 2005). Dit zijn dezelfde risico-indicatoren die binnen deze studie werden gevonden voor het al of niet zoeken van hulp voor psychische aandoeningen (zie hierboven). Een heel ander type onderzoek uit 1997-1998, bij volwassenen met een stemmings- of angststoornis die lid zijn van een patiëntenvereniging afkomstig uit 11 landen in Noord- en Zuid-Amerika, West-Europa en Zuid-Afrika, laat eveneens zien dat mensen bij wie de aandoening op jonge leeftijd was ontstaan en oudere volwassenen minder snel hulp zoeken. In tegenstelling tot de NCS-R vond deze studie geen verschil in snelheid van hulp zoeken tussen mannen en vrouwen na ontstaan van een stemmings- of angststoornis. Twee belangrijke redenen die samenhangen met het later inschakelen van hulp bij deze aandoeningen waren 'ik wilde mijn probleem alleen oplossen' en 'ik wist niet waar ik voor hulp terecht kon' (Christiana e.a., 2000).

In hoeverre ervaren mensen baat bij de behandeling van hun psychische aandoening?

Voor zover wij konden nagaan is niet eerder in bevolkingsonderzoek onderzocht in hoeverre mensen baat ervaren bij de hulp voor hun psychische aandoening, hoeveel tijd dat is na het eerste zorgcontact, en wat risico-indicatoren zijn van het ervaren van baat bij de ontvangen hulp alsook van de tijd tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling van de problematiek (onderzoeksvragen 4 t/m 6).

Samenvatting

De literatuur overziend laten diverse bevolkingsstudies uitgevoerd in verschillende landen zien dat uiteindelijk veel meer mensen met psychische aandoeningen hulp zoeken dan eerder werd benadrukt. Studies uit de jaren 80 en 90 toonden aan dat een minderheid van de mensen met psychische aandoeningen in het afgelopen jaar hulp zoekt voor hun problemen. Sinds het jaar 2000 hanteren steeds meer studies een breder perspectief en laten zij zien dat over het hele leven gerekend de meerderheid van de mensen met psychische aandoeningen uiteindelijk hulp zoekt voor hun problemen. Dit geldt in ieder geval voor de meer ontwikkelde landen, zoals Noord-Amerika en West-Europa. Enkele auteurs komen dan ook tot de conclusie dat het veel interessanter is om te kijken naar risico-indicatoren van de snelheid waarin hulp wordt gezocht dan naar risico-indicatoren van het al of niet inschakelen van hulp. Toch zijn de risico-indicatoren die gerelateerd zijn aan de snelheid waarin hulp wordt gezocht, alleen in de Noord-Amerikaanse studies onderzocht (OHS, NCS, NCS-R). Daaruit bleek bijvoorbeeld dat mensen bij wie de psychische aandoening op jonge leeftijd was ontstaan en oudere volwassenen minder snel hulp zoeken voor hun specifieke aandoening. In één van deze studies (NCS-R) werd ook gevonden dat mannelijk geslacht, gehuwd zijn, en een lagere opleiding gerelateerd zijn aan het later inschakelen van hulp bij problemen. Of deze bevindingen ook gelden voor de Nederlandse situatie is onderwerp van het voorliggend rapport.

Daarbij moet bedacht worden dat het pas recentelijk mogelijk is om een beter zicht te krijgen op het zoeken van hulp voor specifieke aandoeningen. Dat komt omdat in de meest recente versie van het diagnostisch instrument dat in bevolkingsstudies wordt gehanteerd om psychische aandoeningen te meten, de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) versie 3.0, nu specifiek naar het zorggebruik voor deze aandoeningen wordt gevraagd. Deze CIDI versie kwam begin 2000 beschikbaar, na de uitvoering van NEMESIS-1. Het betekent dat we de risico-indicatoren die gerelateerd zijn aan de snelheid waarin hulp wordt gezocht in NEMESIS-2 eigenlijk alleen goed met de NCS-R kunnen vergelijken. Dit is in principe ook mogelijk met data uit andere landen die onderdeel uitmaken van de WMHS, maar over dit onderwerp – risico-indicatoren van de tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor – is in die landen nog niet gepubliceerd.

Hoe de ontvangen hulp werd ervaren en hoe deze voor een specifieke aandoening eruit zag is niet eerder in bovenbeschreven bevolkingsstudies onderzocht, en lijken onderwerpen die in de toekomst meer aandacht zouden moeten krijgen. Immers, diverse studies tonen aan dat niet altijd de meest adequate hulp ofwel hulp conform de huidige richtlijnen bij psychische problemen wordt ingezet (Wang e.a., 2002; Fernandez e.a., 2007) en hoe patiënten de zorg percipiëren wordt steeds meer op waarde geschat. In dit rapport zal niet worden ingegaan op hoe de ontvangen hulp eruit ziet en of deze voldoet aan minimale vereisten van goede zorg, maar zal wel een indruk worden gegeven van hoe mensen met psychische aandoeningen de hulp voor hun specifieke problemen hebben ervaren en hoe lang het duurde alvorens zij baat bij de behandeling of preventieve interventie hadden. Voor zover wij weten is dat een onderwerp wat niet eerder in vergelijkbaar (inter-)nationaal onderzoek als NEMESIS-2 is onderzocht.

2 Methode

2.1 Steekproef

In NEMESIS-2 werd een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure gevolgd. Eerst werd een steekproef van 184 gemeenten getrokken, gestratificeerd naar regio en bevolkingsdichtheid. De vier grootste steden werden in ieder geval meegenomen. Met behulp van de verdeling van het aantal inwoners van 18 tot en met 64 jaar over de gevormde strata (regio's x categorieën van bevolkingsdichtheid + grootste steden) werd bepaald hoeveel adressen per gemeente getrokken werden. Daarna werden binnen die gemeenten uit postregistraties willekeurige huishoudadressen geselecteerd. Tenslotte werd uit het huishouden de laatstjarige 18 t/m 64-jarige gekozen. Inclusiecriteria waren de Nederlandse taal voldoende machtig zijn. Adressen van instellingen werden uitgesloten.

Veldwerk

De bewuste huishoudens ontvingen een introductiebrief met een oproep tot deelname. De brief was ondertekend door de minister van VWS, en vergezeld van een brochure met onderzoeksdoelen en verwijzing naar een website. Binnen een week belden getrainde telefonistes het huishouden. Zij stelden vast of dit 18 t/m 64-jarige bewoners bevatte, en probeerden toestemming voor een interview te krijgen. Als geen telefoonnummer bekend was (30%), legden interviewers aan de deur contact. Personen die niet direct bereikbaar waren of in eerste instantie weigerden, werden later opnieuw benaderd (aan de deur en minimaal tien keer, op verschillende tijdstippen en dagen in de week). Voordat interviewers contact legden, werd een folder gestuurd met onderzoeksdoelen, voorlopige resultaten, en uitspraken van respondenten over hun ervaring met het onderzoek.

De respondenten kregen een kleine attentie (cadeaubon) na afloop van het interview. Het interview vond plaats op een door de ondervraagde gekozen locatie (bijna altijd thuis). De gemiddelde interviewduur bedroeg 95 minuten, en varieerde sterk, afhankelijk van het aantal psychische aandoeningen.

Het veldwerk van de eerste meting van de studie werd uitgevoerd in de periode november 2007 tot juli 2009.

Het onderzoeksvoorstel, de veldwerkprocedures en de informatie voor potentiële respondenten werden goedgekeurd door de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de studie was gegeven voorafgaand en bij de start van het interview van de eerste meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier (informed consent) over hun deelname aan het interview. Een uniek respondentnummer werd gebruikt om de vertrouwelijkheid met de omgang van de data te garanderen. Anonimiteit werd gewaarborgd door naam en adresgegevens van

respondenten los te koppelen van de gegevens uit het interview en deze op gescheiden plaatsen te bewaren.

Deelname en representativiteit

Aan deze eerste meting deden 6646 personen mee, wat neerkwam op een respons van 65,1%. De respondenten kwamen volgens cijfers van het CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek, redelijk goed overeen met de hele Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, leeftijd, woonsituatie (al of niet met partner wonen), opleidingsniveau en urbanisatiegraad van de woonplaats. Jongere respondenten, van 18 tot 25 jaar, waren in de steekproef enigszins ondervertegenwoordigd. Om aan het onderzoek mee te kunnen doen, moest de persoon goed Nederlands kunnen spreken. Daardoor valt aan te nemen dat etnische minderheden ondervertegenwoordigd waren.

Een weegfactor werd geconstrueerd om te corrigeren voor een verschil in respons tussen verschillende demografische groepen en een verschil in kans op selectie binnen een huishouden. Na weging komt de verdeling van de demografische variabelen van de respondenten goed overeen met die van de bevolking.

Drie jaar na de eerste meting volgde een tweede meting. Het veldwerk hiervoor is gestart in november 2010 en zal tot juli 2012 duren. Alle mensen die aan meting 1 hebben deelgenomen zullen opnieuw worden benaderd voor een tweede interview.

2.2 Diagnostisch instrument

In NEMESIS-2 werd gebruik gemaakt van het diagnostische interview CIDI, Composite International Diagnostic Interview, versie 3.0, die is ontwikkeld door de WHO-World Mental Health Survey Initiative, een wereldwijd consortium van bevolkingsstudies. Het is een volledig gestructureerd interview: het antwoord van een respondent op een vraag leidt volgens vaste regels tot de volgende vraag. De CIDI kan worden afgenomen door getrainde interviewers die geen clinicus zijn. Het vraagt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die de respondent daarvan ondervindt. Uit de antwoorden valt af te leiden of de persoon voldoet aan de criteria van onderscheiden psychische aandoeningen volgens het classificatiesysteem DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

De CIDI 3.0 wordt in veel landen wereldwijd toegepast en is een betrouwbaar en valide instrument om de in dit rapport onderzochte psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a., 2006).

2.3 Meting van zorggebruik

In de gebruikte CIDI 3.0 wordt ook gevraagd naar zorggebruik voor psychische problemen. Binnen nagenoeg elke sectie in de CIDI waarin nagegaan werd of er sprake is van een psychische aandoening, werden op de eerste meting van NEMESIS-2 de volgende vragen gesteld:

- Heeft u ooit in uw leven met een arts of andere hulpverlener gesproken over uw ...? In elke sectie werd dan verwezen naar het betreffende kernsymptoom van de psychische aandoening, zoals bijvoorbeeld somberheid en gebrek aan interesse in de sectie over depressie. Als toelichting op deze vraag vertelde de interviewer dat met hulpverlener psychologen, geestelijken, kruidengenezers, acupuncturisten en andere professionele genezers werden bedoeld.
- Aan de mensen die aangaven over hun problematiek gesproken te hebben, werd vervolgens gevraagd: Hoe oud was u de eerste keer dat u met een hulpverlener sprak over uw [gevolgd door het van toepassing zijnde kernsymptoom van de psychische aandoening]?
- Aan de mensen die aangaven over hun problematiek gesproken te hebben, werd ook gevraagd: Kreeg u ooit een behandeling voor uw [gevolgd door het betreffende kernsymptoom van de psychische aandoening] waar u baat bij had?.
- Aan de mensen die aangaven ooit baat bij hun behandeling te hebben gehad, werd vervolgens gevraagd: Hoe oud was u de eerste keer dat u baat had bij een behandeling voor uw [gevolgd door het van toepassing zijnde kernsymptoom van de psychische aandoening]?

In de CIDI sectie over gedragsstoornis werd niet gevraagd naar zorggebruik vanwege deze aandoening, maar naar ervaringen met politie en justitie. Aangezien deze vragen niet vergelijkbaar zijn met die in andere CIDI secties, kon niet worden nagegaan hoeveel tijd er verstrijkt na het ontstaan van een gedragsstoornis en het eerste contact met hulpverleningsinstanties vanwege de gedragsproblematiek. Gedragsstoornis wordt in dit rapport daarom buiten beschouwing gelaten.

2.4 Meting van andere kenmerken

Demografische kenmerken

De volgende demografische kenmerken zijn in de analyses voor dit rapport meegenomen:

- Geslacht (vrouw, man);
- Leeftijd (18 t/m 24, 25 t/m 34, 35 t/m 44, 45 t/m 54, 55 t/m 64 jaar);
- Opleidingsniveau (lager onderwijs, LBO/MAVO, MBO/HAVO/VWO, HBO/universiteit).

Psychische aandoeningen

In NEMESIS-2 zijn met de CIDI 3.0 DSM-IV diagnoses bepaald. De volgende aandoeningen zijn in de analyses voor dit rapport meegenomen:

- Stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis [manisch-depressief]);
- Angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis);
- Middelendoornissen (alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik of drugsafhankelijkheid);
- ADHD en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis.

In dit rapport is voor de mensen met deze stoornissen onderzocht in hoeverre zij hulp hebben gezocht voor hun problemen. Daarnaast is ook gekeken hoe dat zit voor mensen met enigerlei psychische aandoening (uitgaande van alle in NEMESIS-2 vastgestelde As-1 diagnoses).

Het vóórkomen van psychische aandoeningen is bepaald over het gehele leven (lifetime prevalentie).

Bij degenen met een lifetime aandoening is verder gevraagd wanneer deze zich voor het eerst voordeed en hoe oud de persoon was. De aanvangsleeftijd van de aandoening werd in vier categorieën onderverdeeld (0 t/m 12 jaar, 13 t/m 19 jaar, 20 t/m 29 jaar, >29 jaar); een indeling die overeenkomt met belangrijke levensfasen van een individu en die ook eerder in vergelijkbaar onderzoek is gehanteerd (Bruffaerts e.a., 2010).

2.5 Statistische analyses

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn gangbare statistische analyses uitgevoerd, zoals het berekenen van percentages en gemiddelden, en het uitvoeren van regressie analyses. Alle analyses zijn uitgevoerd op gewogen data, zodat we de resultaten kunnen vertalen naar de algemene bevolking. In de Cox regressie analyses is dit niet gedaan, omdat we ook wilden kijken of het effect van een risico-indicator varieerde over de tijd (zie verderop voor een toelichting op Cox regressie analyses), hetgeen alleen op ongewogen data kan worden onderzocht. Alle analyses zijn uitgevoerd met het statistische pakket STATA versie 11.

Als eerste is in kaart gebracht hoe vaak psychische aandoeningen vóórkomen in de bevolking en op welke leeftijd deze ontstaan (tabel 1), omdat deze informatie de uitkomsten van dit rapport in een breder geheel plaatsen.

Onderzoeksvraag 1 'In hoeverre zoeken mensen met psychische aandoeningen hulp voor hun problemen en als zij dit doen hoeveel tijd is dat na het ontstaan van de problematiek?' is beantwoord met behulp van het berekenen van percentages en gemiddelden (tabellen 2.1 en 2.2). Omdat de tijd tussen ontstaan van de stoornis en eerste zorgcontact scheef verdeeld is – relatief veel mensen zoeken hulp in hetzelfde jaar als waarin de stoornis begon – is ook de mediane tijd tussen beide gebeurtenissen berekend. De mediaan geeft aan hoeveel tijd er verstrijkt tussen beide gebeurtenissen voor de helft van de populatie; in dit geval mensen met een stoornis die daarvoor hulp zochten.

Onderzoeksvraag 2 'Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen, risico-indicatoren van het zoeken van hulp voor hun problemen?' is beantwoord met behulp van Cox regressie analyses (tabel 3). Voor vier groepen afzonderlijk zijn risico-indicatoren van zorggebruik bepaald: mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis en enigerlei psychische aandoening. De groep met ADHD of een oppositionele gedragsstoornis was te klein om apart te onderzoeken. Met behulp van Cox regressie analyse kan worden opgemaakt of mensen met een bepaald kenmerk meer of juist minder kans hebben om zorg te gebruiken dan de referentiegroep. Risicogroepen zijn vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken en de aanvangsleeftijd van

de psychische aandoening. Een Cox regressie analyse houdt rekening met het feit dat respondenten op het moment van het interview geen zorg voor hun psychische aandoening kunnen hebben gehad ('censoring'). Deze analyse resulteert in hazard ratio's. Een hazard ratio kan worden opgevat als een relatief risico en is in zekere zin een combinatie maat voor een verschil tussen groepen in het percentage dat zorggebruik rapporteert alsook in de tijd tot aan het eerste zorgcontact. Het kan immers zijn dat vrouwen met een stemmingsstoornis even vaak zorggebruik rapporteren als mannen met een stemmingsstoornis, maar dat vrouwen de zorg sneller na het ontstaan van hun stemmingsstoornis zoeken vergeleken met mannen. Een logistische regressie analyse kijkt alleen naar een verschil tussen groepen in het percentage dat zorggebruik rapporteert. Een Cox regressie analyse houdt ook rekening met een verschil in tijd vanaf het ontstaan van de stoornis tot en met het eerste zorgcontact daarvoor tussen groepen.

Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 2 is ook onderzocht of het effect van een risico-indicator varieerde over de tijd. Indien dit zo was, is het effect van een risico-indicator op het voor het eerst zoeken van hulp na het ontstaan van de stoornis voor meerdere tijdsperioden aangegeven. Deze perioden zijn: 0 t/m 2 jaar en >2 jaar na het ontstaan van een stoornis, en reflecteren het al of niet tijdig inschakelen van hulp na het ontstaan van psychische problemen.

Bij onderzoeksvraag 3 'Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, risico-indicatoren van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor?' is berekend met behulp van 'generalized linear models' (GLM), waarbij vanwege de scheef verdeelde uitkomstvariabele een gammaverdeling en een 'log-link' functie werd gehanteerd (tabel 4). Zoals gezegd, relatief veel mensen zoeken hulp in hetzelfde jaar als waarin de stoornis begon. Voor vier groepen afzonderlijk zijn risico-indicatoren van de tijd tussen ontstaan van de stoornis en het eerste zorgcontact bepaald: mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis en enigerlei psychische aandoening die ook daadwerkelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht. De groep met ADHD of een oppositionele gedragsstoornis die zorg voor hun problematiek had gebruikt was te klein om apart te onderzoeken. In de analyses is de gemiddelde extra duur in jaren berekend tussen het begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact voor mensen met een bepaald kenmerk ten opzichte van de gemiddelde duur in jaren tussen beide gebeurtenissen voor mensen uit de referentie categorie. Deze gemiddelde *extra* duur wordt ook wel gemiddelde *additionele* duur genoemd. Risicogroepen zijn vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken en de aanvangsleeftijd van de psychische aandoening.

Onderzoeksvraag 4 'In hoeverre ervaren mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, baat bij de ontvangen hulp en als zij dit hebben ervaren hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact voor hun psychische problemen?' is beantwoord met behulp van het berekenen van percentages, en de gemiddelde en mediane tijd tussen beide gebeurtenissen (tabellen 5.1 en 5.2).

Onderzoeksvraag 5 'Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die voor hun problemen hulp hebben gezocht, risico-indicatoren van het ervaren van baat bij de

ontvangen hulp?' is evenals onderzoeksvraag 2 beantwoord met Cox regressie analyses (tabel 6). Alleen voor de totale groep mensen met enigerlei psychische aandoening die voor hun problemen hulp hebben gezocht, zijn risico-indicatoren van het hebben ervaren van baat bij behandeling bepaald, omdat een verdere uitsplitsing vanwege te kleine aantallen niet mogelijk was.

Onderzoeksvraag 6 'Wat zijn bij mensen met psychische aandoeningen die baat bij de ontvangen hulp hebben ervaren, risico-indicatoren van de tijd tussen het eerste zorg-contact voor hun problemen en het ervaren van baat bij behandeling ervan?' is evenals onderzoeksvraag 3 beantwoord met behulp van 'generalized linear models' (GLM) waarbij een gammaverdeling en een 'log-link' functie werd gehanteerd (tabel 6). Ook hier werd vanwege de aantallen alleen uitgegaan van de groep mensen met enigerlei psychische aandoening die baat bij behandeling van hun problemen hebben ervaren.

In alle analyses is uitgegaan van tweezijdige toetsing waarbij als significantieniveau $p \leq 0,05$ werd gehanteerd.

3 Resultaten

3.1 Hoe vaak komen psychische aandoeningen voor in de bevolking en op welke leeftijd ontstaan deze?

Tabel 1 laat zien dat één op de vijf mensen ooit in het leven een stemmingsstoornis, angststoornis of een middelenstoornis heeft gehad. Eén op de 20 heeft ooit in het leven ADHD of een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) in de kindertijd gehad. De drie meest voorkomende afzonderlijke psychische aandoeningen zijn depressieve stoornis (18,7%), alcoholmisbruik (14,3%) en sociale fobie (9,3%).

De gemiddelde leeftijd waarop mensen voor het eerst een stemmingsstoornis krijgen is 28 jaar. Deze leeftijd ligt beduidend lager voor een angststoornis; dat komt vooral omdat twee van de vijf angststoornissen (specifieke en sociale fobie) in de vroege adolescentie ontstaan. De gemiddelde leeftijd waarop mensen voor het eerst een middelenstoornis krijgen is 22 jaar, en dat verschilt niet sterk naar type stoornis (alcohol, drugs, misbruik, afhankelijkheid). Inherent aan de definitie van ADHD en ODD is dat de aandoening in de kindertijd of adolescentie is ontstaan; bij de helft van de mensen met ADHD ontstond de aandoening in of voor het zesde levensjaar en bij de helft van de mensen met ODD was dat in of voor het elfde levensjaar.

Tabel 1 Psychische aandoeningen in de algemene bevolking naar mate van vóórkomen ooit in het leven en aanvangsleeftijd, in ongewogen aantallen en gewogen percentages, gemiddelde en mediane leeftijden

		Mate van vóórkomen ooit in het leven	Aanvangsleeftijd psychische aandoening ¹	
	n	% (95% BI)	gemiddelde (95% BI)	mediaan ²
Stemmingsstoornis	1400	20,2 (19,0-21,4)	28,2 (27,2-29,2)	28
Depressieve stoornis	1309	18,7 (17,6-19,9)	28,7 (27,7-29,7)	29
Dysthymie	86	1,3 (1,0-1,7)	19,4 (16,7-22,1)	19
Bipolaire stoornis	82	1,3 (1,0-1,7)	23,9 (21,1-26,8)	25
Angststoornis	1335	19,6 (18,3-21,0)	15,1 (14,5-15,8)	12
Paniekstoornis	261	3,8 (3,2-4,4)	25,8 (23,6-28,0)	26
Agorafobie	70	0,9 (0,7-1,2)	21,6 (18,5-24,7)	19
Sociale fobie	619	9,3 (8,3-10,4)	12,5 (11,9-13,1)	12
Specifieke fobie	552	7,9 (7,0-8,9)	10,6 (9,7-11,5)	7
Gegeneraliseerde angststoornis	304	4,5 (3,9-5,1)	25,2 (23,1-27,3)	25
Middelenstoornis	1128	19,1 (17,3-21,0)	21,9 (21,3-22,5)	20
Alcoholmisbruik	825	14,3 (12,9-15,9)	21,7 (21,0-22,4)	20
Alcoholafhankelijkheid	113	2,0 (1,5-2,7)	23,0 (21,0-24,9)	21
Drugsmisbruik	225	3,8 (3,3-4,4)	21,8 (20,4-23,3)	20
Drugsafhankelijkheid	107	2,2 (1,7-2,8)	22,2 (20,6-23,9)	21
ADHD of ODD ³	144	5,1 (4,1-6,4)	8,5 (7,4-9,5)	7
ADHD	74	3,0 (2,2-4,0)	6,7 (5,4-8,0)	6
Oppositieel opstandige gedragsstoornis (ODD)	80	2,6 (1,9-3,5)	10,4 (8,9-11,9)	11
Enigerlei psychische stoornis	2777	42,7 (40,6-44,8)	19,4 (18,8-20,0)	18

ADHD: Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit.

¹ Aanvangsleeftijd psychische aandoening: leeftijd waarop de psychische aandoening voor het eerst ontstond.

² De mediaan is de waarde die het midden van de dataset aangeeft indien de aanvangsleeftijden van alle mensen met een bepaalde psychische aandoening op volgorde worden gezet ofwel de waarde die voor de helft van de respondenten geldt.

³ ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.

3.2 In hoeverre zoeken mensen hulp voor hun psychische aandoeningen en hoeveel tijd is dat na het ontstaan van de problematiek?

Tabel 2.1 laat zien dat vier op de vijf mensen met een stemmingsstoornis op enig moment in hun leven enigerlei hulp zoekt voor hun specifieke aandoening. Dat geldt ook voor de mensen met een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis. Mensen met een fobie zoeken minder vaak hulp; afhankelijk van de type angst zoekt ongeveer 41%-71% van de mensen met een fobie op enig moment in hun leven

enigerlei hulp voor hun specifieke aandoening. Slechts één op de zes mensen met een middelenstoornis zoekt hulp voor hun problemen. Dit percentage verschilt nogal naar type stoornis: 37%-57% van de mensen met een middelenaafhankelijkheid zoekt op enig moment in hun leven enige hulp voor hun verslaving tegenover 7%-21% van de mensen met middelenmisbruik. Mensen met ADHD of een ODD in de kindertijd komen vaker in zorg; twee op de drie met ADHD heeft met een arts of andere hulpverlener gesproken over hun problemen en twee op de vijf met een ODD in de kindertijd heeft ooit zorg gebruikt.

Tabel 2.1 Zorggebruik voor psychische aandoeningen in de algemene bevolking, in ongewogen aantallen en gewogen percentages

	n	Ooit zorg gebruikt ¹ % (95% BI)
Stemmingsstoornis	1400	81,8 (79,0-84,3)
Depressieve stoornis	1309	82,3 (79,2-85,0)
Dysthymie	86	91,4 (80,1-96,5)
Bipolaire stoornis	82	75,3 (61,2-85,4)
Angststoornis	1335	60,9 (57,3-64,3)
Paniekstoornis	261	90,1 (84,4-93,9)
Agorafobie	70	71,0 (59,4-80,4)
Sociale fobie	619	49,7 (44,9-54,5)
Specifieke fobie	552	40,6 (35,7-45,7)
Gegeneraliseerde angststoornis	304	83,8 (77,9-88,3)
Middelenstoornis	1128	16,7 (14,2-19,5)
Alcoholmisbruik	825	6,5 (4,9-8,4)
Alcoholafhankelijkheid	113	36,9 (24,7-51,1)
Drugsmisbruik	225	21,2 (15,0-29,1)
Drugsafhankelijkheid	107	56,5 (44,6-67,8)
ADHD of ODD²	144	55,3 (45,0-65,2)
ADHD	74	67,7 (52,0-80,3)
Oppositieel opstandige gedragsstoornis (ODD)	80	42,3 (30,4-55,2)
Enigerlei psychische stoornis	2777	56,0 (53,6-58,3)

ADHD: Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit.

¹ Ooit zorg gebruikt: ooit met een arts of andere hulpverlener gesproken over de betreffende psychische aandoening.

² ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.

Tabel 2.2 laat bij de mensen met een psychische aandoening die voor hun problemen hulp hebben gezocht, zien hoeveel tijd er tussen het ontstaan van de stoornis en het eerste zorgcontact verstrijkt. Meer dan de helft van de mensen met een stemmingsstoornis zoekt hulp in hetzelfde jaar als waarin de aandoening ontstond. Eén op de

tien deed dat zelfs voordat hun klachten aan de criteria van een stemmingsstoornis voldeden. Anders gezegd: bij de helft van de mensen met een stemmingsstoornis die hulp hebben gezocht voor hun problemen, verstrijkt er 0 jaar tussen het begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor. Een vergelijkbaar beeld is te zien bij mensen met een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis die voor hun problemen hulp hebben gezocht: meer dan de helft deed dit in hetzelfde jaar als waarin de aandoening ontstond of voordat de klachten aan de criteria van de betreffende psychische aandoening voldeden. Bij de mensen met een sociale of specifieke fobie die voor hun problemen hulp hebben gezocht zien we een ander beeld: daar zoekt de meerderheid, zelfs acht op de tien, hulp tenminste één jaar *nadat* de fobie is ontstaan. Eerder zagen we dat mensen met ADHD in de kindertijd vaker met een arts of een andere hulpverlener over hun problemen hebben gesproken dan mensen met een ODD in de kindertijd, maar als zij dit doen dan doen zij dat vaker nadat de aandoening is ontstaan: acht op de tien mensen met ADHD in de kindertijd zoekt tenminste één jaar nadat de aandoening is ontstaan hulp voor hun problemen tegenover twee op de drie mensen met een ODD in de kindertijd.

In het bovenstaande krijgen we al een indruk hoe snel mensen na het ontstaan van psychische klachten hulp zoeken. Als we de tijd tussen het begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact berekenen, dan valt op dat mensen met een stemmingsstoornis gemiddeld 3-6 jaar na het ontstaan van hun aandoening enigerlei hulp voor hun problemen zoeken. Eenzelfde beeld zien we bij mensen met een paniekstoornis of generaliseerde angststoornis. Als mensen met een fobie hulp zoeken dan is dat gemiddeld 6-18 jaar na het ontstaan van hun aandoening. Eerder zagen we dat mensen met een middelenstoornis minder vaak hulp zoeken dan mensen met ADHD of een ODD in de kindertijd, maar als zij dit doen dan doen zij dat gemiddeld sneller; gemiddeld 2-6 jaar na het ontstaan van de middelenstoornis tegenover 5-8 jaar na het ontstaan van ADHD of een ODD in de kindertijd. Anders gezegd: bij de helft van de mensen met een middelenstoornis die hulp hebben gezocht voor hun problemen, verstrijkt er 2 jaar tussen het begin van de aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor. Bij de helft van de mensen met ADHD of een ODD in de kindertijd verstrijkt er 6 jaar tussen beide gebeurtenissen.

Tabel 2.2 Zorggebruik in relatie tot de aanvangsleeftijd van de psychische aandoening, in ongewogen aantallen en gewogen percentages, gemiddelde en mediane duur (in jaren) tussen beide gebeurtenissen

		Zorggebruik voordat de psychische aandoening begon	Zorggebruik in hetzelfde jaar als waarin de psychische aandoening begon	Zorggebruik tenminste één jaar nadat de psychische aandoening begon	Tijd tussen begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact ¹	
	n	% (95% BI)	% (95% BI)	% (95% BI)	gemiddelde (95% BI)	mediaan ²
Stemmingsstoornis	1173	9,9 (7,7-12,5)	58,3 (54,5-62,0)	31,9 (28,3-35,7)	2,8 (2,4-3,3)	0
Depressieve stoornis	1104	9,6 (7,5-12,3)	59,3 (55,4-63,0)	31,1 (27,5-35,0)	2,8 (2,3-3,3)	0
Dysthymie	78	13,4 (6,6-25,1)	32,5 (20,0-48,1)	54,1 (37,9-69,5)	6,2 (3,6-8,8)	0
Bipolaire stoornis	63	18,0 (5,9-43,8)	46,6 (31,2-62,7)	35,4 (20,8-53,3)	2,7 (1,1-4,2)	0
Angststoornis	805	3,2 (1,9-5,5)	25,5 (22,2-29,1)	71,2 (67,2-75,0)	11,8 (10,9-12,7)	9
Paniekstoornis	232	2,1 (0,8-5,5)	60,6 (53,4-67,3)	37,3 (30,6-44,6)	3,5 (2,4-4,5)	0
Agorafobie	50	1,4 (0,2-10,5)	42,4 (26,4-60,1)	56,2 (38,7-72,4)	6,2 (3,3-9,1)	1
Sociale fobie	308	1,6 (0,6-4,2)	14,2 (9,7-20,4)	84,2 (78,1-88,8)	13,5 (11,9-15,1)	12
Specifieke fobie	229	2,8 (0,5-13,9)	11,0 (6,6-17,8)	86,1 (77,8-91,7)	18,1 (15,8-20,3)	19
Gegeneraliseerde angststoornis	251	10,2 (6,4-16,0)	45,8 (36,8-55,1)	44,0 (34,2-54,2)	5,3 (3,9-6,6)	0
Middelenstoornis	201	11,3 (7,5-16,7)	25,5 (19,5-32,6)	63,1 (55,1-70,5)	4,3 (3,5-5,1)	2
Alcoholmisbruik	60	16,0 (7,5-31,0)	35,1 (22,8-49,8)	48,9 (34,3-63,6)	3,2 (1,9-4,4)	1
Alcoholafhankelijkheid	55	8,6 (2,5-25,3)	22,3 (8,2-48,1)	69,1 (45,6-85,7)	5,8 (3,8-7,8)	4
Drugsmisbruik	51	21,9 (12,4-35,7)	27,5 (17,8-39,8)	50,6 (36,0-65,1)	5,3 (2,6-7,9)	0
Drugsafhankelijkheid	61	10,2 (4,4-22,0)	21,3 (12,5-33,9)	68,5 (53,7-80,3)	2,4 (1,6-3,2)	1
ADHD of ODD ³	73	7,7 (1,4-32,4)	8,7 (3,6-19,8)	83,5 (65,1-93,2)	7,5 (5,2-9,9)	6
ADHD	48	9,2 (1,2-45,8)	2,9 (0,6-12,2)	87,9 (57,2-97,5)	8,1 (5,0-11,3)	8
Oppositieel opstandige gedragsstoornis (ODD)	29	3,3 (0,5-19,1)	29,1 (11,2-57,3)	67,5 (35,6-88,7)	5,2 (2,1-8,3)	4
Enigerlei psychische stoornis	1636	5,5 (4,3-7,1)	30,8 (28,1-33,7)	63,7 (60,6-66,6)	9,3 (8,6-9,9)	4

ADHD: Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit.

¹ Bij de mensen die zorg hebben gebruikt voordat de psychische aandoening begon is de tijd tussen beide gebeurtenissen op 0 jaar gezet. Bij de mensen waarin het zorggebruik in hetzelfde jaar plaatsvond als waarin de psychische aandoening begon is de tijd tussen beide gebeurtenissen 0 jaar. Bij de mensen die zorg hebben gebruikt nadat de psychische aandoening begon, is de tijd tussen beide gebeurtenissen als uitgangspunt genomen.

² De mediaan is de waarde die voor de helft van de respondenten geldt.

³ ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.

3.3 Wat zijn risico-indicatoren van het zoeken van hulp voor psychische aandoeningen?

Uit tabel 3 kan worden opgemaakt welke groepen meer of minder kans hebben om op enig moment in hun leven enigerlei hulp voor hun specifieke aandoening te zoeken. Als we uitgaan van de mensen met een stemmingsstoornis, dan blijkt dat vrouwen een even grote kans hebben op een eerste zorgcontact voor hun klachten als mannen. De kans op zorggebruik is ook niet gerelateerd aan opleidingsniveau. Dat betekent dat mensen met een stemmingsstoornis die alleen lager onderwijs hebben genoten evenveel kans hebben op een eerste zorgcontact voor hun aandoening als mensen met een stemmingsstoornis die een hogere opleiding hebben afgerond. De kans op zorggebruik is wel gerelateerd aan de leeftijd van respondenten en de aanvangsleeftijd van de stemmingsstoornis. Zo hebben volwassenen met een stemmingsstoornis in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar een ruim anderhalf keer zo lage kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening (adj. HR=1/0,59=1,69) dan volwassenen met een stemmingsstoornis in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar. Het effect van de aanvangsleeftijd van de stemmingsstoornis op een eerste zorgcontact ligt ingewikkelder, omdat dit effect varieert over de tijd. Zo is er geen effect van de aanvangsleeftijd van de stemmingsstoornis op een eerste zorgcontact wanneer er meer dan twee jaar na het ontstaan van de stoornis is verstreken, maar is er wel een effect van de aanvangsleeftijd van de stemmingsstoornis op een eerste zorgcontact in de twee jaar nadat de stoornis begon. Om een voorbeeld te geven: Uitgaande van de mensen met een stemmingsstoornis die in de twee jaar nadat deze stoornis begon al of niet een eerste zorgcontact hebben gehad, hebben mensen bij wie de stoornis vóór het 13^{de} levensjaar begon een ruim vijf keer zo lage kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening (adj. HR=1/0,19=5,26) vergeleken met volwassenen bij wie de stemmingsstoornis na het 29^{ste} levensjaar begon.

Als we uitgaan van de mensen met een angststoornis, dan zien we dezelfde risico-indicatoren voor zorggebruik. Nu blijken de effecten van leeftijd en aanvangsleeftijd van de stoornis op het eerste zorgcontact te variëren over de tijd. Zo is een oudere leeftijd gerelateerd aan een verlaagde kans om zorg te gebruiken voor een angststoornis en dit geldt vooral wanneer er meer dan twee jaar na het ontstaan van de stoornis is verstreken. In cijfers uitgedrukt: volwassenen met een angststoornis in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar hebben een ruim drie keer zo lage kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening in de twee jaar nadat de angststoornis begon (adj. HR=1/0,30=3,33) en deze kans is ruim acht keer zo laag wanneer er meer dan twee jaar na het ontstaan van de angststoornis is verstreken (adj. HR=1/0,12=8,33) vergeleken met volwassenen met een angststoornis in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar. Daarnaast is een jongere aanvangsleeftijd van de aandoening gerelateerd aan een verlaagde kans om zorg te gebruiken voor een angststoornis en dit geldt vooral in de twee jaar na het ontstaan van de stoornis. In cijfers uitgedrukt: mensen bij wie de angststoornis vóór het 13^{de} levensjaar begon hebben een ruim 33 keer zo lage kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening in de twee jaar nadat de angststoornis begon (adj. HR=1/0,03=33,33) en deze kans is ruim vier keer zo laag

wanneer er meer dan twee jaar na het ontstaan van de angststoornis is verstreken (adj. HR=1/0,24=4,17) vergeleken met volwassenen bij wie de angststoornis na het 29^{ste} levensjaar begon.

Als we uitgaan van de mensen met een middelenstoornis, dan zien we dat naast een oudere leeftijd en een jongere aanvangsleeftijd van de aandoening ook een hogere opleiding gerelateerd is aan een verlaagde kans op zorggebruik. Mensen met een middelenstoornis die een HBO of universitaire opleiding hebben afgerond hebben een twee keer zo lage kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening (adj. HR=1/0,48=2,08) dan mensen met een middelenstoornis die alleen lager onderwijs hebben genoten.

Als we uitgaan van de mensen met enigerlei psychische aandoening, dan zien we dat mannen, oudere volwassenen, en mensen bij wie de aandoening op jongere leeftijd begon een lagere kans hebben om op enig moment in hun leven enigerlei hulp voor hun specifieke aandoening te zoeken.

Tabel 3 Demografische risico-indicatoren van zorggebruik voor psychische aandoeningen, in adjusted hazard ratio's

	Zorggebruik voor de psychische aandoening			
	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Middelenstoornis	Enigerlei psychische stoornis
	n=1400	n=1335	n=1128	n=2777
	adj. HR (95% BI) ¹	adj. HR (95% BI) ¹	adj. HR (95% BI) ¹	adj. HR (95% BI) ¹
<i>Geslacht (Ref: man)</i>				
Vrouw	1,13 (1,00-1,28)	1,07 (0,92-1,23)	1,05 (0,78-1,42)	1,65 (1,49-1,83)
<i>Leeftijd (Ref.: 18-24 jaar)</i>				
25-34	0,85 (0,63-1,16)		1,10 (0,60-2,02)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis		0,47 (0,27-0,80)		0,78 (0,56-1,10)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis		0,53 (0,34-0,83)		0,51 (0,36-0,71)
35-44	0,74 (0,55-1,00)		0,58 (0,31-1,11)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis		0,30 (0,18-0,50)		0,57 (0,41-0,80)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis		0,30 (0,20-0,47)		0,34 (0,24-0,47)
45-54	0,62 (0,46-0,85)		0,42 (0,22-0,82)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis		0,31 (0,18-0,52)		0,49 (0,35-0,69)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis		0,24 (0,15-0,38)		0,26 (0,19-0,36)
55-64	0,59 (0,43-0,81)		0,34 (0,17-0,69)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis		0,30 (0,18-0,50)		0,47 (0,33-0,67)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis		0,12 (0,07-0,19)		0,15 (0,11-0,22)
<i>Aanvangsleeftijd psychische aandoening (Ref.: 30-64 jaar)</i>				
0-12			0,42 (0,13-1,39)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis	0,19 (0,12-0,31)	0,03 (0,02-0,05)		0,08 (0,06-0,10)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis	0,84 (0,55-1,28)	0,24 (0,15-0,40)		0,61 (0,44-0,84)
13-19			0,23 (0,14-0,35)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis	0,49 (0,39-0,60)	0,14 (0,10-0,21)		0,17 (0,14-0,22)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis	1,28 (0,87-1,86)	0,38 (0,23-0,64)		0,63 (0,45-0,88)
20-29			0,45 (0,30-0,66)	
Zorggebruik ≤ 2 jaar na begin stoornis	0,74 (0,63-0,87)	0,50 (0,37-0,68)		0,49 (0,41-0,59)
Zorggebruik > 2 jaar na begin stoornis	1,07 (0,72-1,58)	0,41 (0,22-0,74)		0,58 (0,41-0,83)
<i>Opleiding (Ref.: lager onderwijs)</i>				
LBO, MAVO	0,95 (0,72-1,25)	0,97 (0,69-1,35)	0,89 (0,53-1,51)	0,89 (0,71-1,12)
MBO, HAVO, VWO	0,99 (0,76-1,30)	1,22 (0,88-1,70)	0,65 (0,39-1,11)	0,96 (0,77-1,20)
HBO, universiteit	0,97 (0,74-1,28)	1,09 (0,78-1,51)	0,48 (0,28-0,84)	0,93 (0,74-1,17)

Ref. betekent referentie categorie.

¹ adj. HR betekent hazard ratio gecontroleerd voor alle variabelen in de tabel.

De aantallen mensen met ADHD of een oppositioneel opstandige gedragsstoornis waren te klein om de demografische risico-indicatoren van zorggebruik voor hun problematiek te onderzoeken.

3.4 Wat zijn risico-indicatoren van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor?

Tabel 4 gaat uit van de mensen met een psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht en laat zien bij welke groepen meer of minder tijd is verstreken tussen het ontstaan van de aandoening en het eerste zorgcontact daarvoor.

Als we uitgaan van de mensen met een stemmingsstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht, dan blijkt dat vrouwen en mannen even snel na het ontstaan van hun stoornis hiervoor hulp hebben gezocht. De gemiddelde tijdsduur tussen beide gebeurtenissen is ook niet gerelateerd aan opleidingsniveau. Dat betekent dat mensen met een stemmingsstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht en die alleen lager onderwijs hebben genoten gemiddeld evenveel jaar na het ontstaan van hun aandoening hulp hiervoor hebben gezocht vergeleken met degenen die een hogere opleiding hebben afgerond. Het gemiddeld aantal jaren dat verstrijkt tussen het ontstaan van de stemmingsstoornis en het eerste zorgcontact hiervoor is wel gerelateerd aan de leeftijd van respondenten en de aanvangsleeftijd van de stemmingsstoornis. Zo verstrijkt er gemiddeld bijna 6 jaar meer tussen beide gebeurtenissen bij volwassenen in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar vergeleken met volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar, en verstrijkt er gemiddeld 17 jaar meer tussen beide gebeurtenissen bij mensen bij wie de stemmingsstoornis vóór het 13^{de} levensjaar ontstond vergeleken met volwassenen bij wie de stemmingsstoornis na het 29^{ste} levensjaar begon.

Als we uitgaan van de mensen met een angststoornis of een middelenstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht, dan zien we dezelfde risico-indicatoren voor de tijd tussen het ontstaan van de stoornis en het eerste zorgcontact daarvoor. Nu zien we alleen bij mensen met een angststoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht nog sterkere effecten van leeftijd en aanvangsleeftijd van de stoornis op de tijdsduur tussen beide gebeurtenissen. Zo verstrijkt er gemiddeld ruim 18 jaar meer tussen het ontstaan van de angststoornis en het eerste zorgcontact daarvoor bij volwassenen in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar vergeleken met volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar, en verstrijkt er gemiddeld ruim 20 jaar meer tussen beide gebeurtenissen bij mensen bij wie de angststoornis vóór het 13^{de} levensjaar ontstond vergeleken met volwassenen bij wie de angststoornis na het 29^{ste} levensjaar begon.

Als we uitgaan van de mensen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht, dan zien we dat mannen een gemiddeld, bijna drie jaar langere tijdsduur rapporteren tussen het ontstaan van de aandoening en het eerste zorgcontact daarvoor dan vrouwen. Ook hier gaat een oudere leeftijd en een jongere aanvangsleeftijd van de aandoening gepaard met een gemiddeld langere tijdsduur tussen beide gebeurtenissen.

Tabel 4 Demografische risico-indicatoren van de tijd tussen het begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor, in gewogen gemiddelde additionele duur (in jaren) tussen beide gebeurtenissen

	Tijd tussen begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact			
	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Middelenstoornis	Enigerlei psychische stoornis
	n=1173	n=805	n=201	n=1636
	gemiddelde (95% BI) ¹	gemiddelde (95% BI) ¹	gemiddelde (95% BI) ¹	gemiddelde (95% BI) ¹
Geslacht				
Man	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Vrouw	-0,60 (-1,54-0,34)	-1,23 (-3,62-1,15)	-2,45 (-4,94-0,04)	-2,68 (-4,57- -0,80)
Leeftijd (in jaren)				
18-24	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
25-34	0,70 (0,32-1,07)	3,44 (1,33-5,56)	0,71 (-0,43-1,85)	2,00 (1,05-2,94)
35-44	3,17 (2,13-4,22)	8,49 (6,36-10,63)	2,03 (-0,15-4,20)	6,45 (5,40-7,50)
45-54	4,32 (2,92-5,73)	13,20 (8,80-17,60)	7,25 (1,12-13,37)	11,46 (8,62-14,29)
55-64	5,98 (3,34-8,62)	18,33 (11,82-24,84)	10,04 (-0,74-20,83)	20,48 (14,37-26,59)
Aanvangsleeftijd psychische aandoening (in jaren)				
0-12	17,00 (10,84-23,17)	20,48 (18,20-22,76)	12,65 (6,63-18,68)	20,86 (17,73-23,99)
13-19	5,94 (4,23-7,66)	9,20 (7,07-11,33)	6,14 (2,68-9,60)	10,23 (8,53-11,94)
20-29	1,92 (1,20-2,64)	3,42 (2,04-4,81)	4,62 (2,06-7,18)	3,39 (2,51-4,28)
30-64	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Opleiding				
Lager onderwijs	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
LBO, MAVO	-0,25 (-1,97-1,47)	3,83 (-1,78-9,45)	1,26 (-2,16-4,69)	0,15 (-2,99-3,29)
MBO, HAVO, VWO	0,58 (-1,36-2,51)	1,90 (-1,50-5,31)	-0,34 (-3,46-2,79)	1,07 (-2,17-4,31)
HBO, universiteit	1,84 (-0,46-4,13)	2,30 (-1,55-6,15)	0,30 (-2,39-3,00)	1,37 (-2,02-4,76)

Ref. betekent referentie categorie.

¹ Dit is de gemiddelde additionele duur gecontroleerd voor alle andere variabelen in deze tabel. Gemiddelde additionele duur betekent de gemiddelde extra duur in jaren tussen het begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor van de betreffende categorie ten opzichte van deze gemiddelde duur van de referentie categorie.

Gemiddelde in 'vet' weergegeven betekent dat deze significant afwijkt van de gemiddelde duur van de referentie categorie.

De aantallen mensen met ADHD of een oppositioneel opstandige gedragsstoornis die zorg hebben gebruikt waren te klein om de demografische risico-indicatoren van de tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor te onderzoeken.

3.5 In hoeverre ervaren mensen baat bij de hulp voor hun psychische aandoeningen en hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact?

Tabel 5.1 laat zien dat zeven op de tien mensen met een stemmingsstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht, op enig moment in hun leven baat bij deze zorg heeft gehad. Dat geldt ook voor zes op de tien mensen met een angststoornis. Mensen met een specifieke fobie die hulp voor hun problemen hebben gezocht, ervaren minder vaak baat bij hun behandeling; 44%. Slechts één op de drie mensen met een middelstenstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht, ervaart op enig moment in hun leven baat bij deze zorg. Dit percentage verschilt enigszins naar type stoornis: 23%-26% van de mensen met een alcoholstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht ervaart baat bij hun behandeling tegenover 31%-40% van de mensen met een drugsstoornis. Ruim de helft van de mensen met ADHD in de kindertijd die ooit voor hun problemen zorg hebben gebruikt ervaart op enig moment in hun leven baat bij hun behandeling; dit geldt slecht voor één op de zes mensen met een ODD in de kindertijd die met een arts of andere hulpverlener over hun problemen hebben gesproken.

Tabel 5.1 Ervaren baat bij zorggebruik voor psychische aandoeningen, in ongewogen aantallen en gewogen percentages

	n	Ooit baat van zorg gehad ¹
		% (95% BI)
Stemmingsstoornis	1173	69,5 (66,3-72,6)
Depressieve stoornis	1104	70,1 (66,9-73,1)
Dysthymie	78	70,0 (58,3-79,6)
Bipolaire stoornis	63	63,5 (45,4-78,5)
Angststoornis	805	60,6 (56,4-64,7)
Paniekstoornis	232	63,9 (54,5-72,3)
Agorafobie	50	62,1 (43,0-78,1)
Sociale fobie	308	61,1 (52,5-69,0)
Specifieke fobie	229	44,0 (36,2-52,1)
Gegeneraliseerde angststoornis	251	63,9 (56,2-71,0)
Middelstenstoornis	201	33,5 (26,2-41,7)
Alcoholmisbruik	60	23,2 (12,5-39,1)
Alcoholafhankelijkheid	55	25,9 (15,1-40,7)
Drugsmisbruik	51	39,8 (25,7-55,8)
Drugsafhankelijkheid	61	31,0 (17,1-49,5)
ADHD of ODD²	73	42,3 (26,7-59,6)
ADHD	48	53,2 (32,4-72,9)
Oppositieel opstandige gedragsstoornis (ODD)	29	16,2 (5,8-37,7)
Enigerlei psychische stoornis	1636	66,7 (64,0-69,3)

ADHD: Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit.

¹ Ooit baat van zorg gehad: ooit een behandeling voor de betreffende psychische aandoening gekregen waarvan men baat had.

² ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.

Tabel 5.2 laat bij de mensen met een psychische aandoening die voor hun problemen hulp hebben gezocht en die baat van deze zorg hebben gehad, zien hoeveel tijd er tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de behandeling verstrijkt. Zes op de tien mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis of een middelenstoornis ervaart baat bij de behandeling in hetzelfde jaar als waarin zij hulp voor hun aandoening hebben gezocht. Datzelfde geldt voor vier op de tien mensen met ADHD of ODD in de kindertijd. Anders gezegd: bij de helft van de mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis of een middelenstoornis die baat bij hun behandeling hebben ervaren, verstrijkt er 0 jaar tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij de behandeling. Bij de helft van de mensen met ADHD of een ODD in de kindertijd verstrijkt er 1 jaar tussen beide gebeurtenissen.

Als we de tijd tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling berekenen, dan valt op dat mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis of een middelenstoornis gemiddeld ruim twee jaar na het eerste zorgcontact baat bij hun behandeling ervaren. Ondanks dat mensen met ADHD of een ODD in de kindertijd minder vaak dan mensen met een andere stoornis baat bij hun behandeling ervaren, gaat er gemiddeld minder tijd overheen alvorens zij deze baat bij behandeling ervaren; gemiddeld 1 jaar na het eerste zorgcontact voor hun problemen.

Tabel 5.2 Ervaren baat bij zorggebruik in relatie tot de aanvangsleeftijd van het eerste zorgcontact voor de psychische aandoening, in ongewogen aantallen en gewogen percentages, gemiddelde en mediane duur (in jaren) tussen beide gebeurtenissen

		Baat van zorg gehad in hetzelfde jaar als waarin het eerste zorgcontact plaatsvond	Baat van zorg gehad tenminste één jaar na het eerste zorgcontact	Tijd tussen het eerste zorgcontact en de ervaren baat bij de behandeling ¹	
	n	% (95% BI)	% (95% BI)	gemiddelde (95% BI)	mediaan ²
Stemmingsstoornis	813	64,7 (59,9-69,3)	35,3 (30,7-40,1)	2,2 (1,9-2,6)	0
Angststoornis	499	60,7 (54,9-66,2)	39,3 (33,8-45,1)	2,5 (2,0-3,0)	0
Middelenstoornis	73	66,4 (52,1-78,3)	33,6 (21,7-47,9)	2,3 (0,9-3,7)	0
ADHD of ODD ³	30	40,3 (20,2-64,4)	59,7 (35,6-79,8)	1,0 (0,5-1,6)	1
Enigerlei psychische stoornis	1100	61,9 (57,8-65,8)	38,1 (34,2-42,2)	2,7 (2,3-3,1)	0

¹ Bij de mensen die baat van zorg hebben gehad in het jaar waarin het eerste zorgcontact plaatsvond is de tijd tussen beide gebeurtenissen 0 jaar. Bij de mensen die baat van zorg hebben gehad tenminste één jaar nadat het eerste zorgcontact plaatsvond, is de tijd tussen beide gebeurtenissen als uitgangspunt genomen.

² De mediaan is de waarde die voor de helft van de respondenten geldt.

³ ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.

Een verdere uitsplitsing binnen bovenstaande hoofdgroepen van psychische aandoeningen was vanwege de kleine aantallen niet mogelijk.

3.6 Wat zijn risico-indicatoren van het ervaren van baat bij de ontvangen hulp en van de tijd tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling?

De eerste kolom met resultaten uit tabel 6 laat zien welke groepen meer of minder kans hebben om op enig moment in hun leven baat bij hun behandeling te ervaren. Als we uitgaan van de mensen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht, dan blijkt dat vrouwen een iets verhoogde kans hebben om baat bij hun behandeling te ervaren (adj. HR=1,17) dan mannen. Het omgekeerde geldt voor volwassenen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht bij wie de aandoening vóór het 13^{de} levensjaar begon; zij hebben een bijna anderhalf keer zo lage kans op het ervaren van baat bij behandeling voor hun aandoening (adj. HR=1/0,73=1,37) vergeleken met volwassenen bij wie de stoornis na het 29^{ste} levensjaar begon. De kans op het ervaren van baat bij behandeling is *niet* gerelateerd aan de leeftijd van respondenten en ook niet aan hun opleidingsniveau. Dat betekent dat jongere volwassenen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht een even grote kans hebben op het ervaren van baat bij behandeling als oudere volwassenen, en dat mensen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht en die alleen lager onderwijs hebben genoten evenveel kans hebben op het ervaren van baat bij behandeling als mensen die een hogere opleiding hebben afgerond.

De tweede kolom met resultaten uit tabel 6 laat zien bij welke groepen meer of minder tijd is verstreken tussen het eerste zorgcontact voor hun psychische aandoening en het moment waarop zij baat bij hun behandeling hebben ervaren. Als we uitgaan van de mensen met enigerlei psychische aandoening die baat bij hun behandeling hebben ervaren, dan blijkt dat vrouwen gemiddeld één jaar meer na het ontstaan van hun eerste zorgcontact baat bij hun behandeling ervaren dan mannen. Het gemiddeld aantal jaren dat verstrijkt tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling is ook gerelateerd aan de leeftijd van respondenten en de aanvangsleeftijd van de aandoening. Zo verstrijkt er gemiddeld 2,5 jaar meer tussen beide gebeurtenissen bij volwassenen in de leeftijdscategorie 45 t/m 54 jaar vergeleken met volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar, en verstrijkt er gemiddeld bijna 4 jaar meer tussen beide gebeurtenissen bij mensen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond vergeleken met volwassenen bij wie de aandoening na het 29^{ste} levensjaar begon. De gemiddelde tijdsduur tussen beide gebeurtenissen is *niet* gerelateerd aan opleidingsniveau. Dat betekent dat mensen met een psychische aandoening die baat bij hun behandeling hebben ervaren en die alleen lager onderwijs hebben genoten gemiddeld evenveel jaar na het eerste zorgcontact baat bij hun behandeling rapporteren als degenen die een hogere opleiding hebben afgerond.

Tabel 6 Demografische risico-indicatoren van ervaren baat bij zorggebruik voor enigerlei psychische aandoening, in adjusted hazard ratio's, en demografische risico-indicatoren van de tijd tussen het eerste zorgcontact en de ervaren baat bij behandeling voor enigerlei psychische aandoening, in gewogen gemiddelde additionele duur (in jaren) tussen beide gebeurtenissen

	Baat van zorg gehad voor enigerlei psychische aandoening	Tijd tussen het eerste zorgcontact en de ervaren baat bij behandeling voor enigerlei psychische aandoening
	n=1636	n=1100
	adj. HR (95% BI) ¹	gemiddelde (95% BI) ²
<i>Geslacht</i>		
Man	Ref.	Ref.
Vrouw	1,17 (1,03-1,33)	1,02 (0,15-1,89)
<i>Leeftijd (in jaren)</i>		
18-24	Ref.	Ref.
25-34	1,10 (0,80-1,50)	0,19 (-1,14-1,53)
35-44	1,05 (0,78-1,41)	0,51 (-1,06-2,08)
45-54	1,02 (0,76-1,38)	2,51 (0,56-4,46)
55-64	0,93 (0,68-1,27)	2,03 (0,05-4,00)
<i>Aanvangsleeftijd psychische aandoening (in jaren)</i>		
0-12	0,73 (0,62-0,86)	3,80 (2,47-5,12)
13-19	0,86 (0,72-1,03)	1,52 (0,59-2,45)
20-29	0,84 (0,70-1,02)	1,19 (0,21-2,17)
30-64	Ref.	Ref.
<i>Opleiding</i>		
Lager onderwijs	Ref.	Ref.
LBO, MAVO	1,14 (0,85-1,52)	-0,58 (-2,68-1,53)
MBO, HAVO, VWO	1,19 (0,89-1,59)	-0,24 (-2,42-1,93)
HBO, universiteit	1,20 (0,90-1,60)	-0,07 (-2,27-2,13)

Ref. betekent referentie categorie.

¹ adj. HR betekent hazard ratio gecontroleerd voor alle variabelen in de tabel.

² Dit is de gemiddelde additionele duur gecontroleerd voor alle andere variabelen in deze tabel. Gemiddelde additionele duur betekent de gemiddelde extra duur in jaren tussen het eerste zorgcontact en de ervaren baat bij behandeling voor enigerlei psychische aandoening van de betreffende categorie ten opzichte van deze gemiddelde duur van de referentie categorie.

Gemiddelde in 'vet' weergegeven betekent dat deze significant afwijkt van de gemiddelde duur van de referentie categorie.

De aantallen mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis, ADHD of een oppositiek opstandige gedragsstoornis die zorg hebben gebruikt waren te klein om de demografische risico-indicatoren van ervaren baat bij zorggebruik voor hun problematiek te onderzoeken.

De aantallen mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis, ADHD of een oppositiek opstandige gedragsstoornis die ervaren baat bij zorggebruik voor hun problematiek hebben ervaren waren te klein om de demografische risico-indicatoren van de tijd tussen het eerste zorgcontact en de ervaren baat bij behandeling voor hun problematiek te onderzoeken.

4 Discussie

4.1 Kracht en beperkingen van de studie

Kracht

Voor dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens uit Nemesis-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Dit is een representatief onderzoek bij volwassenen in de algemene bevolking naar psychische problematiek, waarin ook vragen over het zorggebruik voor deze problemen zijn gesteld. Het onderscheidt zich van veel andere bevolkingsstudies doordat volwassenen worden gevolgd en verschillende keren worden geïnterviewd. Voor dit rapport hebben we gebruik gemaakt van gegevens van de eerste meting van NEMESIS-2. Belangrijk voordeel van dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van de meest recente CIDI versie, waardoor zorggebruik voor een specifieke aandoening kon worden onderzocht en niet zorggebruik voor psychische problemen in het algemeen, zoals in de eerdere CIDI versie die in NEMESIS-1 is gebruikt het geval was. Een ander voordeel van de meest recente CIDI versie is dat psychische aandoeningen volgens DSM-IV criteria zijn vastgesteld.

Beperkingen

Representativiteit

Ondanks dat de steekproef van NEMESIS-2 in grote lijnen representatief is voor de Nederlandse volwassen bevolking (De Graaf e.a., 2010), waren enkele bevolkingsgroepen ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven, en dak- en thuislozen. Het is echter waarschijnlijk dat hun ondervertegenwoordiging de resultaten nauwelijks heeft beïnvloed, omdat deze groepen in omvang relatief klein zijn.

Zelfrapportage

Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek. Registraties of medische dossiers zijn vaak niet voorhanden, en ook deze zijn niet zonder problemen. Bovendien worden psychische aandoeningen die niet geresulteerd hebben in een zorgcontact niet in registraties vastgelegd. Om daarover een goed beeld te krijgen is grootschalig bevolkingsonderzoek nodig. Aan zelfrapportage kleeft echter een aantal bezwaren. Over het algemeen herinneren mensen zich vooral ernstige problemen, langer durende behandelingen en recente gebeurtenissen beter dan gebeurtenissen die minder erg waren, korter duurden en langer geleden plaatsvonden. Bij een thema als de tijdsduur tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor zou er ook sprake kunnen zijn van herinneringsfouten (recall bias) en rapportagefouten (report bias).

Zo is het denkbaar dat mensen die geen zorg voor hun psychische aandoening hebben gezocht meer geneigd zijn hun psychische klachten te vergeten of normaal

te vinden dan mensen die wel voor hun psychische aandoening zorg hebben gebruikt (Wang e.a., 2004; 2007). Of en in welke mate dit in deze studie is gebeurd, is niet bekend. Van belang is echter om op te merken dat indien dit heeft plaatsgevonden, het heeft geresulteerd in een overschatting van de mate waarin zorg is gebruikt (Wang e.a., 2004; 2007).

Daarnaast is het goed mogelijk dat mensen wel het hebben gehad van psychische klachten en zorggebruik goed hebben gerapporteerd, maar dat zij minder precies de leeftijd waarop klachten ontstonden hebben gerapporteerd alsook wanneer hun eerste zorgcontact plaatsvond. De meest voorkomende schattingsfouten die worden gemaakt zijn dat mensen gebeurtenissen die vrij recent hebben plaatsgevonden eerder (verder weg in de tijd) schatten, en dat zij gebeurtenissen die lang geleden hebben plaatsgevonden later (dichterbij in de tijd) schatten (Wang e.a., 2005; 2007). Het lijkt alsof de verrekijker of telescoop in de tijd niet goed is ingesteld, vandaar de benaming 'telescopische fouten' (www.wikipedia.nl). In welke mate dit ook daadwerkelijk is gebeurd, is niet bekend. Van belang is echter om op te merken dat indien dit heeft plaatsgevonden, het heeft geresulteerd in een onderschatting van de tijdsduur tussen de twee gebeurtenissen (Wang e.a., 2005; 2007). Dat kan betrekking hebben op de tijd tussen het ontstaan van de aandoening en het eerste zorgcontact, maar ook op de tijd tussen het eerste zorgcontact en het ervaren van baat bij behandeling van de problematiek.

Meting van zorggebruik

In dit rapport hebben we gekeken in hoeverre mensen met psychische aandoeningen op enig moment in hun leven enigerlei hulp zoeken voor hun specifieke problemen, en als zij dit doen, hoeveel tijd er dan verstrijkt sinds het ontstaan van de problematiek. Binnen de CIDI-secties over psychische aandoeningen, waarbij per aandoening naar zorggebruik wordt gevraagd, wordt niet in kaart gebracht bij welke hulpverlener en in welke zorgsector hulp is gezocht voor dit specifieke probleem, en hoe deze hulp eruit zag. Er kon wel een indruk worden gegeven van hoe mensen met psychische aandoeningen de hulp voor hun specifieke problemen hebben ervaren en hoe lang het duurde alvorens zij baat bij hun behandeling hadden.

Zorggebruik is in dit rapport gedefinieerd als tenminste één zorgcontact. Gezien het feit dat eerste zorgcontacten niet hoeven te resulteren in een daadwerkelijke behandeling van de problematiek en niet alle zorg volgens de huidige richtlijnen wordt gegeven, kunnen we stellen dat dit rapport een overschatting geeft van de mate waarin adequate zorg is gebruikt en een onderschatting van de tijdsduur tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste adequate zorgcontact hiervoor. In dit rapport is wel gekeken naar de mate waarin baat bij behandeling is ervaren en hoeveel tijd er na het eerste zorgcontact verstreek alvorens baat werd ervaren.

Meting van risico-indicatoren

De risico-indicatoren die we in verband hebben gebracht met het al of niet zoeken van hulp voor psychische aandoeningen, en van de tijd tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact ervoor zijn in aantal beperkt. Als voorwaarde

gold dat zij aan het zorggebruik vooraf zijn gegaan of niet veranderen gedurende het leven, zoals geslacht en geboortjaar. Verder wilden we met onze keuze aansluiten bij eerdere studies op dit gebied.

Waardeoordeel

Wij kunnen geen definitief oordeel geven over de mate en snelheid waarin zorg voor een psychische aandoening is gezocht, noch over de ervaren baat bij de ontvangen hulp. Het is immers denkbaar dat degenen die geen of pas in een later stadium zorg voor hun problemen hebben gezocht, minder ernstige aandoeningen hebben. Daarnaast blijft het mogelijk dat mensen met ernstige aandoeningen te lang van zorg verstoken blijven. Bovendien zijn er aanwijzingen dat indien zelfs milde psychische problemen niet vroegtijdig behandeld worden, deze vaak in ernstige problemen kunnen resulteren. Indien we de resultaten uit dit rapport vergelijken met die uit buitenlands onderzoek, dan kunnen we wel concluderen dat in Nederland mensen met psychische aandoeningen relatief vaak en snel een eerste zorgcontact voor hun problemen ontvangen.

4.2 Belangrijkste resultaten

Nederlanders met psychische aandoeningen zoeken relatief vaak hulp

De mate waarin Nederlanders hulp zoeken voor psychische problemen kan alleen worden vergeleken met Amerikaans onderzoek. Vergelijkbare cijfers uit andere landen zijn, voor zover wij konden nagaan, niet gepubliceerd. Een vergelijking met gegevens uit de Amerikaanse bevolkingsstudie NCS-R uit 2001-2003 laat zien dat Nederlanders met stemmingsstoornissen, angststoornissen of middelenstoornissen wat minder vaak hulp voor hun problemen zoeken dan Amerikanen (Wang e.a., 2005). Zo zocht in de NCS-R 88,1%-94,2% van de mensen met een stemmingsstoornis en 50,1%-95,3% van de mensen met een angststoornis op enig moment in hun leven enigerlei hulp voor hun specifieke aandoening en waren deze percentages in NEMESIS-2 respectievelijk 75,3%-91,4% en 40,6%-90,1%. Grotere verschillen werden gezien bij mensen met een middelenstoornis: In de NCS-R zocht 52,7%-76,9% van hen hulp voor hun aandoening tegenover 6,5%-56,5% in NEMESIS-2. Het omgekeerde was het geval bij mensen met ADHD of ODD in de kindertijd: in de NCS-R zocht 33,9%-51,8% van hen hulp voor hun aandoening en in NEMESIS-2 was dat 42,3%-67,7%. Bij deze vergelijkingen moet worden bedacht dat het zorggebruik allerlei typen hulpverleners kan omvatten, werkzaam in de GGZ, algemene gezondheidszorg of het informele circuit. Reden voor het hogere zorggebruik in de Verenigde Staten, dat ook uit vergelijkbare gegevens uit de WMHS kon worden opgemaakt (Wang e.a., 2007), zou gelegen kunnen liggen in een positievere houding van Amerikanen ten aanzien van het zoeken van hulp bij psychische problemen.

Wang en collega's (2005) concludeerden eerder op basis van de NCS-R dat de overgrote meerderheid van de mensen met enigerlei psychische aandoening uiteindelijk hulp zoekt voor zijn problemen. Een nuancering is hier op zijn plaats. Dat geldt namelijk

alleen voor mensen met stemmingsstoornissen, een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis binnen de Amerikaanse bevolkingsstudie NCS-R, en zoals uit bovenstaande blijkt in nog iets mindere mate binnen NEMESIS-2. In dit rapport werd duidelijk dat vooral mensen met middelenmisbruik, een alcoholafhankelijkheid en een ODD in de kindertijd relatief weinig in zorg komen voor hun problemen. Deze studie was *niet* opgezet om een uitspraak te doen over in welke mate dit problematisch is. Dan is immers meer informatie nodig over de ernst van de problematiek en de mate waarin vroegtijdige behandeling ervan resulteert in een gunstiger beloop van de aandoening alsook in het voorkómen van bijkomende ofwel co-morbide stoornissen.

Nederlanders met psychische aandoeningen zoeken steeds sneller hulp hiervoor

Uit de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS blijkt dat er nogal wat variatie tussen landen bestaat in de snelheid waarin voor psychische aandoeningen hulp wordt gezocht (Wang e.a., 2007). Nederland deed indertijd ook mee aan de WMHS. Analyse van deze gegevens uit de jaren 2002-2003 laat zien dat 52,1% van de mensen met een stemmingsstoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, dit deed in of vóór het jaar waarin de stemmingsstoornis voor het eerst ontstond (Wang e.a., 2007). Ondanks dat dit Nederlandse onderzoek binnen de WMHS kwalitatief minder goed en iets anders van opzet was dan NEMESIS-2 – zo had het een relatief lage respons, telde het relatief weinig respondenten, en waren ook mensen van 65 jaar en ouder in de studie betrokken terwijl dat in NEMESIS-2 niet het geval is – lijkt het erop dat mensen steeds sneller de weg naar de hulpverlening weten te vinden: in 2007-2009 deed 68,1% van de mensen met een stemmingsstoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, dit in (of vóór) het jaar waarin de aandoening voor het eerst ontstond.

Een vergelijkbare trend is te zien bij mensen met een alcoholstoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht. In het Nederlandse onderzoek binnen de WMHS uit 2002-2003 deed 15,5% van de mensen met een alcoholstoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, dit in of vóór het jaar waarin de alcoholstoornis voor het eerst ontstond (Wang e.a., 2007). In 2007-2009 was dit percentage opgelopen tot 30,9% voor mensen met een alcoholafhankelijkheid en 51,1% voor mensen met alcoholmisbruik. De mediane tijd die verstreek tussen het ontstaan van de alcoholstoornis en het eerste zorgcontact hiervoor was in 2002-2003 9 jaar en in 2007-2009 1 tot 4 jaar voor respectievelijk alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid.

De minste verandering vond plaats bij mensen met een angststoornis die hulp voor hun problemen hebben gezocht. In het Nederlandse onderzoek binnen de WMHS uit 2002-2003 deed 28,0% van de mensen met een angststoornis die uiteindelijk hulp voor hun problemen hebben gezocht, dit in of vóór het jaar waarin de angststoornis voor het eerst ontstond (Wang e.a., 2007). In 2007-2009 was dit percentage 28,8%. De mediane tijd die verstreek tussen het ontstaan van de angststoornis en het eerste zorgcontact hiervoor was 10 jaar in 2002-2003 en 9 jaar in NEMESIS-2.

Een vergelijking van landen binnen de WMHS laat zien dat Nederland in de top 3 van landen zat voor wat betreft de snelheid waarmee voor psychische aandoeningen

hulp wordt gezocht (Wang e.a., 2007). Bovenstaande vergelijking laat verder zien dat de Nederlandse situatie nog verder lijkt te zijn verbeterd in de afgelopen jaren. De Verenigde Staten zat niet in deze top 3 van landen voor wat betreft de snelheid waarin voor psychische aandoeningen hulp wordt gezocht. Dat betekent dat Nederlanders met psychische aandoeningen minder vaak hulp zoeken voor hun problemen dan Amerikanen (zie vorige paragraaf), maar als zij dit doen dan doen zij dat sneller.

Mensen met meer ernstige psychische aandoeningen zoeken vaker én sneller hulp

Uit dit rapport blijkt dat er nogal wat variatie is in de mate en snelheid waarin hulp wordt gezocht naar type psychische aandoening. Deze variatie in patronen is tamelijk consistent met de patronen die in de Amerikaanse bevolkingsstudie NCS-R zijn gevonden (Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005), en lijken erop te wijzen dat stoornisspecifieke factoren een belangrijke rol spelen in de eerste stappen van het hulpzoekproces.

Analyse van NEMESIS-2 gegevens laat zien dat van de mensen met een depressieve stoornis, paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis ruim vier op de vijf op enig moment in het leven enigerlei hulp voor hun problemen zoekt, meer dan de helft zoekt deze hulp in hetzelfde jaar als waarin de aandoening ontstond, en ruim zes op de tien die hulp voor hun problemen hebben gezocht heeft baat bij deze zorg gehad. Een plausibele verklaring voor de hoge mate en snelheid waarmee mensen met deze aandoeningen hulp zoeken is dat hun problematiek doorgaans gepaard gaat met ernstige, frequent voorkomende of aanhoudende symptomen die hun dagelijkse activiteiten sterk belemmeren of die worden gezien als een bedreiging voor hun gezondheid (Bijl en Ravelli, 2000; Kessler e.a., 2008; Olsson e.a., 1998; Wang e.a., 2005). Daarnaast is in de afgelopen decennia veel aandacht besteed aan het beter herkennen van depressieve stoornissen bij patiënten zelf alsook bij huisartsen en het vroegtijdig behandelen ervan, en is wellicht ook een verruiming van de behandelmogelijkheden voor deze aandoeningen een verklaring voor de gevonden bevindingen in dit rapport.

Van de mensen met een specifieke of sociale fobie zoekt ruim 40%-50% op enig moment in het leven enigerlei hulp voor hun problemen, ruim acht op de tien zoekt deze hulp tenminste één jaar nadat de aandoening ontstond, en 44%-61% van degenen die hulp voor hun fobie hebben gezocht heeft baat bij deze zorg gehad. Vergeleken met degenen met andere angststoornissen zoeken mensen met een specifieke of sociale fobie minder vaak en minder snel hulp. Ook dit komt overeen met bevindingen uit de NCS-R (Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat fobieën vaak op jonge leeftijd ontstaan en kinderen afhankelijk zijn van anderen om een eerste zorgcontact te realiseren (Wang e.a., 2005), specifieke fobieën doorgaans gepaard gaan met weinig beperkingen in het functioneren (Olsson e.a., 1998), en sociale fobieën zelfs kunnen resulteren in een angst voor hulpverleners of behandelingen waarbij sociale interactie een rol speelt (denk aan gesprekstherapie, groepsessies, wachtruimten) (Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005).

Van de mensen met een alcohol- of drugsafhankelijkheid zoekt 37%-57% op enig moment in het leven enigerlei hulp voor hun problemen, bijna zeven op de tien zoekt

deze hulp tenminste één jaar nadat de verslaving begon, en 26%-31% van degenen die hulp hebben gezocht heeft baat bij deze zorg ervaren. Vergeleken met mensen met een depressieve stoornis, paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis zoeken mensen met een middelenafhankelijkheid, en in het bijzonder een alcoholverslaving, minder vaak en minder snel hulp voor hun problemen. Dit komt overeen met bevindingen uit de NCS-R (Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005). Eerder onderzoek laat zien dat verslaving vaak gepaard gaat met ontkenning van de problematiek en een grote weerstand om hulpverlening in te roepen, hetgeen een verklaring kan zijn voor de gevonden bevinding dat zij minder vaak hulp inroepen. De bevinding dat mensen met een middelenafhankelijkheid minder vaak baat bij hun behandeling ervaren dan mensen met een depressieve stoornis, paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis kan te maken hebben met de beschikbare behandelmogelijkheden voor deze problematiek maar ook met de chroniciteit van verslavingen: je komt er niet zomaar vanaf, je moet er zelf veel voor doen.

Volwassenen die ADHD in hun kindertijd hebben gehad hebben vaker ooit met een arts of een andere hulpverlener over hun problemen gesproken dan mensen met een ODD in de kindertijd (68% versus 42%), maar als zij dit doen dan doen zij dat vaker tenminste één jaar nadat de aandoening is ontstaan (88% versus 68%). Dit komt overeen met bevindingen uit de NCS-R (Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005). Volwassenen met ADHD in de kindertijd die hulp voor hun problemen hebben gezocht ervaren wel weer vaker baat bij hun behandeling dan hun leeftijdsgenoten die een ODD in de kindertijd hebben gehad en daarvoor hulp zochten (53% versus 16%). Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat voor ADHD vaker hulp wordt gezocht is dat in de afgelopen decennia veel meer publieke aandacht is besteed aan het herkennen van ADHD door ouders en leerkrachten en het vroegtijdig behandelen ervan dan aan problemen die met gedragsstoornissen gepaard gaan. Daarnaast heeft wellicht ook een verruiming van de behandelmogelijkheden voor ADHD een rol gespeeld alsook de perceptie van het publiek dat behandeling van gedragsproblemen meer thuishoort in andere sectoren dan de geestelijke gezondheidszorg (Wang e.a., 2005). Dat bij een ODD sneller hulp wordt ingeschakeld kan verklaard worden doordat anderen vaker last hebben van gedragsproblemen dan van kinderen die kampen met aandachtproblemen en/of hyperactiviteit.

Vrouwen zoeken bij psychische aandoeningen vaker en sneller hulp en ervaren daar ook vaker baat bij

Vrouwen met enigerlei psychische aandoening hebben meer, ruim anderhalf keer zo hoge, kans om zorg te gebruiken dan mannen, en als vrouwen zorg gebruiken dan verloopt er gemiddeld, bijna 3 jaar, minder tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met mannen. Vrouwen met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht hebben iets meer, 1,2 keer zo hoge, kans om baat bij hun behandeling te ervaren dan mannen, maar als vrouwen baat bij hun behandeling hebben ervaren dan verloopt er gemiddeld, ruim 1 jaar, meer tijd tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de

behandeling vergeleken met mannen. Deze verschillen tussen vrouwen en mannen zijn niet groot, maar laten wel een consistent patroon zien, ook als we inzoomen op de afzonderlijke hoofdgroepen van psychische aandoeningen. Deze bevindingen komen deels overeen met die uit buitenlandse bevolkingsstudies. In de NCS-R en de WMHS werd ook gevonden dat vrouwen vaker zorg gebruiken voor hun psychische problemen dan mannen (Wang e.a., 2005; 2007). In de NCS, NSC-R en een onderzoek bij volwassenen met een stemmings- of angststoornis die lid zijn van een patiëntenvereniging afkomstig uit 11 landen (GAMIAN) werden echter geen sekseverschillen gezien in de snelheid waarin bij psychische aandoeningen hulp wordt gezocht (Wang e.a., 2004; 2005; Christiana e.a., 2000). Eerder onderzoek laat zien dat vrouwen sneller vage gevoelens van stress herkennen als een emotioneel probleem dan mannen (Kessler e.a., 1981), hetgeen een verklaring kan zijn voor de gevonden bevindingen in dit rapport.

Ouderen zoeken bij psychische aandoeningen minder vaak en minder snel hulpverlening

Volwassenen met een psychische aandoening in de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jaar hebben minder, een 1,7 tot 8,3 keer zo lage, kans om zorg te gebruiken dan volwassenen in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar, en als zij zorg gebruiken dan verloopt er gemiddeld 6 tot 20 jaar meer tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met 18 t/m 24 jarigen. Volwassenen in de oudere leeftijdscategorieën met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht, hebben evenveel kans om baat bij hun behandeling te ervaren dan 18 t/m 24 jarigen, maar als volwassenen in de leeftijd van 45 t/m 54 jaar baat bij de behandeling hebben ervaren dan verloopt er gemiddeld, 2,5 jaar, meer tijd tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de behandeling vergeleken met 18 t/m 24 jarigen. De verschillen tussen leeftijdscategorieën komen vooral tot uiting in de mate waarin zorg wordt gebruikt en in de snelheid waarin hulp wordt gezocht. De verschillen zijn minder zichtbaar in de mate waarin baat bij behandeling wordt ervaren en de tijd die verstrijkt voordat baat bij behandeling wordt ervaren. In andere studies werd ook gevonden dat oudere volwassenen minder vaak (NCS-R: Wang e.a., 2005; WMHS: Wang e.a., 2007) en minder snel (OHS: Olfson e.a., 1998; NCS: Wang e.a., 2004; NCS-R: Wang e.a., 2005; GAMIAN: Christiana e.a., 2000) hulp zoeken voor hun psychische aandoening. Omgekeerd betekent dit dat jongere cohorten bij problemen steeds beter de weg naar de hulpverlening weten te vinden. Dat is een positieve bevinding en weerspiegelt wellicht de publieke aandacht in de afgelopen decennia voor het herkennen van psychische aandoeningen en het vroegtijdig behandelen ervan, en mogelijk ook een verruiming van het hulpaanbod voor deze problemen. Het is goed denkbaar dat oudere volwassenen vaker een negatieve houding hebben ten aanzien van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (Ten Have e.a., 2010) en dat zij minder bloot zijn gesteld aan de publieke aandacht die is besteed aan een vergroting van de bewustwording bij mensen dat psychische aandoeningen veelvuldig voorkomen en dat effectieve behandelingsmogelijkheden hiervoor beschikbaar zijn.

Mensen met psychische aandoeningen die in de kindertijd of adolescentie zijn ontstaan, zoeken minder vaak en minder snel hulp en ervaren daar ook minder vaak baat bij

Mensen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond hebben minder, een 1,6 tot 33,3 keer zo lage, kans om zorg te gebruiken, en als zij zorg gebruiken dan verloopt er gemiddeld 13 tot 21 jaar meer tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met mensen bij wie de aandoening na hun 29^e begon. Volwassenen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond en die hulp voor hun problemen hebben gezocht, hebben minder, een 1,4 keer zo lage, kans om baat bij hun behandeling te ervaren, en als zij baat bij hun behandeling hebben ervaren dan verloopt er gemiddeld, bijna 4 jaar, meer tijd tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de behandeling vergeleken met mensen bij wie de stoornis na hun 29^e begon. In andere studies werd ook gevonden dat mensen bij wie de aandoening op jongere leeftijd was ontstaan minder vaak (NCS-R: Wang e.a., 2005; WMHS: Wang e.a., 2007) en minder snel (OHS: Olsson e.a., 1998; NCS: Wang e.a., 2004; NCS-R: Wang e.a., 2005; GAMIAN: Christiana e.a., 2000) een eerste zorgcontact voor hun psychische problemen krijgen dan degenen bij wie de aandoening op oudere leeftijd was ontstaan. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat kinderen afhankelijk zijn van hun ouders of andere volwassenen om een eerste zorgcontact te realiseren (Wang e.a., 2005). Dat betekent dat de houding van deze volwassenen ten aanzien van geestelijke gezondheidszorg en hun perceptie van problemen in belangrijke mate bepalend zijn of een kind met psychische problemen hulp krijgt. Over het algemeen zullen alleen kinderen met de meest ernstige aandoeningen of de meest oplettende ouders tijdig zorg ontvangen. Daarnaast speelt ook de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen voor jeugdigen met psychische aandoeningen een rol. Als deze minder voorhanden zijn of minder toegankelijk dan zal er ook minder gebruik van worden gemaakt. Een andere verklaring is dat als kinderen al langere tijd bezorgd, angstig of depressief zijn, zij hun problemen als 'normaal' kunnen gaan zien of ze er mee hebben leren omgaan, zoals zich terugtrekken bij een sociale fobie, waardoor zij mogelijk minder vaak en minder snel hulp zoeken (Wang e.a., 2005; Bruffaerts e.a., 2007).

Er zijn geen opleidingsverschillen in de mate, snelheid en waardering van zorggebruik voor psychische aandoeningen

Mensen met een psychische aandoening die een hogere opleiding hebben afgerond hebben evenveel kans om zorg te gebruiken als mensen met een lagere opleiding, en als hoger opgeleiden zorg gebruiken dan verloopt er gemiddeld evenveel tijd tussen het begin van hun aandoening en het eerste zorgcontact hiervoor vergeleken met lager opgeleiden. Hoger opgeleiden met enigerlei psychische aandoening die hulp voor hun problemen hebben gezocht, hebben evenveel kans om baat bij hun behandeling te ervaren als lager opgeleiden, en als hoger opgeleiden baat bij hun behandeling hebben ervaren dan verloopt er gemiddeld evenveel tijd tussen het eerste zorgcontact en het hebben ervaren van baat bij de behandeling vergeleken met lager geschoolden.

In alle analyses was slechts één opleidingsverschil significant: Mensen met een middenstoornis die een HBO of universitaire opleiding hebben afgerond hebben minder, een 2 keer zo lage, kans op een eerste zorgcontact voor hun aandoening dan mensen met een middenstoornis die alleen lager onderwijs hebben genoten. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat lager opgeleiden meer bijkomende, lichamelijke klachten hebben waardoor zij sneller hulp zoeken voor hun middenstoornis. Deze bevindingen zijn deels in overeenstemming met eerder Amerikaans onderzoek. In de NCS-R werd ook gevonden dat lager opgeleiden vaker hulp zoeken voor alcohol- of drugsmisbruik, maar ook dat zij minder vaak hulp zoeken voor een depressieve stoornis en paniekstoornis (Wang e.a., 2005), hetgeen in NEMESIS-2 niet naar voren kwam. Verder bleek ook uit de NCS dat opleiding niet geassocieerd was met de snelheid waarin hulp wordt gezocht (Wang e.a., 2004), terwijl op basis van de NCS-R werd geconcludeerd dat lager opgeleiden doorgaans minder snel hulp zoeken (Wang e.a., 2005). Deze conclusie werd alleen niet gestaafd met resultaten.

Ondanks de heersende opvatting in het overheidsbeleid en wellicht ook de behandelpraktijk dat lager opgeleiden minder vaak hulp zoeken voor hun psychische aandoeningen, laat dit rapport zien dat er in Nederland geen opleidingsverschillen zijn in de mate en snelheid waarin een eerste zorgcontact voor psychische aandoeningen wordt gezocht. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre dat ook geldt voor het type hulp dat wordt ontvangen, omdat op dit punt wel opleidingsverschillen lijken te bestaan (De Graaf e.a., 2010: pagina 59).

Risico-indicatoren van de mate, snelheid en waardering van zorggebruik voor psychische aandoeningen zijn gelijk

Uit bovenstaande beschrijving wordt duidelijk dat de risico-indicatoren van (de snelheid van) het ervaren van baat bij de ontvangen hulp minder sterk zijn dan die van (de snelheid van) een eerste zorgcontact voor een specifieke aandoening, maar dat de risico-indicatoren over het algemeen wel dezelfde verbanden met de betreffende uitkomst laten zien. Dit betekent dat mannen, oudere volwassenen, en mensen bij wie de psychische aandoening op jongere leeftijd ontstond meerdere keren gedurende het hulpzoektraject zich in een nadeligere positie bevinden dan respectievelijk vrouwen, jongere volwassenen en mensen bij wie de aandoening op latere leeftijd ontstond. Deze bevindingen zijn echter niet te vergelijken met die uit buitenlandse bevolkingsstudies, omdat daarin voor zover wij konden nagaan niet eerder is gekeken naar de mate en snelheid waarin baat bij behandeling is ervaren bij mensen die hulp hebben gezocht voor hun psychische aandoening.

4.3 Aanbeveling en toekomstig onderzoek

Als mensen vanwege psychische klachten hulp zoeken, dan kloppen zij vaak als eerste voor hulp aan bij de huisarts. Dit rapport laat zien dat in Nederland mensen met een psychische aandoening relatief vaak en snel een eerste zorgcontact realiseren vergeleken met andere Westerse landen. Toch blijft de mate en snelheid waarin een eerste zorgcontact vanwege psychische klachten wordt gezocht bij bepaalde groepen wat achter. Deze groepen zijn: mannen, 55 t/m 64 jarigen, en mensen bij wie de psychische aandoening vóór het 13^{de} levensjaar ontstond. Omdat deze groepen niet zo snel vanuit zichzelf hulp zoeken vanwege psychische klachten, lijkt hier een rol weggelegd te zijn voor meer patiëntenvoorlichting en e-mental health. Daarnaast zou de huisarts er op bedacht moeten zijn dat juist bij deze groepen winst te halen valt bij een betere herkenning en vroegtijdige behandeling van psychische aandoeningen, indien zij met andere of verwante problemen voor hulp bij de huisarts aankloppen. In dit rapport werd duidelijk dat ook mensen met een alcoholafhankelijkheid en een ODD in de kindertijd relatief weinig en laat in zorg komen voor hun problemen. Ook mensen bij wie de aandoening op jonge leeftijd was ontstaan zoeken relatief laat hulp. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre vroegtijdige diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen (alcoholafhankelijkheid, ODD, aandoeningen die op jonge leeftijd zijn ontstaan) resulteren in een gunstiger beloop alsook in het voorkómen van co-morbide stoornissen.

Een beleidsrelevante bevinding was dat er geen opleidingsverschillen gevonden zijn in de mate en snelheid waarin hulp voor psychische aandoeningen wordt gezocht. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre dat ook geldt voor het type hulp dat is ontvangen en de behandelduur ervan.

5 Referenties

- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.-T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L.G., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K., Tsang, A., Vassilev, S.M., Williams, D.R. & Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 20-27.
- Christiana, J.M., Gilman, S.E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P.L., Olfson, M. & Kessler, R.C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, 30, 693-703.
- Fernández, A., Haro, J.M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J., De Girolamo, G., Bernert, S., Lépine, J.P. & Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- De Graaf, R., Ormel, J., Ten Have, M., Burger, H. & Buist-Bouwman, M. (2008). Mental disorders and service use in the Netherlands: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). In: *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.). New York: Cambridge University Press, 2008, pp 388-405.
- 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.
- Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., de Girolamo, G., Guyer, M.E., Jin, R., Lépine, J.P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N.A. & Kessler, R.C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.-T., Demler, O., Glantz, M., Lane, M.A., Jin, R., Merikangas, K.R., Nock, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P.S. & Wells, K.B. (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R):

- Cornerstone in Improving Mental Health and Mental Health Care in the United States. In: *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.). New York: Cambridge University Press, 2008, pp 165-209.
- Kessler, R.C., Brown, R.L., & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Lee, S., Fung, S.C., Tsang, A., Zhang, M.Y., Huang, Y.O., He, Y.L., Liu, Z.R., Shen, Y.C. & Kessler, R.C. (2007). Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 10-16.
- Olfson, M., Kessler, R.C., Berglund, P.A. & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1415-1422.
- Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J. & the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153-163.
- Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Browne, M.A., Ormel, J.H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B-E., Chatterji, S., Üstün, T.B., for the WHO World Mental Health Survey Consortium (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177-185.
- Wang, P.S., Berglund, P.A., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General of Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wang, P.S., Berglund, P.A., Olfson, M. & Kessler, R.C. (2004). Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research*, 39, 393-415.
- Wang, P.S., Demler, O. & Kessler, R.C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92, 92-98.



Dit rapport gaat over het zoeken van hulp bij psychische aandoeningen. Het geeft antwoord op vragen als: In hoeverre zoeken mensen met een psychische aandoening hulp voor hun specifieke problemen; en als zij dit doen, hoeveel tijd verstrijkt er dan gemiddeld tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact daarvoor? Welke bevolkingsgroepen zoeken na het ontstaan van een psychische aandoening minder vaak en minder snel hulp? In hoeverre ervaren mensen baat bij de hulp voor hun psychische aandoening en hoeveel tijd is dat na het eerste zorgcontact? Voor beantwoording van deze en andere vragen is gebruik gemaakt van gegevens van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2), een representatief onderzoek onder volwassenen van 18-64 jaar in de algemene bevolking.