

GGZ in tabellen

20
10

GGZ in tabellen 2010

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering
Drs. S. van Dijk
Drs. A. Knispel
Dr. J. Nuijen

Productiebegeleiding
Joris Staal

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS
Drs. F. van Hoof; Trimbos-instituut

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

Productie
Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-721-4

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AF1109.

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht

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

Inhoudsopgave

Inleiding

1	Het vóórkomen van psychische stoornissen	7
1.1	Vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland	10
1.2	Vóórkomen psychische stoornissen; een internationale vergelijking	12
1.3	Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen	13
1.4	Veranderingen in 12-maands prevalentie	14
1.5	Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland	15
1.6	Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland	16
2	Toegang en zorggebruik	19
2.1	Nederland: zorggebruik van mensen met een psychische stoornis	20
2.2	Internationaal: zorggebruik in internationaal perspectief	22
2.3	Samenhang tussen de ernst van een psychische stoornis en zorggebruik	23
2.4	Internationaal: opvattingen ten aanzien van hulp voor psychische problemen	25
2.5	Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis	27
2.6a	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	28
2.6b	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's	30
2.6c	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	30
2.7a	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	32
2.7b	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's	34
2.7c	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	34
2.8	Meest gestelde psychische diagnoses in de huisartsenpraktijk	36
2.9	Psychofarmaca bij psychische diagnoses in de huisartsenpraktijk	37
2.10	Doorverwijzing van mensen met een psychische diagnose in de huisartsenpraktijk	38
2.11	De eerstelijns psychologische praktijk: aantal cliënten en wijze van aanmelding	39
2.12	Veelgestelde diagnoses in de eerstelijns psychologische praktijk	40
2.13	De eerstelijns psychologische praktijk: gemiddelde behandelduur en aantal consulten	41
2.14	De eerstelijns psychologische praktijk: wijze van beëindiging contact en doorverwijzing naar andere hulpverlening	42
2.15a	Aantal cliënten in behandeling in de GGZ, per circuit	44
2.15b	Doorstroming van cliënten in de GGZ	46
2.16	Gestelde diagnoses in de GGZ, per circuit	47
2.17a	Aard van de zorg in de GGZ	48
2.17b	Aard van de zorg in de GGZ, per circuit	49
2.18	Behandelduur in de GGZ, per circuit	51
2.19a	Wachttijden onder jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	52

2.19b	Wachttijden onder volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	52
2.19c	Wachttijden onder ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	52
2.20a	Wachtlijsten onder jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	54
2.20b	Wachtlijsten onder volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	54
2.20c	Wachtlijsten onder ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	54
2.21	Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS)	56
3	Zorgaanbod: capaciteit en productie	59
3.1	Aantal en soort GGZ-instellingen	60
3.2	Formele klinische capaciteit GGZ-instellingen	64
3.3	Feitelijke klinische capaciteit GGZ-instellingen	66
3.4	Formele versus feitelijke klinische capaciteit, per circuit	68
3.5	Europa: Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfplaatsen	70
3.6	Productie GGZ-instellingen	72
3.7	Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen	74
3.8	Productie GGZ-instellingen circuit volwassenen en ouderen	76
3.9	Productie instellingen voor verslavingszorg	78
3.10	Productie instellingen ambulante verslavingszorg	80
3.11	Opnameduur en aantal cliënten in klinische zorg, RIBW-vestigingen en ambulante zorg	82
3.12a	Formele capaciteit TBS-instellingen	84
3.12b	Feitelijke capaciteit TBS-instellingen	84
3.13	Capaciteit voorzieningen voor maatschappelijke opvang	86
4	Kosten en financiering	87
4.1	Uitgaven aan zorg	88
4.2a	Financieringsbronnen uitgaven zorg	90
4.2b	Financieringsbronnen uitgaven GGZ	90
5	Personeel	93
5.1	Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ	94
5.2	Aantal fte's in de GGZ, per type instelling	96
5.3	Verhouding tussen aantal arbeidsplaatsen en aantal werknemers in de GGZ	97
5.4	Aantal fte's in de GGZ, per type functie	98
5.5	Ziekteverzuim in de GGZ en zorgsector	100
5.6	Aantal vrijgevestigde psychiaters	102
5.7	Aantal vrijgevestigde psychotherapeuten	103
5.8	Aantal eerstelijnspsychologen	104
6	Geraadpleegde bronnen	105
7	Afkortingen	107

Inleiding

Tussen 1980 en 1998 werd jaarlijks 'GGZ in tabellen' uitgegeven; een verzameling tabellen met cijfers over verschillende aspecten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Na een periode van zeven jaar kreeg de serie 'GGZ in tabellen' in 2005 een vervolg. Sindsdien brengt het Trimbos-instituut, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, jaarlijks een geactualiseerde versie uit.

Voor u ligt de uitgave *GGZ in tabellen 2010*. In dit handzame en informatieve boekje zijn de belangrijkste en meest recente cijfers over de GGZ (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. De cijfers zijn verzameld in 2011. In tabellen en grafieken worden waar mogelijk geactualiseerde cijfers over de volgende aspecten van de GGZ gepresenteerd:

- Het vóórkomen van psychische stoornissen
- Toegang en zorggebruik
- Zorgaanbod (capaciteit en productie)
- Kosten en financiering
- Personeel en arbeid

Voor de samenstelling van dit rapport hebben wij zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bronnen die voor iedereen toegankelijk zijn. De geraadpleegde bronnen staan achterin deze uitgave vermeld. Daarnaast hebben wij databanken van instellingen geraadpleegd en beheerders van registratiesystemen gevraagd cijfers aan te leveren. Er is naar gestreefd zoveel mogelijk recente gegevens in dit naslagwerk op te nemen. Indien van een onderwerp geen recente cijfers beschikbaar waren, werd op basis van de uniekheid van de gegevens, de beleidsrelevantie en de kwaliteit van het onderzoek besloten of dit onderwerp toch opgenomen werd.

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) per patiënt te registreren. Deze gegevens worden opgeslagen in het DBC-Informatiesysteem (DIS). Complete en betrouwbare GGZ-cijfers gebaseerd op DIS zijn tijdens het schrijven van dit naslagwerk nog niet beschikbaar en ontbreken in deze uitgave.

1 Het vóórkomen van psychische stoornissen

Nemesis

In dit hoofdstuk worden onder andere cijfers gepresenteerd die ontleend zijn aan NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, dat in de jaren 2007-2009 door het Trimbos-instituut werd uitgevoerd (De Graaf et al., 2010). NEMESIS-2 is het vervolg op NEMESIS-1. Dit eerste grootschalige onderzoek is uitgevoerd tussen 1996 en 1999 en heeft een grote hoeveelheid gegevens opgeleverd, die zijn gepubliceerd in talrijke artikelen (zie voor een overzicht Vollebergh et al., 2003). Het doel van de nieuwe studie is de informatie van NEMESIS-1 te actualiseren en gegevens te verzamelen over niet eerder binnen NEMESIS onderzochte onderwerpen, zoals externaliserend probleemgedrag, in het bijzonder de gedragsstoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) bij volwassenen. In NEMESIS-2 is onder meer onderzocht hoe vaak psychische stoornissen in de algemene bevolking vóórkomen. Daarbij is gebruik gemaakt van het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV). Het gaat om de volgende psychische stoornissen:

Stemmingsstoornissen

- Depressieve stoornis
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

- Paniekstoornis
- Agorafobie zonder paniek
- Sociale fobie
- Specifieke fobie
- Geeneraliseerde angststoornis

Middelenstoornissen

- Alcoholmisbruik
- Alcoholafhankelijkheid
- Drugsmisbruik
Waaronder cannabismisbruik
- Drugsafhankelijkheid
Waaronder cannabisafhankelijkheid

Aandachtstekort- of gedragsstoornissen

- ADHD
- Gedragsstoornis
- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Tabel 1.1 Vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18 - 64 jaar
(ooit in het leven, op jaarbasis) (in procenten) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Ooit in het leven			Op jaarbasis		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Stemmingsstoornis	14,4	25,9	20,1	4,8	7,4	6,1
Depressieve stoornis	13,1	24,3	18,7	4,1	6,3	5,2
Dysthymie	0,6	2,0	1,3	0,4	1,3	0,9
Bipolaire stoornis	1,2	1,4	1,3	0,7	1,0	0,8
Angststoornis	15,9	23,4	19,6	7,7	12,5	10,1
Paniekstoornis	2,8	4,7	3,8	1,0	1,5	1,2
Agorafobie zonder paniekstoornis	0,4	1,4	0,9	0,2	0,6	0,4
Specifieke fobie	5,5	10,3	7,9	3,5	6,6	5,0
Sociale fobie	7,7	10,9	9,3	3,2	4,4	3,8
Gegeneraliseerde angststoornis	3,6	5,4	4,5	1,3	2,2	1,7
Middelenstoornis	27,7	10,3	19,1	7,6	3,6	5,6
Alcoholmisbruik	21,9	6,6	14,3	5,6	1,8	3,7
Alcoholafhankelijkheid	3,1	0,9	2,0	1,0	0,5	0,7
Drugsmisbruik	4,8	2,7	3,8	0,9	0,8	0,9
Cannabismisbruik*	3,5	1,2	2,3	0,6	0,2	0,4
Drugsafhankelijkheid	3,0	1,5	2,2	0,8	0,7	0,7
Cannabisafhankelijkheid*	2,1	0,6	1,4	0,4	0,1	0,3
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis**	11,8	6,5	9,2	2,9	1,2	2,1
ADHD**	4,4	1,5	2,9	2,9	1,2	2,1
Gedragsstoornis**	7,4	3,8	5,6	-	-	-
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**	3,2	2,0	2,6	-	-	-
Antisociale persoonlijkeitsstoornis	4,3	1,7	3,0	-	-	-
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen	44,7	42,3	43,5	17,7	18,4	18,0

*Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid.

**Aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 tot 44 jaar. Lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen betekent: in de kindertijd of vroege adolescentie.

Bron: De Graaf et al., 2010

Tabel 1.1 presenteert het percentage volwassen mannen en vrouwen in Nederland dat ooit in het leven, respectievelijk op jaarbasis, een psychische stoornis heeft gehad.

De belangrijkste bevindingen:

- Psychische stoornissen komen frequent voor; in totaal heeft 43,5 procent van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Op jaarbasis heeft bijna een vijfde van de volwassenen (ongeveer 1.896.700 personen) een psychische stoornis.
- Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen op lifetime basis ongeveer even vaak voor: één op de vijf volwassenen heeft ooit in het leven zo'n stoornis gehad. Op jaarbasis is er sprake van een meer wisselend beeld: zes tot tien procent van de volwassenen heeft jaarlijks een stoornis uit één van deze drie hoofdcategorieën.
- Binnen de groep stemmingsstoornissen komt een depressieve stoornis relatief veel voor. Dysthymie en de bipolaire stoornis komen verhoudingsgewijs minder vaak voor. Binnen de groep angststoornissen komen de specifieke fobie en de sociale fobie relatief veel, en de agorafobie zonder paniekstoornis relatief weinig voor. Binnen de groep middelenstoornissen gaat het in hoofdzaak om alcoholproblemen.
- Vrouwen hebben vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen (zowel ooit in het leven als op jaarbasis). Mannen hebben daarentegen vaker een middelenstoornis (vooral alcohol-gerelateerd) of een aandachtstekort- of gedragsstoornis.

Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

Uit verdere analyse van NEMESIS-2 gegevens (De Graaf et al., 2010) (niet opgenomen in tabel) blijkt dat, naast geslacht, ook andere demografische kenmerken samenhangen met het vóórkomen van psychische stoornissen in het afgelopen jaar.

Volwassenen hebben op jongere leeftijd een grotere kans op een stemmingsstoornis, ADHD in de volwassenheid en een middelenstoornis in de afgelopen 12 maanden. De jongste leeftijdsgroep (18-24) heeft vergeleken met de oudste leeftijdsgroep (55-64) zelfs 8 keer meer kans om een middelenstoornis te hebben. Een lager opleidingsniveau hangt samen met een grotere kans op een stoornis uit alle hoofdgroepen (stemmings-, angst- en middelenstoornissen) en ADHD in het afgelopen jaar. Dit geldt ook voor het arbeidsongeschikt of werkloos zijn, het zonder partner wonen en het hebben van een lager inkomen.

Een hogere urbanisatiegraad van de woonplaats verhoogt alleen de kans op een angststoornis in het afgelopen jaar. Hetzelfde geldt voor het hebben van een niet-westerse achtergrond. Religieus zijn lijkt bescherming te bieden tegen een stemmingsstoornis.

Opgemerkt moet worden dat op basis van deze cross-sectionele gegevens niet zonder meer kan worden aangenomen dat alle bovengenoemde demografische kenmerken daadwerkelijk een rol spelen in het veroorzaken (of voorkómen) van een psychische stoornis. Het is evengoed mogelijk dat het hebben van een psychische aandoening invloed heeft op de manier van leven van patiënten. Om een voorbeeld te geven: het feit dat men zonder vaste partner woont kan de kans op een psychische aandoening vergroten, maar het is ook mogelijk dat het hebben van een psychische aandoening invloed heeft op de kans een vaste partner te vinden of te behouden.

Tabel 1.2 Vóórkomen van psychische stoornissen bij volwassenen van 18 jaar en ouder (op jaarbasis); een internationale vergelijking (in procenten) (Bron: ESEMeD; meetperiode 2001-2003)

	Nederland*	België	Duitsland	Italië	Spanje	Oekraïne	VS
Stemmingsstoornis	5,1	5,3	3,3	3,4	4,4	8,9	9,5
Angststoornis	8,6	7,6	8,1	6,0	6,2	6,8	18,1
Middelestoornis	1,9**	1,8**	1,1**	0,2**	0,7**	6,4	3,8
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen	13,4	12,7	10,9	8,4	9,3	20,9	26,2

* De Nederlandse ESEMeD cijfers vallen lager uit dan de percentages in NEMESIS-2 (zie tabel 1.1). Dit wordt o.a. veroorzaakt door de lagere respons in de Nederlandse ESEMeD studie, waardoor hier mogelijk sprake is van een onderschatting.

** Deze studies maken deel uit van ESEMeD, waarin de prevalentie alleen is gebaseerd op alcoholstoornissen. Bron: Kessler & Üstün, 2008

In tabel 1.2 wordt een internationale vergelijking gemaakt van het aantal volwassenen dat op jaarbasis last heeft van een psychische stoornis. Dit is mogelijk doordat de WHO in verschillende landen dezelfde onderzoeksmethode heeft toegepast (Kessler & Üstün, 2008). Daardoor kan Nederland met andere landen vergeleken worden wat betreft het vóórkomen van psychische stoornissen. Het blijft echter lastig om op internationaal niveau cijfers te vergelijken. In de eerste plaats zijn er mogelijk culturele verschillen in de wijze waarop mensen psychische klachten duiden en hun bereidheid hierover openheid van zaken te geven. Daarnaast zijn er verschillen tussen de studies wat betreft de respons en de procedure die is gevolgd. Zo is de respons in de ESEMeD studies, die zijn uitgevoerd in Nederland, België, Duitsland, Italië en Spanje, lager dan die in de Amerikaanse en Oekraïense studies. Omdat eerder onderzoek heeft aangetoond dat mensen die niet aan een dergelijk onderzoek meewerken vaker een psychische aandoening hebben (De Graaf et al., 2010), is er in de studies met een lagere respons mogelijk sprake van een grotere onderschatting van de prevalenties.

De belangrijkste bevindingen:

- De Verenigde Staten worden gekenmerkt door het hoogste percentage volwassenen dat op jaarbasis een psychische stoornis heeft (26,2 procent). In Spanje en Italië is dit percentage aanzienlijk lager. Nederland neemt een tussenpositie in (13,4 procent).
- Angststoornissen komen overal het meest voor, met uitzondering van Oekraïne. Daar staan de stemmingsstoornissen bovenaan.

Diagram 1.3 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen

(Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

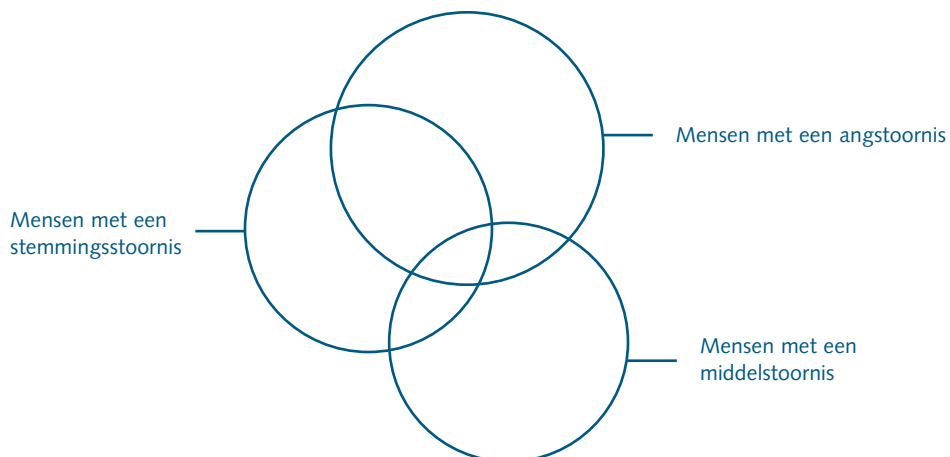


Diagram 1.3 toont welke combinaties van psychische stoornissen relatief vaak voorkomen.

Het komt vaak voor dat iemand met een psychische stoornis daarnaast nóg een psychische stoornis heeft. Van de volwassen Nederlanders heeft 18,0 procent op jaarbasis een psychische stoornis (tabel 1.1). Eenderde (32,7 procent) van deze mensen heeft twee of meer psychische stoornissen (De Graaf et al., 2010). Niet bij alle stoornissen is de kans op een combinatie met een andere stoornis even groot.

De belangrijkste bevindingen:

- De combinatie stemmings- en angststoornis komt relatief vaak voor. In totaal heeft ruim de helft (54 procent) van de volwassenen met een stemmingsstoornis daarnaast een andere psychische stoornis, meestal is dat een angststoornis (48 procent). Een relatief klein percentage van de volwassenen met een stemmingsstoornis heeft ook een middelstoornis (15 procent).
- Van de volwassenen met een angststoornis heeft 37 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 28 procent heeft een stemmingsstoornis en een relatief klein percentage (13 procent) heeft een middelstoornis.
- Van de volwassenen met een middelstoornis heeft 32 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 16 procent heeft een stemmingsstoornis en een kwart (24 procent) heeft een angststoornis.
- Van de mensen met ADHD op volwassen leeftijd heeft ruim de helft (58 procent) een andere stoornis: 25 procent heeft een stemmingstoornis, 32 procent een angststoornis en 28 procent een middelstoornis.

Tabel 1.4 Veranderingen in 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van DSM-IV psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, gebaseerd op NEMESIS-1 en NEMESIS-2 *

	1996	2007-2009	
	% **	%	
Stemmingsstoornis	7,4	6,1	n.s.***
Angststoornis	10,2	10,1	n.s.
Middelenstoornis	5,8	5,6	n.s.
Enigerlei stoornis	17,1	17,5	n.s.

* De data zijn gewogen zodat deze representatief zijn voor de volwassen Nederlandse bevolking in de betreffende onderzoeksperiode.

** De DSM-IV prevalenties in NEMESIS-1 zijn geschat door middel van 'imputatie'.

*** n.s. = niet significant; waarbij gecorrigeerd is voor demografische verschillen tussen de studies.

Bron: De Graaf et al., 2010

Tabel 1.3 laat een vergelijking zien tussen de 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van psychische stoornissen zoals gevonden in NEMESIS-1 (meetperiode: 1996) en NEMESIS-2 (meetperiode: 2007-2009). Opgemerkt moet worden dat een directe vergelijking van 12-maands psychische aandoeningen in de bevolking tussen beide NEMESIS-studies niet mogelijk was, omdat NEMESIS-2 gebaseerd is op herziene diagnostische criteria van psychische aandoeningen (DSM-IV) en gebruik heeft gemaakt van een verbeterd en uitgebreider diagnostisch instrument (CIDI 3.0). Daarom werden met behulp van gegevens over belangrijke vragen die in beide studies werden gesteld de DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1 via 'imputatie' geschat (zie De Graaf e.a., 2010).

De belangrijkste bevindingen:

- Tussen 1996 en de periode 2007-2009 veranderde de 12-maands prevalentie van enigerlei stoornis, angststoornis en middelenstoornis niet significant.
- De 12-maands prevalentie van stemmingsstoornis is iets afgenomen van 7,4% in 1996 naar 6,1% in 2007-2009, maar deze daling is niet significant als rekening gehouden wordt met verschillen in de demografische samenstelling van de bevolking ten tijde van beide NEMESIS-studies.

Tabel 1.5 Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland, 2007

	Verloren levensjaren	Ziektejaar -equivalenten	DALY's
Coronaire hartziekten	128.400	186.700	315.100
Beroerte	87.833	123.200	211.100
Angststoornissen	40	201.900	202.000
Depressie	184	168.400	168.600
Diabetes mellitus	33.926	132.100	166.100
Longkanker	148.284	9.800	158.100
COPD	59.548	86.700	146.200
Artrose	719	122.800	123.500
Ongeval letsel privé	31.051	76.300	107.300
Dementie	44.158	56.300	100.400

Bron: RIVM, 2010

In tabel 1.5 wordt de toptien weergegeven van de ziekten met de grootste ziektelast, uitgedrukt in DALY's. De DALY's worden berekend door het RIVM. De last die een ziekte meebrengt, wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's). Een DALY staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Wanneer men lijdt aan een ziekte kan men één of meer levensjaren verliezen, ofwel omdat men overlijdt, ofwel omdat men niet optimaal functioneert. Het aantal verloren levensjaren als gevolg van eerder overlijden staat in de eerste kolom, het aantal verloren levensjaren als gevolg van minder goed functioneren in de tweede kolom. De som van beide staat in de derde kolom vermeld. De vermindering van de kwaliteit van leven die een ziekte veroorzaakt (kolom ziektejaar-equivalenten) is als volgt gekwantificeerd: voor elke ziekte wordt door een panel van deskundigen vastgesteld welke gevolgen de ziekte heeft voor het dagelijkse functioneren. Dit levert een wegingsfactor op: een cijfer tussen 0 (geen nadelige gevolgen) en 1 (overlijden). Door het aantal mensen met een bepaalde ziekte te vermenigvuldigen met de wegingsfactor voor deze ziekte, wordt het aantal ziektejaar-equivalenten verkregen.

De belangrijkste bevindingen:

- Longkanker is de belangrijkste veroorzaker van verloren levensjaren. Ook coronaire hartziekten en een beroerte zorgen vaak voor eerder overlijden.
- Psychische stoornissen - zoals angststoornissen, depressie en dementie - behoren tot de ziekten met de grootste ziektelast en zijn qua aantal DALY's vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten, zoals een beroerte, diabetes mellitus, longkanker en COPD. Tussen 2003 en 2007 is dit beeld ongewijzigd gebleven.

Tabel 1.6 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland, 2003 en 2005

	2003*		2005	
	x mld euro	%	x mld euro	%
Hart- en vaatziekten	5,3	8,4	5,5	8,0
Spijsverteringsstelsel	4,6	7,3	4,6	6,7
<i>Verstandelijke handicap</i>	4,6	7,3	5,4	7,9
Symptomen**	4,2	6,6	4,8	7,0
Zenuwstelsel en zintuigen	3,6	5,6	3,9	5,6
<i>Dementie</i>	3,1	4,9	3,2	4,7
Bewegingsstelsel en bindweefsel	3,9	6,2	4,2	6,2
<i>Psychiatrische aandoeningen</i>	5	7,9	5,6	8,1
Ongevallsletsels en vergiftigingen	1,7	2,7	1,8	2,6
Ademhalingswegen	2,2	3,5	2,4	3,4
Kanker	2,4	3,8	2,7	3,9
Overige uitgaven	22,8	35,9	24,5	35,7
Totaal	63,4	100	68,5	100

* Niet alle cijfers over 2003 komen overeen met cijfers uit eerdere edities van 'GGZ in Tabellen'. Dit komt doordat het CBS het welzijnsdeel van de Zorgrekeningen heeft uitgebreid, ondermeer met de kosten van jeugdzorg en asielopvang. Deze tabel presenteert de gecorrigeerde cijfers.

**Symptomen en onvolledige omschreven ziektebeelden zijn in de ICD-9 opgenomen in hoofdgroep 16. Deze hoofdgroep kent drie subgroepen: symptomen waaronder coma en hallucinaties, niet-specifieke afwijkende bevindingen zoals resultaten van laboratoriumonderzoek van bloed of urine en slecht omschreven en onbekende oorzaken van ziekte en sterfte. In de laatste subgroep vallen bijvoorbeeld dood door ouderdom en wiegendood.

Bron: RIVM, 2006 & 2008

In tabel 1.6 wordt een overzicht gegeven van de toptien van kostbaarste ziekten in Nederland in 2003 en 2005.

Het RIVM heeft de totale uitgaven die in de gezondheidszorg zijn gedaan verdeeld over een aantal diagnosegroepen. Daarbij is gebruik gemaakt van ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death, 9th revision), een classificatie die alle diagnoses omvat die in de gezondheidszorg aan de orde zijn. De ICD groepeert de diagnoses in 18 diagnosegroepen. Deze 18 diagnosegroepen heeft het RIVM als uitgangspunt genomen. In de bovenstaande tabel zijn de kosten van de diagnosegroep 'psychische stoornissen' uitgesplitst naar mensen met een verstandelijke handicap, ouderen die lijden aan dementie en mensen met psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, depressie, angststoornissen en verslavingsproblematiek.

De belangrijkste bevindingen:

- Het RIVM becijferde de totale kosten van de gezondheidszorg in 2003 op 63,4 miljard euro. In 2005 werden de totale kosten op 68,5 miljard becijferd (een toename van 8 procent).
- Vormden in 2003 hart- en vaatziekten nog de duurste diagnosegroep (5,3 miljard euro), in 2005 brengen psychiatrische aandoeningen de hoogste kosten met zich mee (5,6 miljard euro), op de voet gevolgd door hart- en vaatziekten (5,5 miljard euro).
- De diagnosegroep verstandelijke handicap neemt met 0,8 miljard het grootste aandeel in de absolute kostenstijging tussen 2003 en 2005 voor zijn rekening (16 procent), gevolgd door psychische stoornissen (12 procent) en de diagnosegroepen kanker, bewegingsstelsel en bindweefsel en zenuwstelsel en zintuigen (6 procent).

2 Toegang en zorggebruik

Tabel 2.1 Zorggebruik in de afgelopen 12 maanden van de volwassen Nederlandse bevolking van 18-64 jaar met een psychische stoornis (in procenten) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Algemene gezondheidszorg	GGZ	Informele zorg	Enigerlei zorg	Medicatie*
Stemmingsstoornis	51,4	37,4	15,3	58,7	36,8
Angststoornis	29,3	22,2	10,0	34,8	20,5
Middelenstoornis	26,0	17,3	7,4	29,0	15,3
ADHD	25,9	22,2	5,0	35,2	24,9
Enigerlei stoornis	28,5	20,5	8,5	33,8	19,6

* medicatie is niet meegeteld in 'enigerlei zorg', omdat het ontvangen van enigerlei zorg een voorwaarde is voor het gebruik van medicatie.

Bron: De Graaf et al., 2010

Tabel 2.1 presenteert het percentage van de volwassenen met een psychische stoornis die op jaarbasis hiervoor hulp krijgt. Bron is de NEMESIS-2 studie. Het begrip hulpverlener werd in de NEMESIS-studie ruim opgevat. Er werd niet alleen gevraagd naar hulpverleners binnen de GGZ (onder meer psychiater, psycholoog, psychotherapeut; behandeling in een instelling voor GGZ of verslavingszorg), maar ook naar hulpverleners binnen de algemene gezondheidszorg (onder meer huisarts, bedrijfsarts, maatschappelijk werker en medisch specialist) en binnen de informele zorg (onder meer alternatieve genezer, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisatie, pastoor).

De belangrijkste bevindingen:

- Eenderde van de volwassenen met een psychische stoornis krijgt op jaarbasis enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat tweederde van de volwassenen met een psychische stoornis hiervoor in de afgelopen 12 maanden geen enkele vorm van hulp heeft gekregen.

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

- Volwassenen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in contact met alle vormen van hulpverlening. Bijna drie op de vijf krijgt enigerlei vorm van hulp. In ongeveer de helft van de gevallen wordt hulp in de algemene gezondheidszorg gezocht. Ruim eenderde van alle mensen met een stemmingsstoornis doet een beroep op de GGZ. Daarnaast krijgt ruim eenderde medicatie voorgeschreven.
- Bijna tweederde van de volwassenen met een angststoornis krijgt hiervoor geen hulp. Hoewel dit niet opgenomen is in de tabel, bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Mensen met een specifieke fobie maken weinig gebruik van zorg. Mensen met een paniekstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of een sociale fobie komen daarentegen vaker in contact met de hulpverlening.

- Volwassenen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid komen relatief weinig in zorg (29 procent op jaarbasis). Dit komt vooral doordat mensen die alcohol *misbruiken* weinig gebruik maken van de verschillende zorgvoorzieningen. Van deze groep ontvangt maar 14 procent enigerlei vorm van hulp. *Alcoholafhankelijkheid* en drugs-misbruik en –afhankelijkheid leiden tot aanzienlijk hogere percentages zorggebruik; respectievelijk 48, 56 en 74 procent. Meestal wordt een beroep op de algemene gezondheidszorg of de GGZ gedaan.
- Ongeveer een op de drie volwassenen met ADHD krijgt enigerlei vorm van hulp. Ook hier gaat het vooral om de algemene gezondheidszorg en de GGZ.

Demografische determinanten van zorggebruik vanwege een psychische stoornis.

Uit verdere analyse van NEMESIS-2 gegevens blijkt dat naast het hebben van een psychische stoornis ook demografische factoren een rol spelen in het al dan niet ontvangen van hulp (De Graaf et al., 2010). Alle vormen van zorg worden vaker gebruikt door vrouwen, mensen zonder partner, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag inkomen. Verder doen volwassenen die in een grotere stad wonen vaker een beroep op enigerlei vorm van zorg als ze last hebben van psychische problemen. Daarnaast blijkt leeftijd een rol te spelen: hoe ouder iemand is, hoe groter de kans om gebruik te maken van enigerlei zorgvoorziening.

**Tabel 2.2 Internationaal: zorggebruik (formeel en informeel¹) in internationaal perspectief, uitgesplitst naar type stoornis (ooit in het leven) (in percentages)
(Bron: ESEMeD; meetperiode 2001-2003)**

	België	Frankrijk	Duitsland	Italië	Nederland	Spanje
Geen stoornis	13,5	16,8	14,4	4,8	17,2	8,2
Enigerlei stoornis	47,8	45,5	46,3	31,4	57,9	44,1
Enigerlei stemmingsstoornis	62,4	58,3	62,3	37,0	71,0	60,4
Enigerlei angststoornis	50,3	46,8	48,3	33,1	63,6	44,3
Enigerlei stemmings- én angststoornis	68,3	67,5	70,8	45,0	78,9	67,5
Alcoholgerelateerde stoornis	35,1	30,8	40,3	16,5	45,9	16,1

Bron: Kovess-Masfety et al., 2007

Tabel 2.2 presenteert internationale cijfers over het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven hiervoor enigerlei vorm van zorg ontving.

Belangrijkste bevinding:

- Hoewel een aanzienlijk percentage mensen met een psychische stoornis geen enkele vorm van hulp krijgt, is in Nederland het percentage mensen met een psychische stoornis dat hiervoor ooit in het leven formele of informele hulp krijgt relatief hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dat geldt voor alle diagnosegroepen.

1 *Formele zorg* = huisarts, bedrijfsarts, crisisdienst, Riagg, polikliniek psychiatrie, CAD, vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut, psychiatrische deeltijdbehandeling, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, psychiatrische afdeling, algemeen ziekenhuis, RIBW.
Informele zorg = alternatieve hulpverleners, traditionele genezers, zelfhulpgroep, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut, haptonoom.

Tabel 2.3 Samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en zorggebruik op jaarbasis (12 maanden); een internationale vergelijking (in procenten)

	Ernstige stoornissen	Matige stoornissen	Lichte stoornissen	Geen stoornis
	%	%	%	%
Laag inkomen				
Nigeria	21,3	13,8	10,0	1,0
Laag-midden inkomen				
China	11,0	23,5	1,7	2,9
Colombia	27,8	10,3	7,8	3,4
Zuid-Afrika	26,2	26,6	23,1	13,4
Oekraïne	25,7	21,2	7,6	4,4
Hoog-midden inkomen				
Libanon	20,1	11,6	4,0	3,0
Mexico	25,8	17,9	11,9	3,2
Hoog inkomen				
België	60,9	36,5	13,9	6,8
Frankrijk	48,0	29,4	21,1	7,0
Israël	53,1	32,3	14,4	6,0
Duitsland	40,0	23,9	20,3	5,9
Italië	51,0	25,9	17,3	2,2
Japan	24,2	24,2	12,8	4,5
Nederland	50,4	31,3	16,1	7,7
Nieuw Zeeland	56,6	39,8	22,2	7,3
Spanje	58,7	37,4	17,3	3,9
Verenigde Staten	59,7	39,9	26,2	9,7

*De landen werden op basis van de criteria van de Wereldbank ingedeeld in één van de volgende categorieën: 'laag-inkomen', 'laag-midden inkomen', 'hoog-midden inkomen', 'hoog inkomen'.

Bron: Wang et al. (WHO Mental Health Survey), 2007

In tabel 2.3 wordt op internationaal niveau een overzicht gegeven van de samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en het zorggebruik op jaarbasis. De onderzoeken zijn uitgevoerd in Afrika (Nigeria, Zuid-Afrika), Noord en Zuid-Amerika (Colombia, Mexico, de Verenigde Staten), Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Spanje, Oekraïne), Japan, Nieuw Zeeland, China en het Midden-Oosten (Israël en Libanon). De landen werden ingedeeld in één van de volgende vier inkomenscategorieën: laag inkomen, laag-midden, hoog-midden en hoog inkomen. De totale steekproef bestond uit 84.850 volwassenen van 18 jaar en ouder (variërend van 2.372 in Nederland tot 12.790 in Nieuw Zeeland). Veldwerk werd uitgevoerd in de periode 2001-2004. Psychiatrische stoornissen werden gemeten met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument (WMH-CIDI). In het onderzoek werd de ernst van een

psychiatrische stoornis ingedeeld in één van de volgende drie categorieën: ernstig, matig en lichte stoornis. Als *ernstig* werden de volgende psychiatrische stoornissen beschouwd: bipolaire I stoornis of middelen-afhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidsyndroom, een suïcide poging ondernemen in samenhang met een andere psychiatrische stoornis, het rapporteren van ernstige functionele beperkingen als gevolg van een psychiatrische stoornis. Een psychiatrische stoornis werd als *matig ernstig* beschouwd als er sprake was van een middelen-afhankelijkheid zonder lichamelijk afhankelijkheidsyndroom en als de functionele beperkingen die iemand ervoer gemiddeld ernstig waren. Alle overige psychiatrische stoornissen werden als *licht* beschouwd. Zorggebruik werd gemeten via de vraag of de respondent in de 12 maanden voorafgaand aan het interview een professionele hulpverlener (psychiater, psycholoog, huisarts, therapeut) of een informele hulpverlener (zoals bijvoorbeeld een dominee, alternatieve therapeut of traditioneel genezer) heeft geraadpleegd voor emotionele of psychische problemen, voor een gespannen gevoel of voor alcohol- of drugsgerelateerde problemen.

Belangrijkste bevindingen:

- Hoe ernstiger de psychiatrische stoornis, hoe meer volwassenen zorg ontvangen. Dit patroon doet zich globaal in alle landen voor.
- Een substantieel percentage volwassenen met ernstige psychische stoornissen blijkt geen zorg te ontvangen. Dit geldt voor landen waar de inwoners een hoog gemiddeld inkomen hebben, maar nog meer voor landen waar de inwoners minder verdienen (zoals Libanon, Mexico, Nigeria, Oekraïne en Zuid-Afrika). In de landen waar een laag gemiddeld inkomen verdiend wordt, krijgen relatief weinig mensen met een ernstige psychiatrische stoornis hulp.
- In Nederland lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen: 7,7 procent van de volwassen Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastoor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek. Hiermee behoort Nederland tot de koplopers: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten ligt dit percentage hoger (respectievelijk 13,4 en 9,7 procent).

Tabel 2.4 Opvattingen van de volwassen bevolking ≥ 18 jaar ten aanzien van professionele hulp voor psychische problemen in zes Europese landen, in procenten (Bron: ESEMeD; meetperiode: 2001-2003).

	Nederland (n=1094)	België (n=1043)	Frankrijk (n=1436)	Duitsland (n=1323)	Italië (n=1779)	Spanje (n=2121)
	%	%	%	%	%	%
Zou naar een professionele hulpverlener gaan bij ernstige psychische problemen						
Zeker niet gaan	13,8	23,9	22,8	10,2	10,0	6,1
Waarschijnlijk niet gaan	21,6	19,4	17,4	24,4	9,6	5,6
Waarschijnlijk gaan	37,9	28,4	28,5	41,3	37,7	24,2
Zeker gaan	26,8	28,4	31,3	24,1	42,8	64,0
Zou zich op gemak voelen om over persoonlijke problemen te praten						
Helemaal niet op gemak	8,0	15,9	15,9	16,0	15,5	7,4
Niet erg op gemak	24,5	19,1	22,5	40,6	17,7	19,6
Behoorlijk op gemak	53,5	37,8	37,4	33,2	41,9	37,2
Erg op gemak	14,0	27,3	24,2	10,2	24,9	35,8
Zou zich schamen als vrienden zouden weten over professionele hulp						
Zeer schamen	2,6	3,8	5,8	5,8	7,5	1,6
Enigszins schamen	17,4	14,8	14,7	13,3	19,4	8,1
Niet erg schamen	20,3	23,5	22,4	35,7	27,8	20,2
Helemaal niet schamen	59,7	58,0	57,1	45,3	45,3	70,1
Waargenomen effectiviteit van professionele hulp						
Slechter dan of gelijk aan geen hulp	45,6	34,3	38,9	36,5	23,6	19,1
Een beetje beter dan geen hulp	38,6	38,9	33,5	37,4	31,3	19,5
Aanzienlijk beter dan geen hulp	14,2	20,8	22,3	23,1	32,7	34,9
Veel beter dan geen hulp	1,6	6,0	5,4	3,0	12,5	26,5

Bron: Ten Have et al., 2010

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de attitudes van de bevolking in zes verschillende Europese landen ten aanzien van professionele hulp voor psychische problemen.

Belangrijkste bevindingen:

- Bijna tweederde van de Nederlanders geeft aan waarschijnlijk of zeker professionele hulp te zoeken wanneer zij last zouden hebben van ernstige psychische problemen. Ruim eenderde zegt dit waarschijnlijk of zeker niet te doen. In België, Frankrijk en Duitsland zijn de meningen globaal op een vergelijkbare manier verdeeld. In Spanje (80%) en Italië (88%) zegt de volwassen bevolking vaker waarschijnlijk of zeker professionele hulp te gaan zoeken bij ernstige psychische problemen.

- Van de volwassen Nederlanders zegt ongeveer tweederde zich behoorlijk of erg op zijn of haar gemak te voelen bij het praten over persoonlijke problemen met een professioneel hulpverlener. Maar acht procent zou zich hierbij helemaal niet gemakkelijk voelen. Alleen in Spanje geeft men aan nog makkelijker over persoonlijke problemen te praten met een professioneel hulpverlener. Duitsers geven opvallend vaak aan zich waarschijnlijk of zeker niet gemakkelijk te voelen bij het praten over persoonlijke problemen.
- Tachtig procent van de volwassen Nederlanders geeft aan zich niet erg, of helemaal niet te schamen wanneer vrienden zouden weten dat hij of zij professionele hulp gezocht heeft voor psychische problemen. Twintig procent zou zich in een dergelijk geval enigszins of erg schamen. Dit beeld komt redelijk overeen met de meningen in België, Frankrijk en Duitsland. De Italianen geven aan zich wat vaker enigszins of erg te zullen schamen in een dergelijke situatie (27%). In Spanje zou men zich juist minder schamen. Hier geeft ongeveer 90 procent aan zich niet erg, of helemaal niet te zullen schamen in een dergelijke situatie.
- Vergeleken met de andere vijf Europese landen zijn de Nederlandse volwassenen opmerkelijk negatief over de effectiviteit van professionele hulp bij psychische problemen. Iets minder dan de helft van de Nederlandse volwassen bevolking is van mening dat professionele hulp bij psychische klachten waarschijnlijk even goed werkt, of zelfs slechter is dan geen hulp. Maar 16 procent van de Nederlanders denkt dat professionele hulp aanzienlijk of veel effectiever is dan geen hulp.

Tabel 2.5 Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis (in procenten van het aantal volwassen Nederlanders van 18-64 jaar met een psychische stoornis) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	% totaal
Stemmingsstoornis	8,7
Angststoornis	5,9
Middelenstoornis	5,3
ADHD	5,1
Enigerlei stoornis	5,6
Comorbiditeit:	
Een enkele stoornis	3,8
Twee of meer stoornissen	9,2

Bron: De Graaf et al. 2010.

In tabel 2.5 staat vermeld hoeveel volwassenen met een psychische stoornis op jaarbasis behoefte aan professionele hulp hebben gehad, maar toch niet naar een hulpverlener zijn gegaan.

De belangrijkste bevindingen:

- Van de groep volwassenen met een psychische stoornis zegt gemiddeld 5,6 procent wel graag professionele hulp te willen ontvangen, terwijl geen enkele hulp is gezocht.
- De onvervulde behoefte aan hulp bij volwassen Nederlanders met twee of meer stoornissen is groter dan die van volwassenen met een enkelvoudige psychische aandoening. Ruim 9 procent van de volwassenen met comorbide psychische aandoeningen zegt behoefte aan hulp te hebben gehad, maar deze hulp niet te hebben gezocht. Dit tegenover 3,8 procent van de volwassenen met een enkelvoudige aandoening.
- Het percentage volwassenen met een onvervulde behoefte aan hulp is relatief hoog bij mensen met een stemmingsstoornis (8,7 procent).

Tabel 2.6a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2010

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolytica	1.349.700	1.305.400	1.337.000	1.315.700	1.344.000	1.319.900	1.308.000	1.297.700
Antidepressiva (totaal)	524.460	574.560	652.290	705.400	791.510	835.240	867.700	883.030
TCA's**	226.620	220.420	223.330	229.100	233.010	223.590	223.310	226.970
SSRI's**	285.400	321.670	375.020	427.480	494.420	526.580	545.940	543.150
Hypnotica en Sedativa	878.570	847.240	871.820	859.050	886.390	877.630	874.570	876.820
ATC groep	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	
Anxiolytica	1.313.000	1.251.000	1.206.000	1.201.000	1.183.000	272.920	296.140	
Antidepressiva (totaal)	936.350	922.360	922.480	921.800	927.140	916.980	941.510	
TCA's**	236.960	234.240	221.670	226.270	233.750	235.750	246.790	
SSRI's**	568.820	548.490	547.090	529.860	518.010	505.500	511.520	
Hypnotica en Sedativa	891.480	851.570	870.330	854.760	847.300	161.850	172.460	

* Door de inwerkingtreding van de nieuwe ziektekostenverzekeringwet in 2006 zijn veel mensen van zorgverzekeraar gewisseld. Daardoor werd in sommige gevallen het medicijngebruik in dit jaar zowel door de oude als door de nieuwe verzekeraar geregistreerd. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal gebruikers.

** TCA's (Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (de Engelse afkorting voor Selectieve Serotonine Heropnameremmers) zijn veel gebruikte antidepressiva.

Bron: GIPdatabank (CVZ)

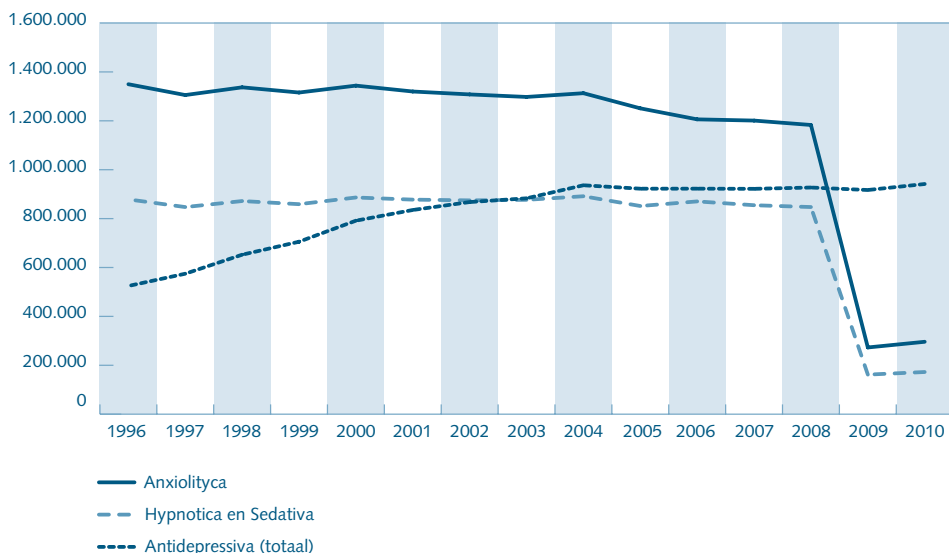
In tabel 2.6a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2010. In grafiek 2.6 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Anxiolytica (vaak voorgeschreven bij angststoornissen) worden in de periode 1996-2008 het meest gebruikt in Nederland, gevolgd door het aantal mensen dat antidepressiva krijgt voorgeschreven. Daarnaast worden hypnotica en sedativa (veel toegepast bij angst en slaapproblemen) tot en met 2008 door veel personen gebruikt.
- Tussen 2008 en 2009 is er een scherpe daling zichtbaar in het aantal gebruikers van anxiolytica (77%) en hypnotica en sedativa (81%). Deze dalingen blijven gehandhaafd in 2010. Een verklaring hiervoor is dat per 1 januari 2009 de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering is beperkt². Hierdoor schrijven artsen deze psychofarmaca aan minder patiënten voor. Daarnaast zal een aantal gebruikers niet gestopt zijn, maar de niet vergoede kosten voor eigen rekening hebben genomen. Deze gebruikers vallen vanaf 2009 buiten de registratie van CVZ. De gepresenteerde aantallen over 2009 en 2010 zijn daarom een onderschatting van het werkelijke aantal gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa.

2 Sinds 1 januari 2009 wordt het gebruik van benzodiazepinen, waaronder de meeste anxiolytica, hypnotica en sedativa vallen, alleen vergoed bij een beperkt aantal indicaties: als onderhoudsbehandeling bij epilepsie, als behandeling voor angststoornissen waarbij medicamenteuze therapie met antidepressiva niet effectief is gebleken en bij behandeling van patiënten met multipole psychiatrische problematiek voor wie behandeling met (hoge doses) benzodiazepinen noodzakelijk is (Ministerie van VWS, 2009).

Grafiek 2.6 Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2008



Bron: GIPdatabank (CVZ)

- Het aantal gebruikers van antidepressiva is tussen 1996 en 2010 met 80 procent gestegen. Deze toename vond vooral plaats tussen 1996 en 2004. Hierdoor is in 2003 het aantal gebruikers van antidepressiva voor het eerst groter dan dat van hypnotica/sedativa. Sinds de scherpe afname van het aantal geregistreerde gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa in 2009, is het aantal mensen dat antidepressiva gebruikt verreweg het grootst. Dit is goed te zien in grafiek 2.6.
- De stijgende trend in het aantal personen dat een antidepressivum ontvangt lijkt met name bepaald te worden door de toename van het aantal gebruikers van SSRI's. Dit type antidepressivum wordt het meest voorgeschreven. Het aantal gebruikers van deze middelen stijgt daarnaast tussen 1996 en 2010 met 79 procent. Deze toename heeft vooral plaatsgevonden tussen 1996 en 2004. Vanaf 2004 is een lichte daling zichtbaar in het aantal gebruikers van SSRI's en sinds 2008 lijkt het aantal personen dat een SSRI ontvangt zich te stabiliseren.
- De stijging in het aantal gebruikers van TCA's is met ongeveer 9 procent over de gehele periode minder sterk dan de totale toename in het gebruik van SSRI's.

Tabel 2.6b Veel gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's, 1996-2008 (1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolytica	115,6	112	114,9	112,9	115,1	113,1	112,3	112,3
Antidepressiva (totaal)	86,1	101	120,6	138,7	164,1	183,9	199,2	210,4
TCA's	28,5	29	29,8	30,9	32,2	31,4	31,7	32,5
SSRI's	50	60,3	73,4	89,2	109,4	123,7	134,3	140,2
Hypnotica en Sedativa	134,2	131,5	134,3	130,6	134,1	135,1	134,3	135,7
ATC groep	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Anxiolytica	111,9	107,9	91,8	93,1	92,9	35,1	38,6	
Antidepressiva (totaal)	229,4	232,5	221,5	238,5	244,2	239,4	246,0	
TCA's	33,4	33,2	29,8	31,2	31,6	30,5	31,4	
SSRI's	151,9	151,8	144,9	154,0	155,7	152,0	155,2	
Hypnotica en Sedativa	136,2	131,7	123,9	126,7	126,9	28,5	31,5	

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.6c Veel gebruikte psychofarmaca: gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2010.

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolytica	86	86	86	86	86	86	86	87
Antidepressiva (totaal)	164	176	185	197	207	220	230	238
TCA's	126	131	134	135	138	141	142	143
SSRI's	175	187	196	209	221	235	246	258
Hypnotica en Sedativa	153	155	154	152	151	154	154	155
ATC groep	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	
Anxiolytica	85	86	76	77	79	129	131	
Antidepressiva (totaal)	245	252	240	259	263	261	261	
TCA's	141	142	134	138	135	129	127	
SSRI's	267	277	265	291	301	301	304	
Hypnotica en Sedativa	153	155	142	148	150	176	183	

* in 2006 is er mogelijk sprake van een overschatting van het aantal gebruikers door dubbele registratie van een deel van de verzekerden. Hieruit volgt een mogelijke onderschatting van het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker.

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Een DDD (Defined Daily Dose, of standaard dagdosering) is een eenheid die door de WHO is geïntroduceerd om het gebruik van verschillende geneesmiddelen beter met elkaar te kunnen vergelijken. In plaats van het absolute aantal voorschriften of het aantal voorgeschreven eenheden, wordt het aantal voorgeschreven DDD's geteld. Als uitgangspunt geldt dat een DDD overeenkomt met een gemiddelde onderhoudsdosering per dag voor een volwassen gebruiker, wanneer het middel wordt ingezet voor bestrijding van de hoofdindicatie.

In tabel 2.6b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2010.

Tabel 2.6c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

Belangrijkste bevindingen:

- Sinds 1999 worden er in Nederland van antidepressiva de meeste DDD's per jaar voorgeschreven (tabel 2.6b). Het aantal voorgeschreven DDD's van antidepressiva is tussen 1996 en 2010 bijna verdriedubbeld. Dit, terwijl het aantal voorgeschreven DDD's van anxiolytica en hypnotica/sedativa is gedaald met respectievelijk 67 procent en 77 procent. Deze dalingen zijn zichtbaar vanaf 2005, maar zijn vooral tussen 2008 en 2009 scherp. Deze sterke afname hangt samen met de beperking van de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering, zoals eerder op bladzijde 28 is besproken.
- Kijkend naar het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, is een ander beeld te zien (tabel 2.6c). Er is over de gehele periode 1996-2010 sprake van een toename wat betreft antidepressiva (59%). Bij de anxiolytica en hypnotica/sedativa is er tot 2009 een lichte daling te zien, resp. 8 procent en 7 procent. Vanaf 2009 stijgt het aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker bij deze middelen echter aanzienlijk, als gevolg van de wijziging in de vergoeding van anxiolytica en hypnotica/sedativa. Sinds 2009 is het aantal personen dat deze middelen gebruikt en vergoed krijgt uit de basisverzekering duidelijk gedaald; gebruikers die wel nog in aanmerking komen voor vergoeding krijgen de medicatie langdurig en/of in een hoge dosering voorgeschreven.
- De trends in het voorschrijven van antidepressiva worden met name bepaald door ontwikkelingen in het voorschrijven van SSRI's. Dit type antidepressivum wordt het meest voorgeschreven en het totaal aantal standaard dagdoseringen is tussen 1996 en 2010 ruim verdrievoudigd, waarbij de sterkste toename plaatsvond tussen 1996 en 2004 (tabel 2.6b). Het totaal aantal voorgeschreven DDD's van TCA's is daarentegen in dezelfde periode redelijk stabiel. Een soortgelijke trend is ook te zien bij het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker: terwijl het aantal DDD's per gebruiker in het geval van de SSRI's in de gehele periode met 74 procent is gestegen, is er bij de TCA's nauwelijks sprake van verandering (tabel 2.6c).

Tabel 2.7a Andere psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2010

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	206.220	201.840	212.630	219.110	224.030	226.920	235.820	247.720
Middelen bij ADHD	22.750	28.040	35.020	43.080	47.820	47.400	50.940	56.350
Dementiemiddelen	-	-	1.160	4.850	7.060	8.300	10.050	12.530
Middelen bij alcoholverslaving	9.610	10.660	13.180	13.650	14.830	15.800	16.140	16.620
ATC groep	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	
Antipsychotica	261.850	270.140	247.870	258.140	263.440	261.220	274.630	
Middelen bij ADHD	62.761	68.369	84.207	96.501	109.090	128.010	152.640	
Dementiemiddelen	19.072	22.855	25.239	26.736	31.018	35.080	37.678	
Middelen bij alcoholverslaving	17.611	18.838	17.130	18.472	18.831	18.649	18.995	

* Door de inwerkingtreding van de nieuwe ziektekostenverzekeringwet in 2006 zijn veel mensen van zorgverzekeraar gewisseld. Daardoor werd in sommige gevallen het medicijngebruik in dit jaar zowel door de oude als door de nieuwe verzekeraar geregistreerd. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal gebruikers.

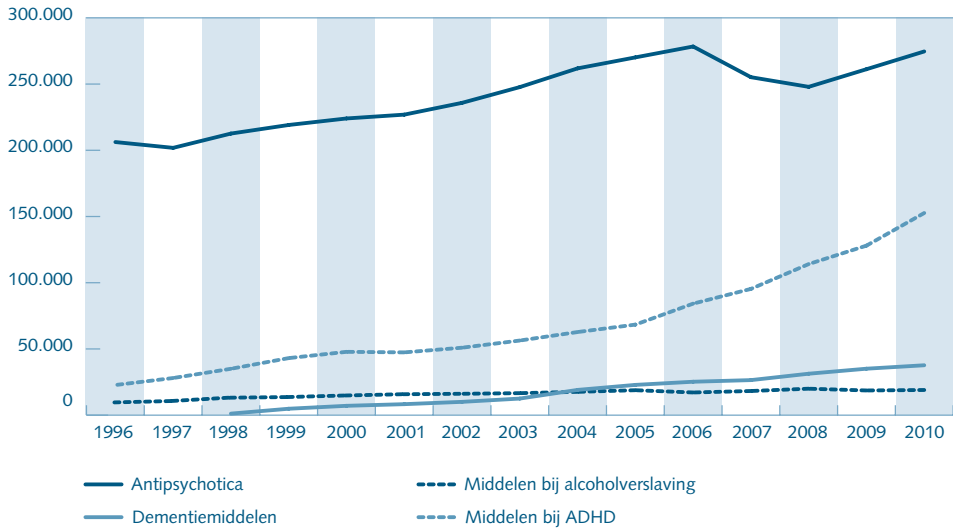
Bron: GIPdatabank (CVZ)

In tabel 2.7a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende relatief minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2010. In grafiek 2.7 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen

- Sinds er in 1998 dementiemiddelen op de markt zijn gekomen, is het aantal gebruikers elk jaar sterk gestegen. Dit geldt ook voor middelen bij ADHD: het aantal mensen dat deze middelen krijgt voorgeschreven is over de gehele periode bijna verzevenvoudigd.
- Ook het aantal gebruikers van antipsychotica (veel toegepast bij psychosen) en middelen bij alcoholverslaving is gestegen. Deze toename is relatief gezien echter minder sterk dan de stijging in het aantal gebruikers van dementiemiddelen en middelen bij ADHD.

Grafiek 2.7 Andere psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2010



Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.7b Andere psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's*, 1996-2010 (1= 1.000.000).

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	27,6	29	31,4	32,9	34,8	35,6	37,4	40,3
Middelen bij ADHD	2,7	3,5	4,7	6,3	7,5	7,9	8,7	9,9
Dementiemiddelen	-	-	0,1	0,5	1	1,3	1,7	2,1
Middelen bij alcoholverslaving	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	2	2,1
ATC groep	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Antipsychotica	43,6	46,1	39,4	42	43,5	42,7	45	
Middelen bij ADHD	11,6	13	16	21,2	24,9	29,8	35,5	
Dementiemiddelen	3	3,9	4,9	5,7	6,9	8	8,8	
Middelen bij alcoholverslaving	2,2	2,4	2,2	2,4	2,6	2,5	2,6	

*Voor de definitie van DDD, zie begeleidende tekst tabel 2.6b en 2.6c.

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.7c Andere psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2010.

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	134	144	148	150	155	157	159	163
Middelen bij ADHD	117	125	134	147	158	167	171	176
Dementiemiddelen	-	-	60	110	137	152	166	165
Middelen bij alcoholverslaving	110	113	113	114	114	117	122	126
ATC groep	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Antipsychotica	166	171	159	163	165	164	164	
Middelen bij ADHD	185	190	190	220	228	233	233	
Dementiemiddelen	156	170	193	212	224	228	235	
Middelen bij alcoholverslaving	126	129	129	132	136	135	136	

* in 2006 is er mogelijk sprake van een overschatting van het aantal gebruikers door dubbele registratie van een deel van de verzekerden. Hieruit volgt een mogelijke onderschatting van het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker.

Bron: GIPdatabank (CVZ)

In tabel 2.7b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2010.

Tabel 2.7c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

De belangrijkste bevindingen

- Sinds er in 1998 dementiemiddelen op de markt zijn gekomen, is het totaal aantal voorgeschreven DDD's elk jaar sterk gestegen. Ook het gemiddeld aantal DDD's dat per persoon voorgeschreven wordt is sindsdien toegenomen, hoewel relatief gezien minder sterk.
- Het aantal voorgeschreven standaard dagdoseringen van middelen bij ADHD is tussen 1996 en 2010 ongeveer verdertienvoudig en is in de laatste jaren snel blijven groeien. Het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is sinds 1996 verdubbeld.
- Ook bij de antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving zijn over de gehele periode stijgingen te zien in het totaal aantal voorgeschreven DDD's en het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker. Wel zijn deze toenames relatief minder sterk dan bij dementiemiddelen en middelen bij ADHD.
- Deze bevindingen duiden erop dat in de periode 1996-2010 niet alleen steeds meer personen de bovengenoemde psychofarmaca zijn gaan gebruiken, maar ook dat artsen de middelen langduriger en/of in een hogere dosering zijn gaan voorschrijven.

Tabel 2.8 Meest gestelde psychische diagnoses bij volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk, 2002-2008 (aantal diagnoses per 1000 volwassenen)

	2002	2004	2006	2008
	n=193.752*	n=114.209*	n=178.760*	n=203.237*
Specifieke diagnose (ICPC code**)				
Depressie (p76)	25,4	28,8	27,0	25,5
Slapeloosheid/andere slaapstoornis (p06)	20,7	23,1	20,8	21,3
Angstig/nerveus/gespannen gevoel (p01)	18,8	21,4	18,3	18,2
Angststoornis/angsttoestand (p74)	10,2	10,3	11,0	11,8
Neurasthenie/surmenage (p78)	10,1	11,0	8,8	10,1
Down/depressief gevoel (p03)	7,7	10,4	8,9	9,4
Crisis/voorbijgaande stress reactie (p02)	9,0	8,6	8,4	9,0
Diagnose hoofdgroepen (ICPC code**)				
Depressie (p03+p76)	32,2	37,6	34,8	34,1
Angst (p01+p74)	28,2	30,7	28,5	29,3
Problematisch alcoholgebruik (p15+p16)	2,9	3,1	3,5	4,5
Psychotische stoornis (p71+p72+p98)	2,1	2,3	2,4	3,0
Enigerlei psychische diagnose	111,2	120,1	115,9	127,9

* n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 69 in 2002, 43 in 2004, 69 in 2006 en 82 in 2008.

** Diagnoses worden binnen LINH gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem voor huisartsen, de 'International Classification of Primary Care' (ICPC).

Bron: Verheij et al., 2009

Tabel 2.8 geeft een overzicht van de meest gestelde psychische diagnoses in de huisartsenpraktijk. De gegevens zijn afkomstig van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) (Verheij et al., 2009).

De belangrijkste bevindingen:

- De drie meest gestelde psychische diagnoses zijn:
 - Depressie
 - Slapeloosheid
 - Angstig, nerveus of gespannen gevoel
- In de periode 2002-2008 zijn er geen grote veranderingen geweest in de top 7 van diagnoses die de huisarts het vaakst stelt.
- De frequentie waarmee enigerlei psychische diagnose gesteld wordt laat een inconsistent patroon zien tussen 2002 en 2008.
- Een diagnose uit de hoofdgroep problematisch alcoholgebruik wordt consistent vaker gesteld tussen 2002 en 2008. Dit geldt ook voor een diagnose uit de hoofdgroep psychotische stoornissen. Voor alle andere veel voorkomende diagnoses is er geen duidelijk zichtbare trend aan te wijzen in dezelfde periode.

Tabel 2.9 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat psychofarmaca voorgeschreven krijgt, 2002-2008 (naar type psychofarmacoen)

	2002	2004	2006	2008
	n=16.290*	n=15.048*	n=19.792*	n=25.365*
Type psychofarmacoen				
Antidepressiva	34,7	35,7	33,9	32,8
SSRI's**	24,3	24,8	22,7	21,2
TCA's**	6,8	7,0	6,1	6,3
Overige antidepressiva	5,7	6,2	7,1	7,5
Anxiolytica	31,1	31,1	29,3	28,0
Hypnotica, sedativa	22,6	23,4	22,4	21,6
Antipsychotica	4,8	5,1	5,3	6,1
Middelen bij alcoholverslaving	0,5	0,6	0,6	0,8

*n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 53 in 2002, 49 in 2004, 63 in 2006 en 78 in 2008.

** SSRI's (Selectieve Serotonine Heropnameremmers) en TCA's (Tricyclische Antidepressiva) zijn veel gebruikte typen antidepressiva.

Bron: Verheij et al., 2009

In tabel 2.9 wordt een overzicht gegeven van de frequentie waarmee psychofarmaca in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven. Het gaat hier om het voorschrijven van medicatie aan volwassenen tussen 18 en 64 jaar oud bij wie de huisarts enigerlei psychische diagnose gesteld heeft. Ook deze gegevens zijn afkomstig uit het huisartsenregistratiesysteem LINH.

Belangrijkste bevindingen:

- Antidepressiva zijn in de huisartsenpraktijk het meest voorgeschreven type psychofarmacoen. Ongeveer eenderde van alle volwassenen met een psychische diagnose krijgt dit type medicatie. Sinds 2004 is een lichte daling zichtbaar in het percentage volwassenen met een voorschrift van een antidepressivum.
- SSRI's zijn veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum. Het percentage volwassenen dat van de huisarts een SSRI ontvangt neemt tussen 2004 en 2008 wel iets af. Daarentegen worden de antidepressiva uit de categorie 'overig' in de periode 2002-2008 steeds vaker voorgeschreven.
- Tussen 2002 en 2008 worden kalmeringsmiddelen (anxiolytica) en slaapmiddelen (hypnotica en sedativa) relatief vaak voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose. Wel daalt het percentage volwassenen dat deze middelen ontvangt in beide gevallen licht vanaf 2004.
- Antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving worden relatief weinig voorgeschreven in de huisartsenpraktijk. Wel gebeurt dit steeds vaker tussen 2002 en 2008.

Tabel 2.10 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat doorverwezen wordt naar de psychische hulpverlening, 2002-2008 (naar type hulpverlening)

	2002	2004	2006	2008
	n=10.552*	n=11.265*	n=12.253*	n=16.119*
Naar eerstelijns GGZ				
Eerstelijnspsycholoog	2	2	2,7	3,2
Maatschappelijk werk	1,1	1,1	1	0,9
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige**	0	0	0,5	0,2
Naar tweedelijns GGZ***				
Psycholoog/ psychotherapeut**	1,3	2,4	2,8	4,7
Psychiatrie	2,4	3,7	4,6	4,5
RIAGG	2,8	2,3	2,5	2,2
Consultatiebureau alcohol & drugs**	0,1	0,2	0,6	0,7

* n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken in de registratie bedroeg resp. 34 in 2002, 36 in 2004, 37 in 2006 en 49 in 2008.

** Registratie van deze verwijzing is binnen het LINH facultatief. De verwijzpercentages zijn daarom een onderschatting.

*** Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen.

Bron: Verheij et al., 2009

Tabel 2.10 presenteert het percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose dat door de huisarts naar de eerste- of tweedelijns GGZ wordt doorverwezen. Deze gegevens zijn afkomstig van het LINH.

Belangrijkste bevindingen:

- Het percentage volwassenen met een psychische diagnose dat door de huisarts wordt doorverwezen naar de verschillende typen gespecialiseerde hulp is niet erg hoog. Wel stijgt het verwijzpercentage in veel gevallen.
- Als er naar de eerstelijns GGZ wordt doorverwezen, gebeurt dit tussen 2002 en 2008 steeds vaker naar de eerstelijnspsycholoog.
- Wat betreft de tweedelijns GGZ stijgt het percentage volwassenen dat tussen 2002 en 2008 naar de psychiatrie, een psycholoog of psychotherapeut wordt doorverwezen. Het percentage volwassenen dat naar een RIAGG wordt doorverwezen stagneert in dezelfde periode. Dit komt mogelijk mede doordat steeds meer RIAGG's op zijn gegaan in een grotere GGZ instelling.
- Hoewel weinig volwassenen doorverwezen worden naar een Consultatiebureau voor alcohol & drugs, stijgt dit verwijzpercentage wel relatief sterk tussen 2002 en 2008.

Tabel 2.11 De eerstelijns psychologische praktijk: aantal cliënten en wijze van aanmelding, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal cliënten*	76.000	84.000	90.100	91.000	91.500
Wijze van aanmelding in %					
Verwijzing huisarts	59	60	63	64	62
Eigen initiatief	29	30	28	28	29
Anders**	12	10	9	8	9

**De aantallen cliënten zijn gebaseerd op de gegevens die aangeleverd werden door lidinstellingen van de LVE. Elk jaar levert ongeveer 60 tot 70% van de leden gegevens aan over het aantal behandelde cliënten. Op deze gegevens worden extrapolatietechnieken toegepast om tot een inschatting te komen van het totaal aantal cliënten van eerstelijnspsychologen die zijn aangesloten bij de LVE in het betreffende jaar.*

*** Tot de wijzen van aanmelding die vallen onder de categorie 'anders' behoren o.a. aanmelding door het bedrijfsleven en aanmelding door een collega psycholoog.*

Bron: jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010

De Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologie (LVE) brengt jaarlijks een jaarbericht uit waarin de belangrijkste gegevens worden gepresenteerd over de zorg die door eerstelijnspsychologen wordt verricht. Deze jaarberichten zijn gebaseerd op informatie van de leden van de LVE en hebben geen betrekking op alle eerstelijns psychologische praktijken. Circa 70 procent van alle psychologen die werkzaam zijn in de eerste lijn is geregistreerd bij deze beroepsvereniging.

In Tabel 2.11 wordt een overzicht gepresenteerd van het aantal cliënten dat jaarlijks zorg ontvangt in een praktijk voor eerstelijnspsychologie, aangesloten bij de LVE. Daarnaast wordt een beeld geschetst van de wijze waarop deze cliënten worden aangemeld voor eerstelijnspsychologische zorg.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2006-2010 neemt het aantal cliënten in de eerstelijns psychologische praktijk elk jaar toe, in totaal met ongeveer 20 procent. Deze toename is het sterkst tussen 2006 en 2008. Daarna groeit het aantal cliënten minder snel.
- Ongeveer 60 procent van alle cliënten wordt naar de eerstelijnspsycholoog verwezen door de huisarts. In circa 30 procent van de gevallen melden cliënten zich op eigen initiatief aan voor behandeling. De overige 10 procent wordt op andere wijze aangemeld. Deze verdeling is vrij stabiel in de periode tussen 2006 en 2010

**Tabel 2.12 Veelgestelde diagnoses in de eerstelijns psychologische praktijk, 2006-2010
(in procenten)**

Diagnose*	2006	2007	2008	2009	2010
Aanpassingsstoornissen	21	20	22	23	23
Stemmingsstoornissen	20	20	19	19	20
Angststoornissen	15	15	15	15	15
Somatoforme stoornissen	4	4	3	3	3

*As 1 diagnoses volgens de DSM IV-TR

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010

Tabel 2.12 geeft een overzicht van de verschillende hoofdcategorieën van psychische stoornissen die in de eerstelijns psychologische praktijk veel worden gezien.

De belangrijkste bevindingen:

- Aanpassingsstoornissen worden het vaakst vastgesteld in de eerstelijns psychologische praktijk, direct gevolgd door stemmingsstoornissen en angststoornissen. Somatoforme stoornissen worden minder vaak gediagnosticeerd.
- Tussen 2006 en 2010 is dit beeld nauwelijks veranderd.

Tabel 2.13 De eerstelijns psychologische praktijk: gemiddelde behandelduur (in weken) en aantal consulten, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Gemiddelde behandelduur in weken	19	19	19	21	21
Gemiddeld aantal consulten per cliënt	7,2	6,9	6,7	7	7
1-8 consulten*, % cliënten	71	72	76	74	73
9-12 consulten, % cliënten	17	17	15	16	17
13-20 consulten, % cliënten	9	9	7	8	8
> 20 consulten, % cliënten	3	2	2	2	2

* Vanaf 1 januari 2008 worden maximaal acht consulten op jaarbasis vergoed vanuit de basisverzekering.

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010

In Tabel 2.13 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde behandelduur in weken in de eerstelijns psychologische praktijk tussen 2006 en 2010. Tevens wordt het gemiddeld aantal consulten per cliënt gepresenteerd en wordt de verdeling van het aantal consulten over de cliënten weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- De gemiddelde behandelduur in de eerstelijns psychologische praktijk is tussen 2006 en 2010 met twee weken toegenomen, van 19 naar 21 weken.
- Daarnaast blijft het gemiddeld aantal consulten per cliënt in dezelfde periode redelijk stabiel met een gemiddelde van rond de 7 consulten. Cliënten krijgen dus gemiddeld evenveel behandelingen gedurende een wat langere periode.
- Het percentage cliënten dat meer dan acht consulten nodig heeft daalt tussen 2006 en 2008 met 5 procent van 29 procent naar 24 procent, om tussen 2008 en 2010 weer met 3 procent toe te nemen naar 27 procent.

Tabel 2.14 De eerstelijns psychologische praktijk: wijze van beëindiging contact en doorverwijzing naar andere hulpverlening, 2006-2010 (in procenten)

Wijze beëindiging contact	2006	2007	2008	2009	2010
Behandeling afgerond*	67	68	71	72	70
Behandeling afgebroken	19	18	17	15	16
Cliënt doorverwezen	14	14	12	13	14
<i>Naar 2e lijns GGZ of AGZ</i>	48	49	54	59	58
<i>Naar collega eerstelijnspsycholoog</i>	14	16	11	11	11
<i>Naar huisarts</i>	11	9	10	9	11
<i>Naar 3e lijns GGZ of AGZ</i>	5	5	5	4	4
<i>Anders</i>	22	21	20	17	16

* Het traject wordt afgerond met wederzijds goedvinden van behandelaar en cliënt.

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010

In Tabel 2.14 wordt samengevat op welke wijze contacten in de eerstelijns psychologische praktijk worden beëindigd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het percentage afgeronde contacten, het percentage afgebroken contacten en het percentage cliënten dat naar andere hulpverlening wordt doorverwezen.

De belangrijkste bevindingen:

- Het percentage behandelingen dat in de eerstelijns psychologische praktijk wordt afgerond schommelt in de gehele periode 2006 – 2010 rond 70 procent.
- De redenen voor het afbreken van een behandeling lopen sterk uiteen (niet in tabel). De belangrijkste redenen voor het afbreken van een behandeling waren in 2010: afname van de aanmeldklachten (21%), onvoldoende motivatie (19%), financiële redenen (7%) en ontevredenheid (6%).
- Wat opvalt is dat er sinds 2008, toen eerstelijnspsychologische hulp werd opgenomen in de basisverzekering, relatief minder behandelingen om financiële redenen zijn afgebroken. Ter vergelijking: in 2006 werd nog 15 procent van alle afgebroken behandelingen om financiële redenen beëindigd.
- Het percentage cliënten dat vanuit de eerstelijns psychologische praktijk wordt doorverwezen naar andere hulpverlening is in de gehele periode betrekkelijk stabiel, met percentages tussen 12 en 14 procent. Opvallend is dat tussen 2006 en 2010 relatief meer doorverwijzingen zijn gaan plaatsvinden naar de 2^e lijns GGZ/AGZ, terwijl juist wat minder werd doorverwezen naar een collega eerstelijns psycholoog.

Sectorrapportages/Wachttijstregistratie GGZ Nederland

Sectorrapportages

In dit hoofdstuk is een aantal tabellen ontleend aan de sectorrapportages van GGZ Nederland, waarin gegevens worden gepresenteerd over de lidinstellingen van deze organisatie. De gegevens binnen de sectorrapporten omvatten onder meer informatie over de doorstroom van cliënten en de zorg die hen verleend werd. De gegevens beperken zich tot geïntegreerde GGZ-instellingen, algemene psychiatrische ziekenhuizen, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's), en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). De sectorrapportages omvatten geen informatie van vrijgevestigde GGZ-professionals, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en). Ook gegevens van instellingen voor verslavingszorg en voor forensische psychiatrie zijn niet meegenomen.

GGZ Nederland hanteert een indeling in circuits: kinderen en jeugd (0-17 jaar), volwassenen (18-64 jaar), ouderen (65 jaar en ouder) en RIBW. Sinds 2003 wordt een nieuwe systematiek gebruikt om de omvang van het aantal cliënten per circuit te bepalen, waarbij alle personen die zorg ontvangen bij een circuit worden meegeteld (dus ook degenen die buiten de leeftijdscategorie vallen). Zo worden bij het circuit kinderen en jeugd ook de ouders die bij de jeugdafdeling zorg ontvangen meegeteld in de statistieken.

Tot 2006 werden de sectorrapportages opgesteld op basis van gegevens uit Zorgis, het zorgregistratiesysteem van de lidinstellingen van GGZ Nederland. Sinds 2006 is de gegevensaanlevering door instellingen aan Zorgis beëindigd. Vanaf 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers vanaf 2007 met voorgaande jaren.

Om tot een landelijk beeld te komen zijn de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoleerd ('bijgeschat'). Dit gebeurde zowel op basis van gegevens die bekend waren uit voorgaande jaren als op basis van financiële parameters (GGZ Nederland, 2010a). Bedacht dient te worden dat het extrapoleren van gegevens een bron van vertekening kan vormen. Zo kunnen de instellingen die gegevens hebben aangeleverd per jaar verschillen, waardoor verschillen tussen jaren in de periode 2003-2009 ook (deels) extrapolatieverschillen kunnen zijn.

Wachttijstregistratie

GGZ Nederland verzorgt ook rapportages over wachttijden. Hierbij worden drie leeftijdsgroepen onderscheiden: kinderen en jeugdigen (0-17 jaar), volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Verzameling van deze gegevens heeft gedurende de gehele periode waarover gerapporteerd wordt plaatsgevonden (GGZ Nederland, 2010b).

Tabel 2.15a Aantal cliënten in behandeling in de GGZ, per circuit, 2003-2009 (x 1000 cliënten)*

Circuit	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Jeugd	157,1	178,0	180,2	194,4	227,3	248,2	267,7
Volwassenen	400,7	455,6	478,0	476,7	508,1	513,0	558,8
Ouderen	69,4	77,2	79,6	79,8	77,7	79,5	83,6
Beschermd wonen	10,5	14,8	18,9	21,1	23,9	25,2	26,7
Totaal	637,7	725,7	756,6	772,0	837,0	866,0	936,9

**alle cliënten die binnen een circuit in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad. Het totaal komt overeen met het actieve bestand zoals omschreven in Tabel 2.15a.*

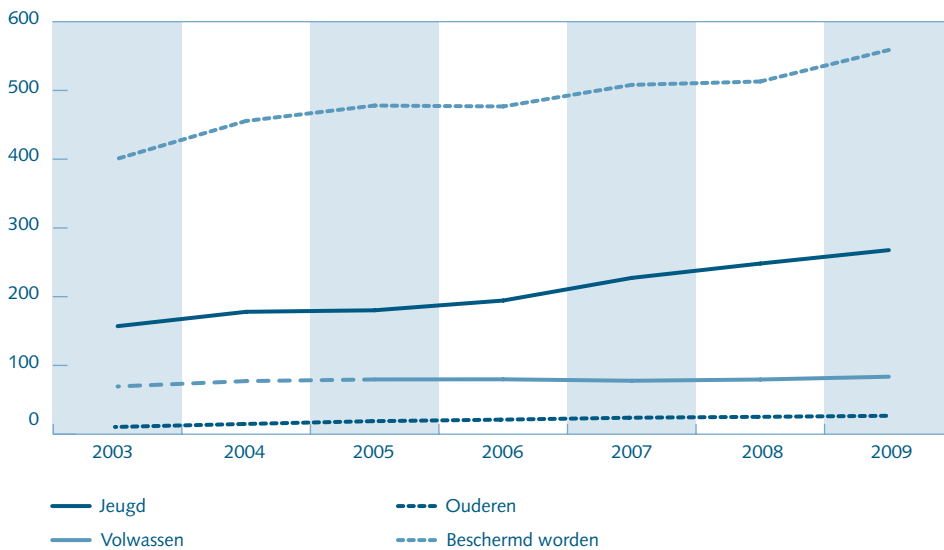
Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.15a geeft per circuit in de GGZ het aantal cliënten weer dat in de periode 2003-2009 actief in behandeling is (geweest). In Grafiek 2.15 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen

- Het actieve bestand bestaat in 2009 voor bijna 60 procent uit cliënten van het circuit volwassenen, voor ongeveer 29 procent uit cliënten van het circuit kinderen en jeugdigen, voor 9 procent uit cliënten van het circuit ouderen en voor het resterende deel uit cliënten van het circuit beschermd wonen. Bij de instroom van nieuwe cliënten is ongeveer dezelfde verhouding zichtbaar (niet in tabel).
- Binnen alle afzonderlijke circuits is het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand toegenomen tussen 2003 en 2009. Deze toename is, met 154 procent, relatief gezien het grootst in het circuit beschermd wonen. In het circuit ouderen is de relatieve groei van het actieve cliëntenbestand met ruim 20 procent het kleinst.

Grafiek 2.15 Aantal cliënten in behandeling in de GGZ (per circuit)*, 2003-2009



*alle cliënten die binnen een circuit in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad. Het totaal komt overeen met het actieve bestand zoals omschreven in Tabel 2.15a.

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.15b Doorstroming van cliënten in de GGZ (bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2003-2009* (x1.000)**

Totaal van alle circuits	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Aanwezig op 1 januari	332	364	399	409	446	499
Inschrijvingen gedurende jaar	315	362	357	363	399	438
Actief bestand	647	726	757	772	845	937
Uitschrijvingen	281	322	341	327	380	399
Aanwezig op 31 december	366	403	416	445	465	538

* gegevens over 2008 zijn niet beschikbaar.

** Verschillen in het aantal cliënten op 31 december en op 1 januari van het volgende jaar worden veroorzaakt door administratieve opschoning, hersteloperaties bij instellingen en extrapolatieverschillen: niet ieder jaar leveren dezelfde instellingen gegevens aan.

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In tabel 2.15b wordt een overzicht gegeven van de doorstroming van GGZ-cliënten. Onder *actief bestand* wordt verstaan: alle cliënten die in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad.

De belangrijkste bevindingen:

- Over de gehele linie is het aantal cliënten dat instroomt (aantal inschrijvingen) en het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand in de periode 2003-2009 toegenomen met respectievelijk 39 procent en 45 procent.
- Was er tussen 2005 en 2006 nog een lichte daling zichtbaar in het aantal cliënten dat uitstroomt (aantal uitschrijvingen), sinds 2006 is dit aantal weer toegenomen.

Tabel 2.16 Gestelde diagnoses in de GGZ, per circuit (ambulant, klinisch en residentieel van cliënten bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2009 (in procenten)

Diagnose	Jeugd	Volwassenen	Ouderen	Beschermd wonen
Cognitieve/ organische stoornis	0	1	16	1
Psychotische stoornis	1	6	6	16
Stemmingsstoornis	5	17	21	9
Angst-/stressgebonden stoornis	5	9	5	4
Overige stoornis*	35	11	8	8
Persoonlijkheids-/gedragsstoornis	9	35	32	46
Stoornis in ontwikkeling/ gedrag	40	5	2	6
Stoornis door alcohol/drugs	1	4	3	7
Overige neurotische stoornis	4	10	8	3

* Onder de diagnosecategorie 'overige stoornis' worden o.a. opvoedings- en gezinsproblemen gerekend.

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In Tabel 2.16 wordt per circuit een beeld geschetst van de verdeling van de verschillende gestelde diagnoses in de GGZ in 2009.

De belangrijkste bevindingen:

- In het circuit jeugd (0-17 jaar) wordt vooral de diagnose 'stoornis in ontwikkeling en/of gedrag' gesteld (40% van alle diagnoses). Ook wordt vaak een diagnose in de categorie 'overige stoornissen' gesteld. In deze categorie vallen o.a. opvoedings- en gezinsproblemen.
- Verreweg de meest gestelde diagnose in het circuit volwassenen (18-64 jaar) is een persoonlijkheids- en/of gedragsstoornis. 35 procent van alle diagnoses vallen in deze categorie. Ook een stemmingsstoornis wordt bij volwassenen relatief vaak geconstateerd. Dit is het geval in 17 procent van de gestelde diagnoses.
- Hetzelfde beeld is te zien in het circuit ouderen. Een persoonlijkheids- en/of gedragsstoornis wordt duidelijk het meest vastgesteld (32%), op afstand gevolgd door een stemmingsstoornis (21%). In dit circuit wordt ook een cognitieve- en/of organische stoornis (waaronder dementie) relatief vaak gesteld.
- Ook in het circuit beschermd wonen wordt de diagnose 'persoonlijkheids- en/of gedragsstoornis' het meest gesteld (46%). Daarnaast wordt een psychotische stoornis relatief vaak gediagnosticeerd (16%).

Tabel 2.17a Aard van de zorg in de GGZ (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en KJP), 2004-2009 (in procenten)

Aard van de zorg	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulant	88	87	88	89	89	90
Deeltijd	2	2	2	1	1	1
Residentieel*	7	8	7	7	7	6
Gemengd residentieel*	3	3	3	3	3	3
Totaal	100	100	100	100	100	100

* Cliënten bij wie het aandeel klinische zorg 90 procent of meer is, worden ingedeeld in de categorie 'residentieel'. Als het aandeel klinische zorg lager is (<90 procent) en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentieel'.

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In tabel 2.17a wordt een overzicht gegeven van de aard van de zorg die cliënten hebben ontvangen in de GGZ in de periode 2004-2009. De tabel heeft betrekking op het actieve cliëntenbestand van de genoemde instellingen, dat wil zeggen alle cliënten die in de loop van dat jaar tenminste één contact hebben gehad.

De belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van de cliënten in de GGZ ontvangt ambulante zorg. Slechts een klein aantal cliënten ontvangt residentiële zorg.
- In de periode 2004-2009 is de aard van de zorg die GGZ-cliënten ontvangen nagenoeg constant.

Tabel 2.17b Aard van de zorg in de GGZ, per circuit (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en KJP), 2004-2009 (in procenten)

Circuit jeugd (0-17 jaar)

Aard van de zorg	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulant	96	96	96	96	96	96
Deeltijd	1	1	1	0,5	0,5	0,5
Residentieel*	2	2	2	2,5	2,5	2,5
Gemengd residentieel*	1	1	1	1	1	1
Totaal	100	100	100	100	100	100

Circuit volwassenen (18-64 jaar)

Aard van de zorg	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulant	86	86	86	87	87,5	88,5
Deeltijd	2	2	2	2	2	1,5
Residentieel*	8	8	8	7	6,5	6
Gemengd residentieel*	4	4	4	4	4	4
Totaal	100	100	100	100	100	100

Circuit ouderen (>64 jaar)

Aard van de zorg	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulant	88	88	88	88	88	89
Deeltijd	2	2	2	2	1,5	1,5
Residentieel*	8	7,5	7	7,5	7,5	7
Gemengd residentieel*	2	2,5	3	2,5	3	2,5
Totaal	100	100	100	100	100	100

Circuit beschermd wonen**

Aard van de zorg	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulant	41	43	46	55	55	56
Deeltijd	0,5	0,5	0	0	0	0
Residentieel*	58	56	53	44	43,5	43
Gemengd residentieel*	0,5	0,5	1	1	1,5	1
Totaal	100	100	100	100	100	100

* Cliënten bij wie het aandeel klinische zorg 90 procent of meer is, worden ingedeeld in de categorie 'residentieel'. Als het aandeel klinische zorg lager is (<90 procent) en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentieel'.

** De percentages binnen dit circuit hebben betrekking op cliënten van zelfstandige RIBW's als ook op cliënten die bij andere instellingen RIBW-zorg ontvangen.

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.17b presenteert de aard van de zorg in de GGZ in procenten, binnen respectievelijk de circuits jeugd, volwassenen, ouderen en beschermd wonen tussen 2004 en 2009.

De belangrijkste bevindingen:

- In het circuit jeugd ontvangt 96 procent van alle cliënten in 2009 ambulante zorg. Dit percentage is de gehele periode stabiel. Het aandeel van zorg in deeltijd, residentiële zorg en gedeeld residentiële zorg is klein in dit circuit.
- In 2009 ontvangt 88,5 procent van alle volwassen cliënten in de GGZ ambulante zorg. Dit percentage is iets toegenomen ten opzichte van 2004 (86%). Dit lijkt samen te hangen met een lichte afname in het percentage volwassen cliënten dat deeltijd- of residentiële zorg ontvangt.
- De aard van de zorg in de GGZ is in het circuit ouderen tussen 2004 en 2009 betrekkelijk constant. Het aandeel ambulante zorg is in dit circuit vergelijkbaar met het circuit volwassenen: 89 procent in 2009. Wel wordt er aan ouderen relatief minder gemengd residentiële en relatief meer residentiële zorg verstrekt dan aan volwassenen.
- In 2009 ontvangt ruim de helft van alle cliënten in het circuit beschermd wonen ambulante zorg (56%). Een ander substantieel deel van de cliënten in dit circuit ontvangt residentiële zorg (43%). Aan de kleine groep resterende cliënten wordt vooral gemengd residentiële zorg verstrekt (1%). Deeltijdzorg komt in het circuit beschermd wonen nagenoeg niet voor.
- Tussen 2004 en 2009 lijkt er een gedeeltelijke verschuiving plaats te vinden van residentiële naar ambulante zorg in het circuit beschermd wonen. In 2004 ontvangt 58 procent van de cliënten nog residentiële zorg. Dit aandeel daalt naar 43 procent in 2009. Het percentage cliënten dat ambulante zorg ontvangt stijgt juist van 41 procent in 2004 naar 56 procent in 2009.

Tabel 2.18 Behandelduur in de GGZ, per circuit (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGGS's, RIBW en KJP), 2009 (procenten)

	1 dag	3 maanden of korter	3 maanden tot 1 jaar	1 jaar of langer	Totaal
Jeugd (0-17 jaar)	12	21	35	31	100
Volwassenen (18-64 jaar)	16	29	31	24	100
Ouderen (> 64 jaar)	15	30	30	25	100
Beschermd wonen	2	13	24	61	100
Totaal	15	27	32	26	100

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.18 geeft de verdeling van de behandelduur weer van cliënten in de verschillende circuits in de GGZ bij de genoemde instellingstypen in 2009. Dit wordt gedaan in procenten per oplopende categorie in behandelduur.

De tabel heeft betrekking op alle behandelingen die in de loop van het jaar zijn afgesloten. Voor elke afgesloten behandeling is het aantal dagen berekend dat verlopen is tussen het eerste en het laatste contact. Behandelingen die aan het einde van het jaar nog niet waren afgesloten (waaronder een aantal langdurende behandelingen), zijn buiten beschouwing gelaten.

De belangrijkste bevindingen:

- In 2009 was 32 procent van de cliënten in de GGZ tussen 3 maanden en één jaar in behandeling; 27 procent ontving een behandeling die 3 maanden of korter duurde; en bij 26 procent duurde de behandeling langer dan één jaar. 15 procent van de cliënten in de GGZ werd slechts gedurende één dag 'behandeld'. Dit betrof dan vaak een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing (GGZ Nederland, 2009).
- In de circuits volwassenen en ouderen is nagenoeg dezelfde verhouding zichtbaar. Binnen het circuit jeugd komt een behandeling die langer duurt dan één jaar relatief iets vaker voor (31%). Dit geldt ook voor behandelingen die tussen de 3 maanden en één jaar in beslag nemen (35%). Relatief minder behandelingen in het circuit jeugd zijn binnen 3 maanden afgesloten (21%).
- Binnen het circuit beschermd wonen is sprake van een heel andere verhouding. 61 procent van de cliënten in dit circuit ontvangt langer dan één jaar behandeling. Bij 24 procent van deze cliënten duurt behandeling 3 maanden tot één jaar en bij 13 procent is de behandeling binnen drie maanden afgelopen. Een 'behandeling' van één dag komt nauwelijks voor (2%).

2.19a Gemiddelde wachttijden (in weken) voor jeugdige cliënten (0-17 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 2007-2009

<i>Wachtfase</i>	2007	2008	2009
Aanmelding	6 (51%)	6 (51%)	6 (49%)
Beoordeling	6 (41%)	7 (44%)	6 (40%)
Behandeling	7 (32%)	7 (32%)	6 (28%)

Bron: GGZ Nederland, 2010b

2.19b Gemiddelde wachttijden (in weken) voor volwassen cliënten (18-64 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 2007-2009

<i>Wachtfase</i>	2007	2008	2009
Aanmelding	3 (26%)	3 (25%)	3 (25%)
Beoordeling	4 (30%)	4 (31%)	4 (32%)
Behandeling	6 (26%)	5 (24%)	5 (23%)

Bron: GGZ Nederland, 2010b

2.19c Gemiddelde wachttijden (in weken) voor oudere cliënten (≥65 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 2007-2009

<i>Wachtfase</i>	2007	2008	2009
Aanmelding	2 (16%)	2 (17%)	2 (16%)
Beoordeling	3 (25%)	3 (27%)	3 (27%)
Behandeling	6 (23%)	5 (22%)	5 (21%)

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Voordat cliënten na doorverwijzing daadwerkelijk hulp ontvangen in de tweedelijns GGZ worden zij op een wachtlijst geplaatst. Er worden drie wachtfasen onderscheiden: de *aanmeldingswachtfase* (de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener); de *beoordelingswachtfase* (de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld); en de *behandelingswachtfase* (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact).

Tabellen 2.19a, 2.19b en 2.19c geven per leeftijdsgroep (resp. kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen) de gemiddelde wachttijden in weken weer van cliënten in de drie wachtfasen. Daarnaast wordt per leeftijdsgroep en per wachtfase het percentage cliënten weergegeven dat langer moet wachten dan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zelf maximaal aanvaardbaar vinden, de zogenaamde Treeknormen³. De gegevens hebben betrekking op de bij GGZ Nederland aangesloten zorgaanbieders. Gegevens over 'wachtenden' bij instellingen voor forensische psychiatrie en bij vrijgevestigde psychiaters en psychologen zijn daarbij niet meegenomen.

De belangrijkste bevindingen:

Kinderen en jeugdigen

- Uit tabel 2.19a blijkt dat in de periode 2007-2009 in iedere wachtfase een substantieel percentage van de jeugdige cliënten langer moet wachten dan de Treeknormen toestaan. Met name in de aanmeldingswachtfase moeten relatief veel kinderen en jeugdigen langer wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. In 2009 lijkt een verbetering op te treden ten opzichte van 2008. Vooral in de beoordelings- en de behandelingswachtfase daalt het percentage jeugdige cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden.

Volwassenen

- Tabel 2.19b laat zien dat in iedere wachtfase een substantieel deel van de volwassen cliënten langer moet wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. De percentages liggen wel lager dan bij de jeugdige cliënten. Het relatieve aantal volwassen cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden blijft de laatste jaren betrekkelijk stabiel.

Ouderen

- Uit tabel 2.19c blijkt dat in de periode 2007-2009 ook een substantieel deel van de oudere cliënten langer moet wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. Wel zijn de percentages 'lang-wachtenden' minder hoog dan onder volwassen en jeugdige cliënten. Het relatieve aantal ouderen met wachttijden die de Treeknormen overschrijden is tussen 2007 en 2009 vrij stabiel gebleven.

3 Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaarbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden 'treeknormen' genoemd. Het betreffen de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden in de GGZ: aanmeldingsfase (Treeknorm = 4 weken), beoordelingsfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

Tabel 2.20a Aantal jeugdige cliënten (0-17 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen⁴ voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

Wachtfase	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
Aanmelding	4.900	4.700	4.500
Beoordeling	3.500	4.800	4.100
Behandeling	1.800	1.700	1.500
Totaal	10.200	11.200	10.100

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabel 2.20b Aantal volwassen cliënten (18-64 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabel 2.20c Aantal oudere cliënten (≥65 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

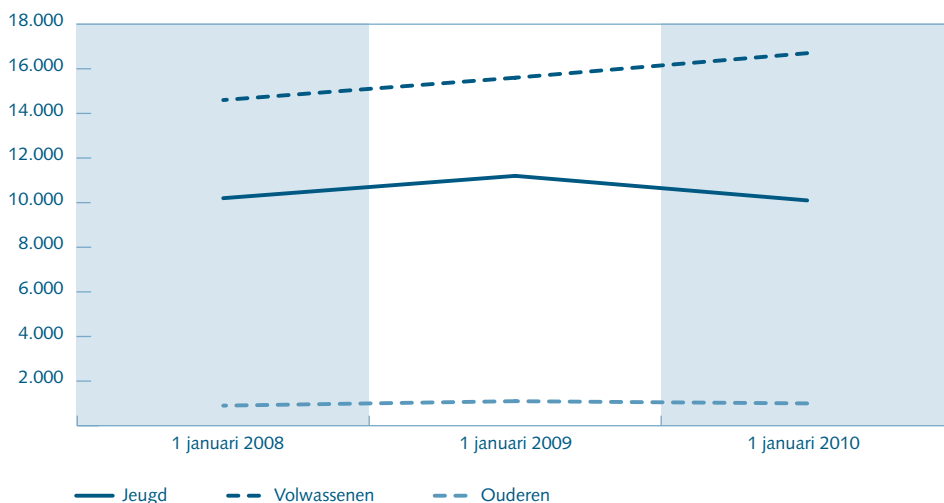
Wachtfase	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
Aanmelding	300	300	300
Beoordeling	400	600	500
Behandeling	200	200	200
Totaal	900	1.100	1.000

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabellen 2.20a, 2.20b en 2.20c geven per leeftijdsgroep en per wachtfase het aantal cliënten weer dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven op de peildata 1 januari 2008, 2009 en 2010. In grafiek 2.20 wordt per leeftijdsgroep het totaal aantal cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden gevisualiseerd.

4 Zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden 'treeknormen' genoemd. Het betreffen de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden in de GGZ: aanmeldingsfase (Treeknorm = 4 weken), beoordelingsfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

Grafiek 2.20 Totaal aantal cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven per leeftijdsgroep, 2008-2010 (peildatum 1 januari)



Bron: GGZ Nederland, 2010b

De belangrijkste bevindingen:

Kinderen en jeugdigen

- Uit tabel 2.20a blijkt dat het totaal aantal jeugdige cliënten dat langer moet wachten dan de Treeknormen voorschrijven tussen begin 2008 en begin 2009 met bijna 10 procent is toegenomen, om begin 2010 weer met ongeveer hetzelfde percentage af te nemen. Een soortgelijk patroon is ook te zien wanneer specifiek gekeken wordt naar de beoordelings-wachtfase. In de aanmeldings- en behandelingswachtfase neemt het aantal 'lang-wachtenden' consistent licht af tussen begin 2008 en begin 2010.

Volwassenen

- Uit tabel 2.20b blijkt dat het totaal aantal volwassen cliënten dat langer wacht op zorg dan maximaal aanvaardbaar geacht wordt tussen begin 2008 en begin 2010 jaarlijks met ongeveer 7 procent is toegenomen. Kijkend naar de verschillende wachtfasen, dan is er alleen in de beoordelingswachtfase een consistente toename te zien. In de andere wachtfasen is er alleen tussen begin 2009 en begin 2010 sprake van een toename van aantal 'lang-wachtenden'.

Ouderen

- Tabel 2.20c laat zien dat het totaal aantal oudere cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven met ruim 20 procent is toegenomen tussen begin 2008 en begin 2009, om daarna weer met 10 procent te dalen begin 2010. Dit wordt veroorzaakt door de toename van het aantal 'lang-wachtenden' in de beoordelingswachtfase tussen begin 2008 en begin 2010.

Tabel 2.21 Aantal onvrijwillige opnemingen, 2002-2009***

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IBS	6.867	6.923	7.402	7.700	8.022	8.031	8.065	8.386
RM	6.245	7.071	8.010	8.600	8.931	9.381	9.635	10.285
Voorlopige machtiging	3.349	3.979	3.916	4.064	4.163	4.395	4.492	4.673
Machtiging voortgezet verblijf	2.776	3.249	3.133	3.212	2.678	2.796	2.917	3.012
Voorwaardelijke machtiging	30	57	860	1.256	1.960	2.081	2.158	2.519
Machtiging eigen verzoek	90	86	101	68	78	72	50	78
Observatiemachtiging**	-	-	-	-	52	37	17	1
Zelfbindingsmachtiging***	-	-	-	-	-	-	1	2
Totaal aantal onvrijwillige opnamen	13.112	13.994	15.412	16.300	16.953	17.412	17.700	18.671

* Sinds 1 januari 2009 is het niet meer mogelijk een observatiemachtiging aan te vragen. Lopende aanvragen werden nog behandeld.

** Sinds 2008 is het voor patiënten mogelijk een zelfbindingsmachtiging op te stellen.

*** De tabel heeft betrekking op onvrijwillige opnemingen in intramurale instellingen voor GGZ, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Vrijwel alle onvrijwillige opnemingen werden gerealiseerd in GGZ- instellingen.

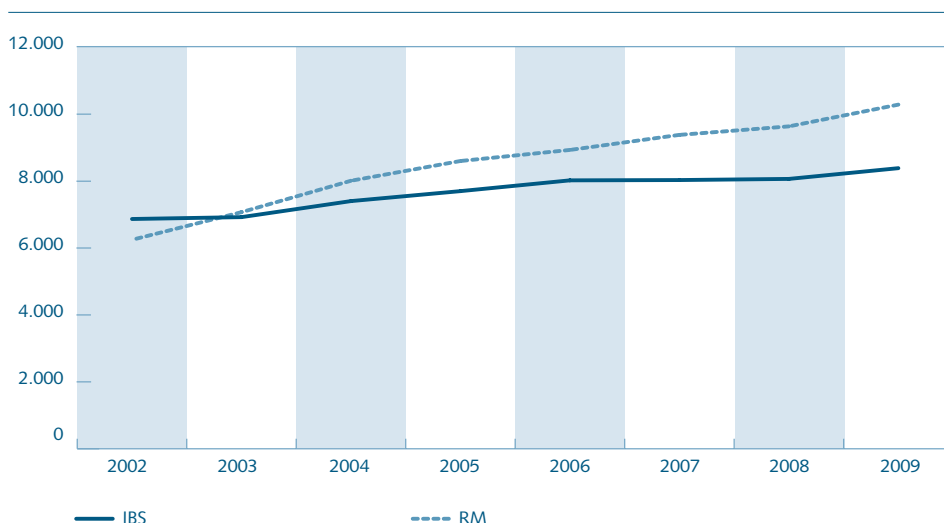
Bron: Bopzis-4

In tabel 2.21 wordt een overzicht gegeven van het aantal onvrijwillige opnemingen in de periode 2002 - 2009. In grafiek 2.21 wordt dit gevisualiseerd. De tabel en grafiek zijn samengesteld aan de hand van gegevens van het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gehouden registratiesysteem betreffende de wet BOPZ (Bopzis). Bopzis is een actieve database.

Onvrijwillige opnemingen vloeien voort uit maatregelen op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). Deze maatregelen kunnen ofwel via een inbewaringstelling (IBS), ofwel via een rechterlijke machtiging (RM) tot stand komen. Een IBS is een noodmaatregel die door de burgemeester kan worden genomen wanneer iemand een ernstig gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Een RM gaat altijd via de rechter en wordt o.a. afgegeven op basis van een geneeskundige verklaring van een onafhankelijk psychiater. Er zijn verschillende vormen van RM. De belangrijkste vormen zijn:

- De voorlopige machtiging, die voor maximaal 6 maanden kan worden afgegeven wanneer iemand gevaar voor zichzelf en/of anderen veroorzaakt en nog niet gedwongen is opgenomen.
- De machtiging voortgezet verblijf, die voor maximaal een jaar wordt ingezet wanneer een voorlopige machtiging afloopt, maar het gevaar nog niet geweken is. Wanneer iemand 5 jaar onafgebroken gedwongen is opgenomen, mag deze machtiging voor maximaal twee jaar worden afgegeven.
- De voorwaardelijke machtiging, waarbij de betrokkene niet gedwongen wordt opgenomen, mits de betrokken persoon zich aan een vooraf omschreven behandelingsplan houdt en hierdoor het gevaar dat hij of zij veroorzaakt wordt afgewend.

Grafiek 2.21 Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS), 2002-2009



Bron: Bopzis-4

Belangrijkste bevindingen:

- In Nederland vinden steeds meer onvrijwillige opnemingen plaats. Tussen 2002 en 2009 is het aantal onvrijwillige opnemingen met 42 procent toegenomen.
- Het aantal opnemingen met een RM neemt sneller toe dan het aantal opnemingen met een IBS (ten opzichte van 2002 respectievelijk met 65 en 22 procent). Tussen 2006 en 2008 is er slechts een zeer lichte stijging te zien in het aantal afgegeven inbewaringstellingen.
- Sinds de officiële invoering van de voorwaardelijke machtiging in 2004, stijgt het aantal meldingen van opnamen met dit type machtiging sterk. De invoering van dit type RM lijkt samen te hangen met de daling van het aantal machtigingen voor voortgezet verblijf in 2006.
- Sinds 1 januari 2008 is de wet BOPZ uitgebreid met de mogelijkheid van een zelf-bindingsmachtiging, waarmee iemand met een psychische stoornis zelf aangeeft gedwongen te willen worden opgenomen wanneer de situatie verslechtert en het ziekte-inzicht achteruit gaat. Van deze mogelijkheid wordt nog nauwelijks gebruik gemaakt.

3 Zorgaanbod: capaciteit en productie

Tabel 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2010⁵

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Geïntegreerde GGZ-instellingen	30	32	35	39	41	40	41	37	33	31	31
APZ	12	10	8	5	3	3	3	3	2	2	2
RIAGG	19	15	12	12	10	9	7	7	6	6	7
RIBW	26	24	24	23	21	21	20	20	19	20	22
Instelling voor kinderen jeugdpsychiatrie	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9
Verslavingszorginstellingen	20	20	20	18	14	13	13	11	11	9	11
TBS-inrichting	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6
Overige instellingen, o.a. jeugdzorg & kenniscentra	0	1	2	3	3	3	3	5	4	7	10
Totaal	124	119	118	117	109	106	103	99	91	90	98

Bron: GGZ Nederland

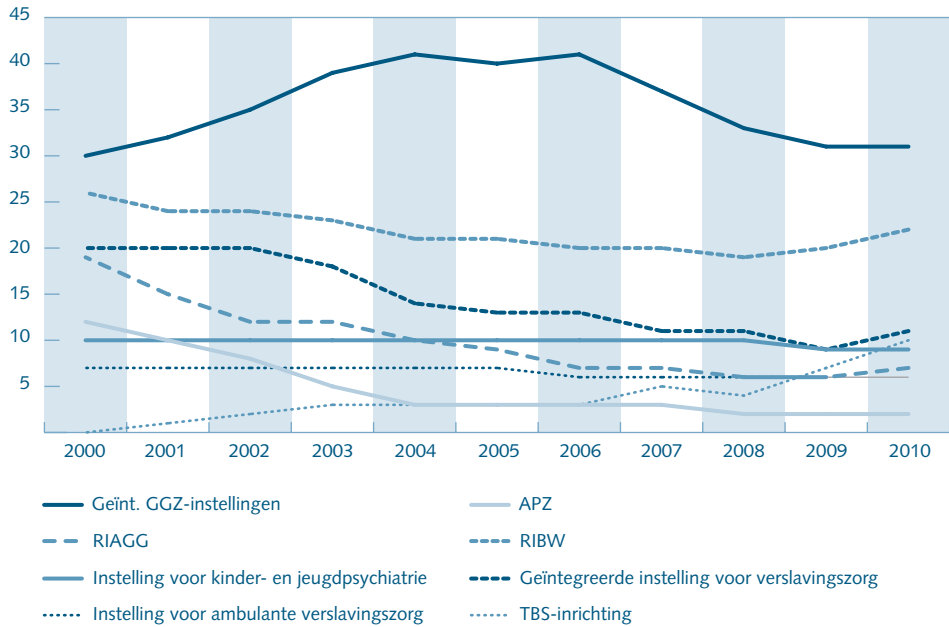
Tabel 3.1 geeft een beeld van het aantal lidinstellingen van GGZ Nederland in de periode 2000 - 2008. In grafiek 3.1 wordt dit visueel weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- Rondom de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de toename van marktwerking in de zorg zijn er verschillende fusietrends waarneembaar tussen geïntegreerde GGZ-instellingen. Tot 2006 fuseerden veel GGZ instellingen binnen regio's, waardoor steeds meer geïntegreerde GGZ instellingen ontstonden. Na 2006 vonden er fusies plaats tussen geïntegreerde GGZ instellingen in verschillende regio's. Als gevolg van deze laatste fusies is dan ook een afname van het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen waarneembaar vanaf 2006.
- Het aantal zelfstandige APZ'en neemt geleidelijk af. Dit was tot 2006 ook het geval voor het aantal RIAGG's en tot 2009 voor het aantal RIBW's. Echter, het aantal RIAGG's stabiliseert zich vanaf 2006 en het aantal RIBW's stijgt in 2010 weer licht.
- Het aantal instellingen voor verslavingszorg en het aantal TBS-inrichtingen is de afgelopen jaren relatief constant.

5 Het beeld is niet compleet, aangezien de PAAZ'en en PUK'en, de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en andere organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland niet in de tabel zijn opgenomen.

Grafiek 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2010



Bron: GGZ Nederland

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZa)

In het volgende deel zijn zeven tabellen opgenomen die zijn samengesteld op basis van data-analyse uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De cijfers zijn gebaseerd op gebudgetteerde instellingen waaronder de geïntegreerde GGZ-instellingen, de zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's, RIBW's, de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen, de verslavingsklinieken, ambulante verslavingszorg, de PAAZ'en, de PUK'en (sinds 2008), forensische GGZ (voor zover deze niet strafrechtelijk is en door het Ministerie van Justitie wordt gefinancierd) en landelijk werkende GGZ-instellingen voor zover deze instellingen onder de AWBZ en/of de Zvw vallen. In de tabellen zijn geen cijfers meegenomen over vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Daarvoor zijn andere bronnen geraadpleegd.

Vanaf 2008 is de data van de NZa betreffende de GGZ opgesplitst in AWBZ en Zvw gefinancierde zorg. In GGZ in tabellen zijn deze cijfers samen genomen om vergelijking met voorgaande jaren mogelijk te maken.

Tabel 3.2 Formele klinische capaciteit GGZ-instellingen verdeeld naar sectoren, 1993-2009

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Kinderen en jeugdigen*	904	922	970	1.008	994	1.001	1.222	1.230	1.254
Volwassenen en ouderen	22.210	22.420	22.384	22.489	22.777	22.894	22.879	22.885	23.028
Verslavingszorg	1.052	1.156	1.201	1.268	1.385	1.508	1.573	1.589	1.504
Beschermd wonen	4.110	4.497	4.845	5.170	5.456	5.697	6.422	6.687	7.053
Totaal	28.276	28.995	29.400	29.935	30.612	31.100	32.096	32.391	32.839
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Kinderen en jeugdigen*	1.355	1.409	1.639	1.688	1.725	1.906	2.109	2.293	
Volwassenen en ouderen	24.121	24.398	23.682	23.650	23.187	23.521	23.686	23.842	
Verslavingszorg	1.565	1.598	1.750	1.824	1.950	2.111	2.257	2.422	
Beschermd wonen	7.596	7.989	8.181	8.922	10.225	11.808	13.197	14.872	
Totaal	34.637	35.394	35.252	36.084	37.087	39.346	41.249	43.429	

* inclusief toelating logeerplaatsen

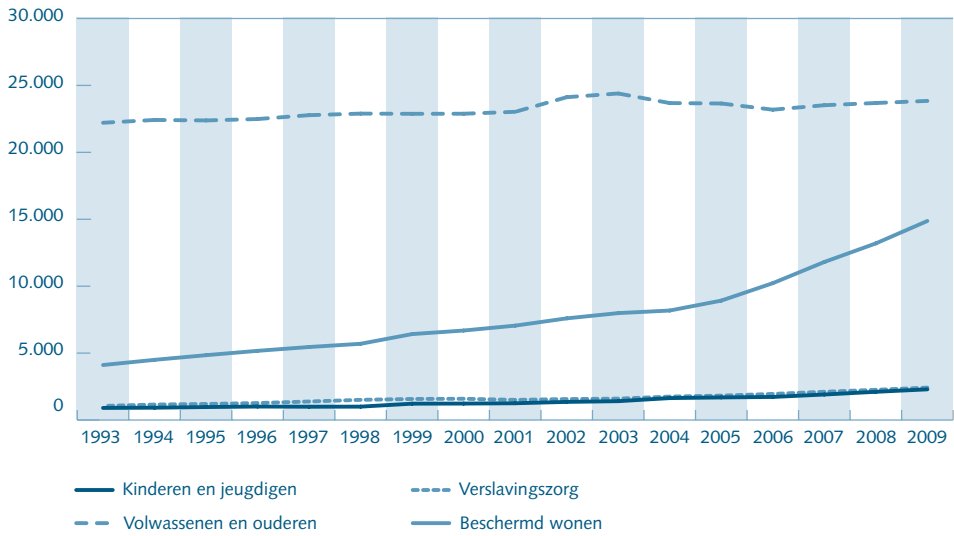
Bron: NZa

Tabel 3.2 presenteert de formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993 - 2009. In grafiek 3.2 wordt dit visueel weergegeven. De formele klinische capaciteit verwijst naar het aantal bedden waarover de GGZ-instellingen in de afgelopen jaren hebben kunnen beschikken en wordt uitgedrukt in het aantal toegelaten bedden. Het geeft weer wat de capaciteit van zorgaanbieders zou mogen zijn.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale klinische capaciteit van de gezamenlijke GGZ-instellingen is vanaf 1993 toegenomen met 53,6 procent.
- Veruit het grootste deel van de formele klinische capaciteit is gesitueerd in de circuits volwassenen en ouderen. Tussen 2003 en 2006 nam de formele klinische capaciteit in deze circuits licht af. Vanaf 2007 stijgt de formele klinische capaciteit in deze circuits (weer).
- De formele capaciteit groeit het sterkst in het circuit beschermd wonen. Sinds 1993 is deze capaciteit ruim verdrievoudigd.
- In de periode 1997 – 2009 nam de formele klinische capaciteit in de kinder- en jeugdpsychiatrie geleidelijk aan toe.
- In de verslavingszorg nam de formele klinische capaciteit sinds 2001 geleidelijk toe.

Grafiek 3.2 Formele klinische capaciteit GGZ-instellingen, 1993-2009



Bron: NZa

Tabel 3.3 Feitelijke klinische capaciteit GGZ-instellingen, 1993-2009

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Bedden	23.922	23.980	23.858	23.920	23.868	22.756	22.615	22.265	21.087
Plaatsen beschermd wonen	4.173	4.574	4.913	5.253	5.573	5.443	6.025	6.087	5.994
Totaal	28.095	28.554	28.771	29.173	29.441	28.199	28.640	28.352	27.081
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Bedden	22.516	21.947	22.115	22.200	22.233	22.245	22.950	23.261	
Plaatsen beschermd wonen	6.370	6.946	7.384	8.421	9.868	11.427	12.593	13.994	
Totaal	28.886	28.893	29.499	30.621	32.101	33.672	35.543	37.255	

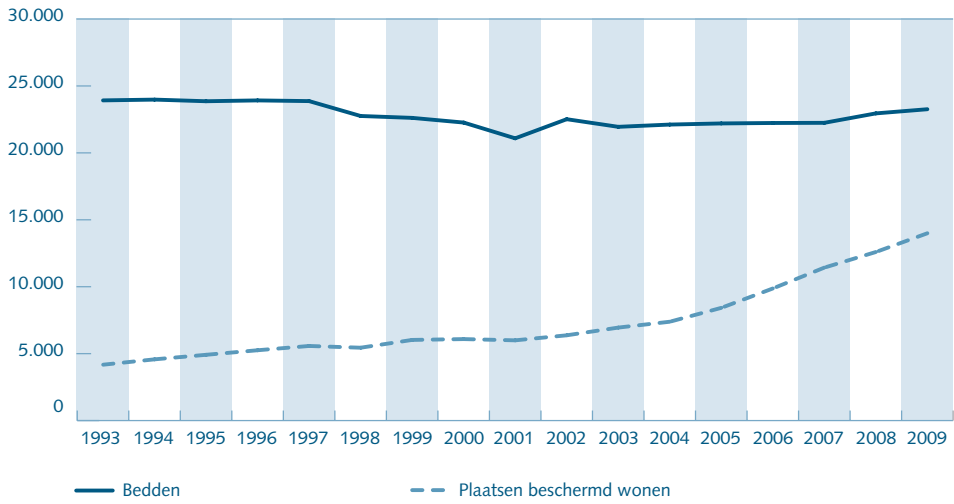
Bron: NZa

In tabel 3.3 wordt de feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen weergegeven. De feitelijke klinische capaciteit wordt uitgedrukt in het aantal bezette bedden en plaatsen voor beschermd wonen. In grafiek 3.3 wordt dit visueel weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale feitelijke klinische capaciteit is in de periode 1993-2003 redelijk constant. Na 2003 is er sprake van een stijging; dit is vooral het resultaat van een relatief sterke toename van het aantal bezette plaatsen voor beschermd wonen (ruim een verdubbeling in de periode 2003-2009).

Grafiek 3.3 Feitelijke klinische capaciteit GGZ-instellingen, 1993-2009



Bron: NZa

Tabel 3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit per circuit, 2005-2009

	2005			2006			2007		
	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil
Verslavingszorg	1.824	1.764	-3,4%	1.950	1.891	-3,1%	2.111	2.052	-2,8%
Forensische psychiatrie + KIB*	676	676	0,0%	697	697	0,0%	770	770	0,0%
Volwassenen en ouderen	23.650	18.254	-29,5%	23.187	18.079	-28,3%	23.521	18.449	-21,6%
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.688	1.506	-12,1%	1.726	1.565	-10,3%	1.906	1.744	-8,5%
Beschermd wonen	8.922	8.421	-5,9%	10.225	9.868	-3,6%	11.808	11.427	-3,2%
Totaal	36.760	30.621	-20%	37.785	32.100	-17,5%	40.116	34.442	-14,1%
	2008			2009					
	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil			
Verslavingszorg	2.257	2.185	-3,2%	2.422	2.327	-3,9%			
Forensische psychiatrie + KIB*	299	299	0,0%	329	323	-1,8%			
Volwassenen en ouderen	23.686	18.595	-21,5%	23.842	18.637	-21,8%			
Kinder- en jeugdpsychiatrie	2.109	1.981	-6,1%	2.293	2.106	-8,2%			
Beschermd wonen	13.197	12.593	-4,6%	14.872	13.994	-5,9%			
Totaal	41.548	35.653	-14,2%	43.758	37.387	-14,6%			

* *Kliniek voor Intensieve Behandeling*

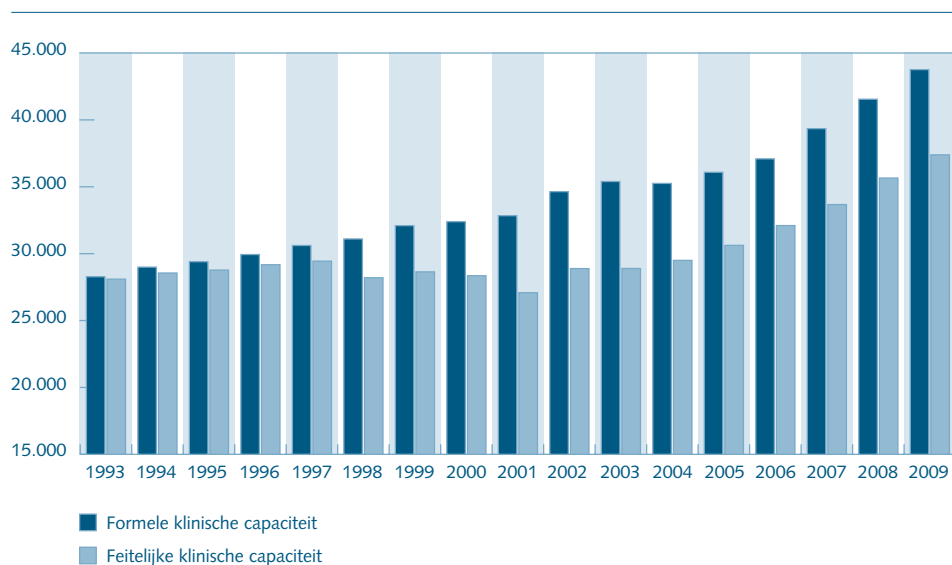
Bron: NZa

In tabel 3.4 wordt per circuit de verhouding weergegeven tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit in de periode 2005-2009. De cijfers omtrent forensische psychiatrie zijn gebaseerd op wat via de AWBZ en Zvw bekostigd wordt. De totale formele en feitelijke klinische capaciteit wijkt iets af van de cijfers in tabel 3.3 en tabel 3.2. Reden is dat de forensische psychiatrie + KIB is opgenomen in bovenstaande tabel, terwijl deze niet zijn opgenomen in tabel 3.3 en tabel 3.2.

De belangrijkste bevindingen:

- De formele capaciteit is over de gehele linie groter dan de feitelijke capaciteit in de periode 2005-2009.
- Het verschil tussen de formele en feitelijke capaciteit is in 2009 het grootst in de circuits volwassenen en ouderen (verschil van 22 procent), gevolgd door het circuit kinderen en jeugd (verschil van acht procent).

Grafiek 3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit, 1993-2009



Bron: NZa

Grafiek 3.4 geeft een totaaloverzicht van de formele en feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993 - 2009. De cijfers in grafiek 3.4 zijn afkomstig uit de tabellen 3.3 en 3.2.

De belangrijkste bevinding:

- De marge tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit neemt tot 2004 toe. Vanaf 2004 tot en met 2007 neemt de marge geleidelijk af. Tussen 2007 en 2009 schommelt de marge tussen de 14 en 15 procent.

Tabel 3.5 Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfplaatsen per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen, 1986-2007

	1986	1991	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% verandering	
												1986 -2007
België	215	179,3	164,3	152,8	149	148,2	147,8	149,9	149,7	148,8	-30,8	
Denemarken	170,8	91,8	80	75,3	72,8	70,3	66,5	59,8	62,7	60,4	-64,6	
Duitsland	...	138	111	107,5	105,7	106,6	106,8	107	108,4	...	-21,4	****
Finland	318,4	216,2	120,3	100,4	100,6	98,2	94,2	86,7	86,4	84	-73,6	
Frankrijk	199,9	154,2	120	105,3	101,9	97	95,3	93,9	92,6	...	-53,7	**
Griekenland	130,6	91,6	83,2	93,3	92,5	87,9	89,5	86,7	87,3	...	-33,2	**
Ierland	326,5	252,9	170,2	128,6	116,3	108,9	101,9	96,2	91,9	85,1	-73,9	
Italië	100	62,8	39,1	13,8	14	13,4	13,1	13,2	13	...	-87	**
IJsland	180,5	142,3	117,9*	...	...	...	...	...	...	...	-34,7	*****
Luxemburg	272,9	205,9	99,6	83,3	82,5	81,8	63,3	...	...	...	-76,8	*****
Nederland	167,5	176,6	171,8	153,9	138,2	136	133,7	137,9	138,1	137,1	-18,1	
Noorwegen	123,5	81,4	68,2	66,8	65,8	64,1	57	60	59,4	57	-53,8	
Oostenrijk	118,2	95,8	70,5	55,6	57,7	56,2	55,5	57	58,9	62,9	-46,8	
Portugal	90,8	85,9	72,8	65,2	60,3	63	63	61,8	...	...	-31,9	***
Spanje	85,6	67,7	58,8	50,9	50,3	48,6	47,6	45,8	56,6	...	-33,8	**
Verenigd Koninkrijk	235,4	165,1	85,7	...	...	...	...	...	...	...	-63,6	*****
Zweden	229,3	150,5	82,3	58,7	54,8	51,4	50,1	48,1	49,3	48,8	-78,7	

Bron: WHO European Health For All Database, 2007-2009

Nederlandse cijfers: exclusief beschermd wonen

*1995

**1986-2006

*** 1986-2005

**** 1991-2006

***** 1986-2004

***** 1986-1996

In tabel 3.5 worden de ontwikkelingen geschetst van psychiatrische opname- en verblijfplaatsen per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen in de periode 1986 - 2007.

De belangrijkste ontwikkelingen:

- De psychiatrische opname- en verblijfs capaciteit in de Europese landen nam tussen 1986 en 2007 gemiddeld met 52 procent af.
- In de periode 1986 - 2007 nam in Nederland het aantal opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 het minst sterk af van alle Europese landen (een afname van 18,1 procent)

Tabel 3.6 Productie GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), 1993-2009 (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	8.469	8.535	8.469	8.389	8.532	8.034	7.844	7.490	7.280
Deeltijdbehandelingen	735	778	848	883	1.099	1.140	1.193	1.189	1.296
Dagen beschermd wonen	1.473	1.614	1.734	1.854	1.967	1.921	2.127	2.148	2.116
Ambulante contacten	4.081	4.229	4.409	4.742	4.953	4.744	4.685	4.668	4.539
	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008	2009	
Verpleegdagen	7.303	7.603	7.723	7.815	7.921	8.104	7.530	7.951	
Deeltijdbehandelingen	1.365	1.511	1.559	1.517	1.498	-	1.513	1.301	
Dagen beschermd wonen	2.248	2.452	2.674	3.022	3.412	3.952	4.113	4.737	
Ambulante contacten	5.022	5.471	8.484	9.384	10.932	11.515	13.716	15.742	

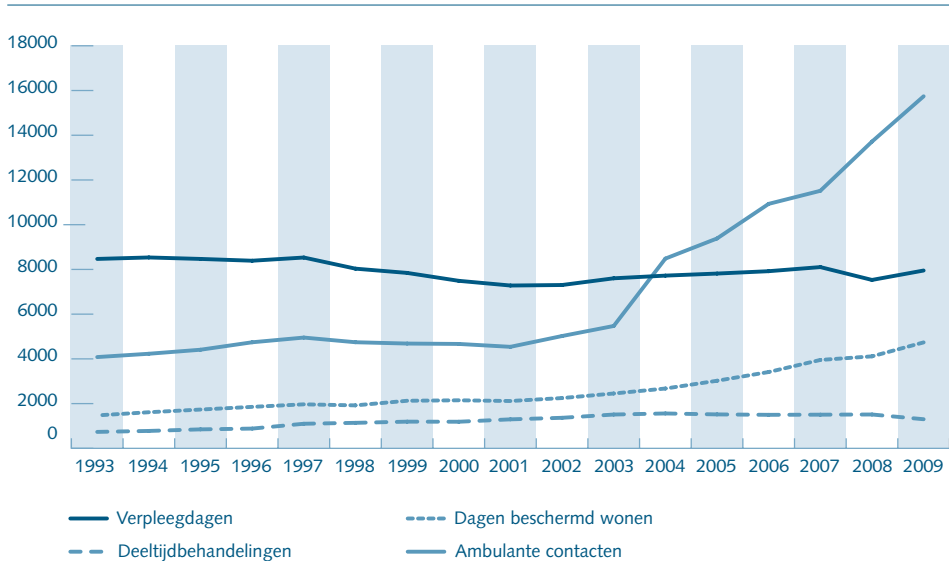
* Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.

Bron: NZa

In tabel 3.6 worden de absolute productiecijfers weergegeven die de gezamenlijke GGZ-instellingen in de jaren 1993-2009 hebben gerealiseerd. In grafiek 3.6 worden deze cijfers gevisualiseerd.

De productiecijfers zijn uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en contacten. 'Contacten' betreffen de ambulante en poliklinische contacten van de APZ'en, de RIAGG's, de PAAZ'en, PUK'en (sinds 2008) en de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De contacten van de RIBW zijn hier niet in opgenomen. Het werk dat wordt verricht door de afdelingen voor dienstverlening en preventie is niet in de tabel opgenomen.

Grafiek 3.6 Productie GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), 1993-2009 (x 1.000)



Bron: NZa

De belangrijkste bevindingen:

- De klinische productie toont een dalende trend tot 2001, gevolgd door een lichte stijging tot en met 2007. 2008 wijkt af van deze trend met een afname in de klinische productie. In 2009 stijgt de klinische productie wederom.
- Een stijging is zichtbaar in het aantal ambulante contacten. Er is sprake van een plotselinge stijging vanaf 2003. Deze plotselinge stijging heeft (voor een deel) administratieve oorzaken; volgens de NZa zouden vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld zijn in de registratie van ambulante contacten.
- De dagen Beschermd Wonen zijn meer dan verdrievoudigd in de periode 1993-2009. Deeltijdbehandelingen zijn bijna verdubbeld in de periode 1993-2009. Tussen 2003 en 2008 ligt het aantal deeltijdbehandelingen rond de 1,5 miljoen. (De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007). In 2009 is het aantal deeltijdbehandelingen gedaald tot rond de 1,3 miljoen.

Tabel 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2009 (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	317	333	351	365	360	358	434	387	396
Deeltijdbehandelingen	51	54	70	84	77	98	111	118	138
Ambulante contacten	606	630	663	712	668	591	594	559	491
	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008	2009	
Verpleegdagen	427	479	495	501	523	580	621	647	
Deeltijdbehandelingen	156	175	187	212	254	-	340	333	
Ambulante contacten	515	636	835	872	1.013	1.289	1.565	1.797	

* Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.

Bron: Nza

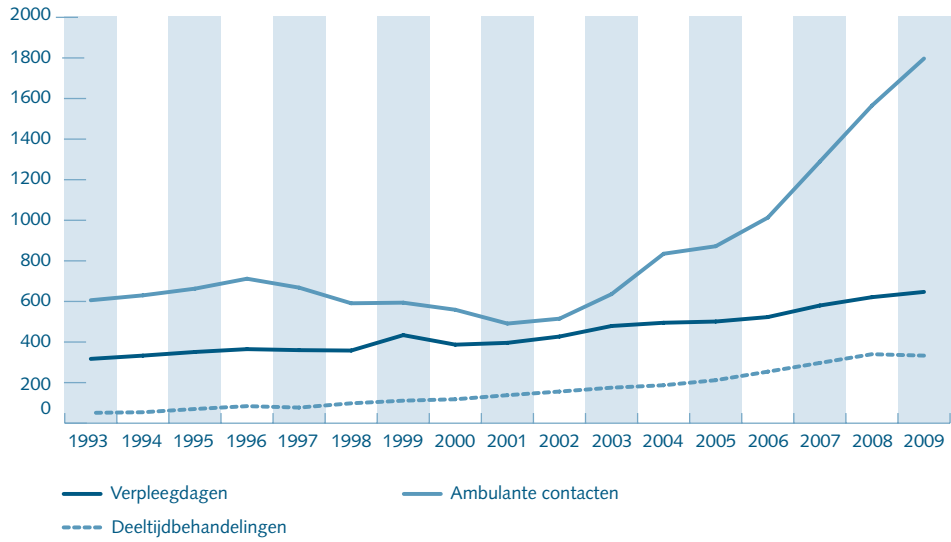
In tabel 3.7 zijn de productiecijfers van de zelfstandige klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en van de kinder- en jeugdafdelingen van de APZ'en en RIAGG's in kaart gebracht. In grafiek 3.7 worden deze cijfers gevisualiseerd.

Het circuit kinderen en jeugdigen is sterk in beweging en wordt uitgebreid. In veel regio's zijn deze afdelingen opgenomen in een brede GGZ-instelling.

De belangrijkste bevindingen:

- Cliënten in dit circuit worden vooral ambulante geholpen. Na een daling vanaf 1996, is het aantal ambulante contacten sinds 2001 meer dan verdrievoudigd. De opmerkelijke stijging in 2004 (31,3 procent) heeft vermoedelijk administratieve oorzaken. Volgens de NZa zijn vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld in de registratie van ambulante contacten.
- Vanaf 2006 groeit het aantal ambulante contacten sneller.
- Ook de klinische zorg en het aantal deeltijdbehandelingen zijn sinds 1993 toegenomen.

Grafiek 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2009 (x 1.000)



Bron: Nza

Tabel 3.8 Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2009 (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	7.789	7.794	7.691	7.578	7.680	7.141	6.853	6.597	6.384
Deeltijdbehandelingen	684	724	777	799	980	988	1.022	1.011	1.099
Dagen beschermd wonen	1.473	1.614	1.734	1.854	1.967	1.921	2.127	2.148	2.116
Ambulante contacten	3.475	3.598	3.746	4.030	4.284	4.153	4.091	4.110	4.048
	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008	2009	
Verpleegdagen	6.330	6.529	6.370	6.410	6.487	6.515	6.090	6.492	
Deeltijdbehandelingen	1.140	1.259	1.230	1.192	1.133	-	1.070	881	
Dagen beschermd wonen	2.248	2.452	2.674	3.022	3.412	3.952	4.113	4.737	
Ambulante contacten	4.506	4.835	7.017	7.696	8.399	9.133	10.858	12.413	

* Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.

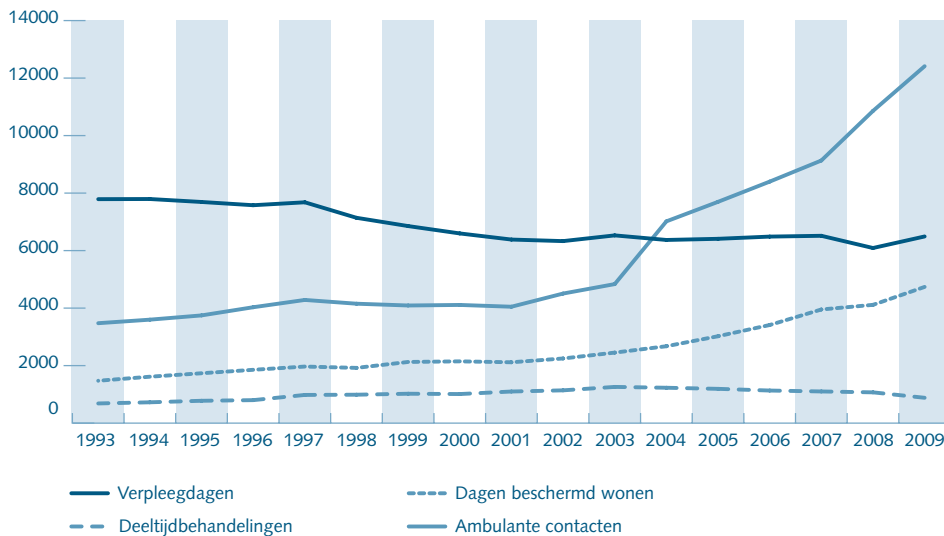
Bron: NZa

In tabel 3.8 worden de productiecijfers gepresenteerd van de circuits volwassenen en ouderen die deel uitmaken van brede GGZ-instellingen en van zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's, RIBW's, PAAZ'en en PUK'en. In grafiek 3.8 worden de productiecijfers gevisualiseerd. De productie van de afdelingen voor forensisch-psychiatrische patiënten (FPA's en FPK's) maken ook onderdeel hiervan uit (voor zover deze niet door het Ministerie van Justitie wordt gefinancierd).

De belangrijkste bevindingen:

- De klinische zorg fluctueert sinds 1993 enigszins met soms een daling en soms groei. De grootste uitschieter was in 1998 met een daling van 7 procent. Van 2005 tot en met 2007 was het aantal verpleegdagen relatief stabiel, gevolgd door een daling in 2008 met 6,5 procent en een stijging in 2009 van 6,6 procent ten opzichte van 2008. Het aantal verpleegdagen in 2009 is daarmee vergelijkbaar met het niveau in de periode 2005-2007.
- Het aantal deeltijdbehandelingen is geleidelijk toegenomen (met uitzondering van 2000), maar daalt vanaf 2004 tot en met 2008 licht. In 2009 daalt het aantal deeltijdbehandelingen sterker (een daling van 17,7 procent ten opzichte van 2008).
- Het aantal dagen beschermd wonen is sinds 1993 meer dan verdrievoudigd.
- Het aantal ambulante contacten neemt toe. Een plotselinge stijging is zichtbaar in 2004. Vermoedelijk heeft deze toename administratieve oorzaken; volgens het NZa zouden vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld zijn in de registratie van ambulante contacten.

Grafiek 3.8 Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2009 (x 1.000)



Bron: NZa

Tabel 3.9 Productie van de instellingen voor verslavingszorg, 1993-2008 (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	362	407	428	446	493	535	557	505	512
Deeltijdbehandelingen	-	-	-	-	41	54	60	60	59
	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008	2009	
Verpleegdagen	546	596	625	659	687	732	761	744	
Deeltijdbehandelingen	69	76	121	90	88	-	93	82	

* Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.

Bron: NZa

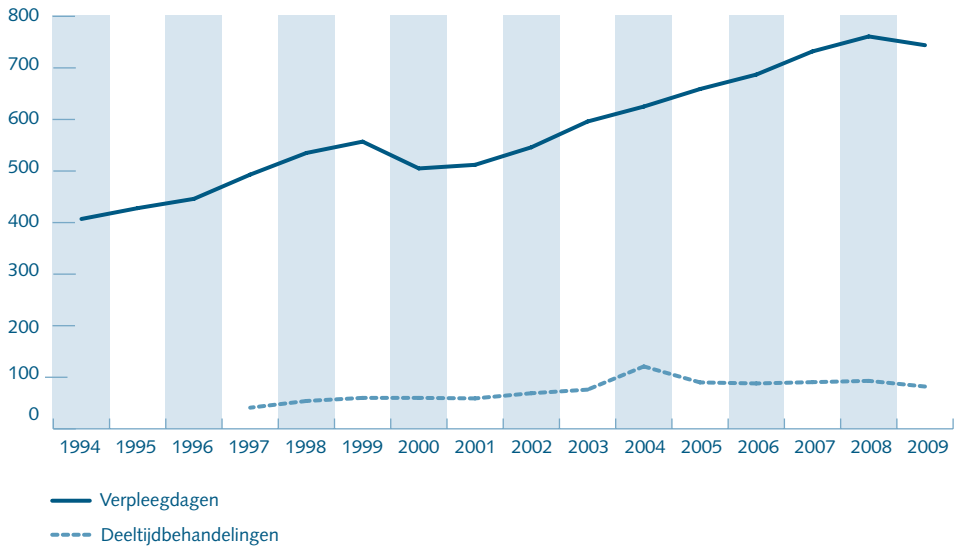
In tabel 3.9 wordt het aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van meer omvattende GGZ-instellingen weergegeven. In grafiek 3.9 wordt dit visueel weergegeven.

In de tabel is niet het aantal ambulante contacten opgenomen dat deze instellingen of afdelingen produceren. Deze cijfers staan vermeld in tabel 3.10.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal verpleegdagen neemt tussen 2001 en 2008 geleidelijk toe met gemiddeld 5,3 procent (range 1,4 procent – 9,2 procent).
- In 2009 nam het aantal verpleegdagen ten opzichte van 2008 af met 2,2 procent.
- Tussen 2005 en 2008 lijkt het aantal deeltijdbehandeling relatief stabiel. In 2009 daalt het aantal deeltijdbehandelingen echter met 12 procent ten opzichte van 2008.

Grafiek 3.9 Productie van de instellingen voor verslavingszorg, 1994-2009 (x 1.000)



Bron: NZa

Tabel 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2007-2010

	2007	2008	2009	2010
<i>Contacten i.v.m.</i>				
Alcohol	673.281	696.816	837.533	819.176
Drugs	740.670	806.795	957.338	973.306
Overige middelen	47.769	46.442	61.291	65.857
Contacten totaal	1.461.720	1.550.053	1.856.162	1.858.339

Bron: LADIS (IVZ)

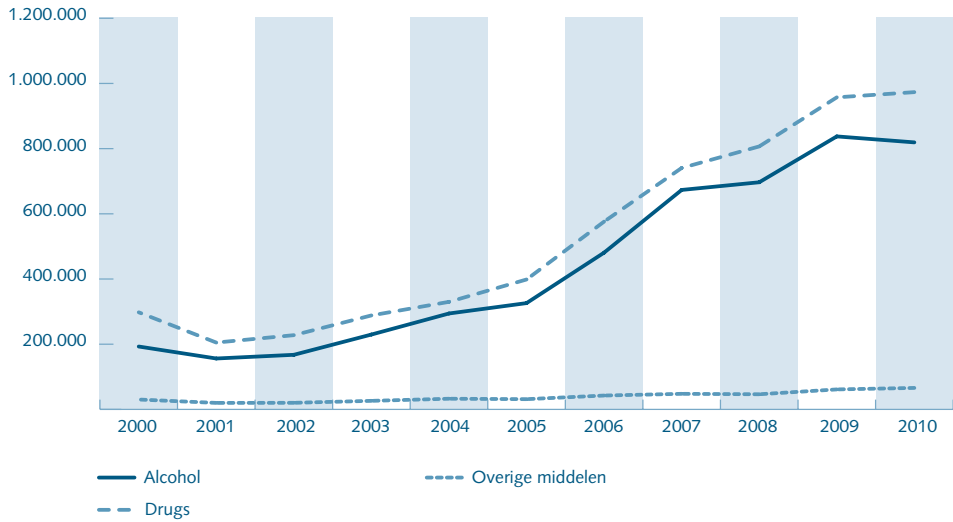
In tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal ambulante contacten dat grote verslavingszorginstellingen, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) en de afdelingen voor verslavingszorg van de grote GGZ-instellingen hadden tussen 2007 en 2010.

De cijfers over de gehele periode 2000-2010 werden aangeleverd door het IVZ en zijn verkregen door analyses op het databestand LADIS. Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecalculleerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2010. Daarom is ervoor gekozen alleen de exacte cijfers weer te geven over het aantal contacten in de meest recente jaren. In grafiek 3.10 zullen de productiecijfers over de gehele periode 2000-2010 worden gevisualiseerd. Daarbij is het belangrijk aan te geven dat de aantallen tot 2007 waarschijnlijk een onderschatting zijn van het totaal.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal contacten in de ambulante verslavingszorg is in de gehele periode 2000-2010 toegenomen (Grafiek 3.10). De sprong omlaag tussen 2000 en 2001 is volgens IVZ (Stichting Informatie Voorziening Zorg) deels toe te schrijven aan een eerdere wijziging van het registratiesysteem. Tussen 2007 en 2010 stijgt het totaal aantal contacten met 27 procent.
- De meeste cliënten in de ambulante verslavingszorg worden behandeld voor problemen met drugs. In de periode 2000-2010 nam het aantal contacten in verband met drugsproblemen toe. Tussen 2007 en 2010 is er een stijging in het aantal contacten waargenomen van 31 procent.
- Ook het aantal cliënten dat wordt behandeld voor problemen met alcohol stijgt in de gehele periode. In de meest recente jaren (2007-2010) neemt het aantal contacten met 22 procent toe.
- Relatief weinig cliënten worden in de ambulante verslavingszorg behandeld voor problemen met andere middelen dan alcohol of drugs. Tussen 2007 en 2010 is de toename van het aantal contacten in deze categorie in verhouding vrij sterk. Er wordt een stijging van 38 procent waargenomen.

Grafiek 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2000-2010*



* Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecaluleerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2010.

Bron: LADIS (IVZ)

Tabel 3.11 Gemiddelde opnameduur en gemiddeld aantal cliënten per 1000 volwassen inwoners per kalenderjaar in klinische zorg, RIBW-vestigingen en ambulante zorg, 1990-2004

	1990	1994	1998	2002	2003	2004	% groei
<i>Klinische zorg</i>							
Duur klinische opname in dagen	441	455	429	397	424	460	4%
Aantal klinische cliënten	3.41	3.91	3.72	3.98	4.22	4.40	29%
<i>RIBW</i>							
Duur RIBW opname in dagen	80	118	151	223	237	235	196%
Aantal RIBW-bewoners	.29	.40	.54	.74	.75	.74	153%
<i>Intensieve ambulante zorg</i>							
Lengte zorgepisode	119	167	235	289	333	366	208%
Aantal cliënten	.79	1.28	1.59	2.12	2.30	2.68	239%
<i>Extensieve ambulante zorg</i>							
Aantal contacten met poli's en RIAGG's	216	281	326	391	439	542	151%
Aantal cliënten	23.10	28.37	30.20	38.92	43.62	51.59	123%

Bron: Pijl, 2007

In tabel 3.11 wordt de gemiddelde duur en het gemiddeld aantal cliënten per 1000 volwassen inwoners per kalenderjaar weergegeven dat klinische of ambulante zorg ontving of verbleef in een RIBW-vestiging. De cijfers zijn gebaseerd op gegevens van de psychiatrische casusregisters (Pijl et al., 2007).

De belangrijkste bevindingen:

- Alle vormen van GGZ-zorg laten vanaf de jaren negentig een toename zien, zowel wat betreft duur van de opname/zorgperiode als wat betreft het aantal cliënten.
- Sterkste groei is – zowel wat betreft duur van de opname/zorgepisode als aantal patiënten - zichtbaar bij intensieve ambulante zorg, minst sterke groei bij de klinische zorg.
- In de periode 2002-2004 is zowel de duur van een RIBW-opname als het aantal RIBW-bewoners constant. Hier heeft de sterkste groei zich voorgedaan in de jaren negentig.

Tabel 3.12a Formele capaciteit TBS-instellingen, 1994-2008*

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Plaatsen	607	650	803	866	970	1.175	1.183	1.222
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Plaatsen	1.264	1.303	1.401	1.637	1.738	1.854	1.992	

* De gegevens van 2009 en 2010 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: DJI

Tabel 3.12b Feitelijke capaciteit TBS instellingen, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Plaatsen	1.502	1.703	1.836	1.944	2.084	2156

Bron: DJI

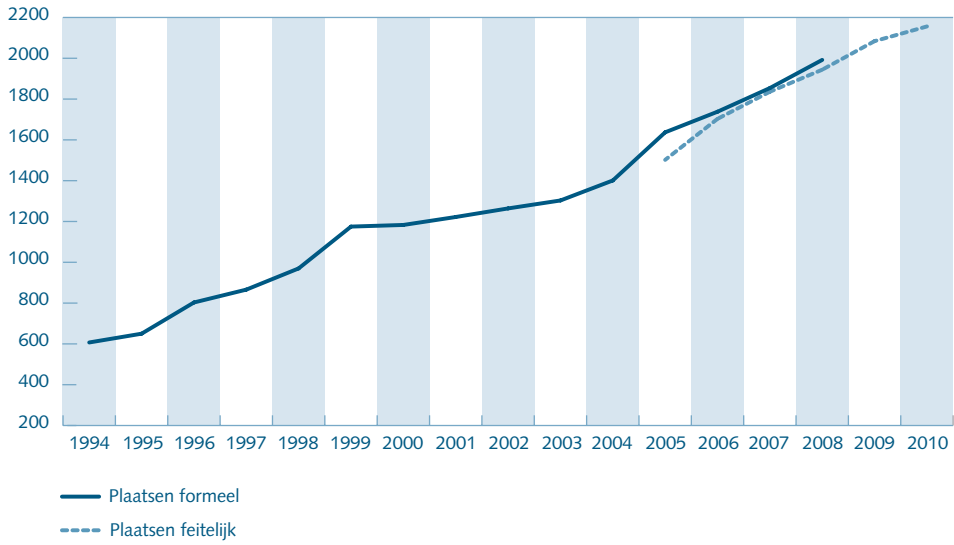
In tabel 3.12a wordt een overzicht gegeven van de formele capaciteit van TBS-instellingen (aantal plaatsen) in de periode 1994-2008. Tabel 3.12b laat het aantal feitelijk bezette plaatsen in TBS- instellingen zien tussen 2005 en 2009. In grafiek 3.12 wordt deze formele en feitelijke capaciteit gevisualiseerd.

In Nederland zijn acht TBS-klinieken en vier Forensisch Psychiatrisch Klinieken (FPK's). In FPK's worden TBS-behandelplaatsen ingekocht. Tegenwoordig dragen de TBS-klinieken en de FPK's de gezamenlijke naam Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's). De Dienst Justitiële Inrichtingen beheert twee Forensisch Psychiatrische Centra (FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht). Dit zijn nog de enige twee rijksklinieken, veel klinieken zijn particulier.

De belangrijkste bevindingen:

- De formele capaciteit van de TBS-inrichtingen is in de periode 1994-2008 toegenomen van 607 naar 1992 plaatsen, ruim een verdrievoudiging. Tussen 2005 en 2008 is er een toename van 355 plaatsen (ongeveer 22 procent).
- De feitelijke capaciteit neemt in de periode 2005-2010 toe van 1502 naar 2156 plaatsen, een toename van ongeveer 54 procent. Ter vergelijking met de formele capaciteit: tussen 2005 en 2008 nam de feitelijke capaciteit met 29 procent toe.
- Doordat de feitelijke capaciteit de laatste jaren sneller toegenomen is dan de formele capaciteit, is vanaf 2006 de feitelijke capaciteit bijna gelijk aan de formele capaciteit.

Grafiek 3.12 Formele en feitelijke capaciteit TBS-instellingen, 1994-2010



Bron: DJI

Tabel 3.13 Samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang, 2005 - 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Maatschappelijke Opvang					
Nachtopvang	1393	1403	1783	1794	1610
24-uurs woonvoorziening	3570	3461	3780	4165	4380
24-uurs meerzorg	709	802	749	811	664
24-uur (crisis)opvang	784	718	903	879	948
Dagopvang	2616	2701	3047	3687	3679
<i>Totaal</i>	<i>9072</i>	<i>9085</i>	<i>10262</i>	<i>11336</i>	<i>11281</i>
Vrouwenopvang					
24-uurs woon partieel	822	923	904	963	854
24-uurs woonvoorziening	950	916	949	1033	1048
24-uurs (crisis)opvang	277	270	305	358	363
Nachtopvang	43	43	23	27	44
Dagopvang	86	131	210	210	210
<i>Totaal</i>	<i>2178</i>	<i>2283</i>	<i>2391</i>	<i>2591</i>	<i>2519</i>
Maatschappelijke opvang/ vrouwenopvang					
Begeleid wonen	3837	3908	4938	6355	4963
Sociale activering	-	20	30	460	302
Preventieprojecten	-	28	111	278	569
<i>Totaal</i>	<i>3837</i>	<i>3956</i>	<i>5079</i>	<i>7093</i>	<i>5834</i>

Bron: Monitor Maatschappelijke opvang

Tabel 3.13 geeft de samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang weer voor de periode 2005-2009. Bij de samengestelde capaciteit gaat het om een geschatte 100 procent capaciteit van de bij de Federatie Opvang aangesloten instellingen die opvang leverden.

De belangrijkste bevinding:

- Het vergelijken van de verschillende jaren moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren, omdat de cijfers gebaseerd zijn op schattingen van de totale samengestelde capaciteit.
- Kijkend naar de totalen, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat bij elke voorzieningsoort een stijging te zien is tussen 2005-2008, en een daling in 2009. Het is moeilijk te zeggen of er bij een bepaalde voorzieningsoort daadwerkelijk sprake is van een trend. De steeds wisselende set van responderende instellingen zou ook een verklaring kunnen zijn voor de veranderingen.

4 Kosten en financiering

Tabel 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2010 (x 1 mln euro)

	2003	%BBP	2004	%BBP	2005	%BBP	2006	%BBP
Gezondheidszorg	36.185	7,6%	37.693	7,7%	39.069	7,6%	40.845	7,6%
GGZ	3.536	0,7%	3.799	0,8%	4.098	0,8%	4.290	0,8%
Welzijnszorg	24.571	5,2%	25.076	5,1%	25.820	5,0%	26.961	5,0%
Beleids- en beheers-organisaties	2.443	0,5%	2.613	0,5%	2.783	0,5%	3.007	0,6%
Totale zorg	63.185	13,3%	65.381	13,3%	67.674	13,2%	70.813	13,1%
	2007	%BBP	2008	%BBP	2009*	%BBP	2010*	%BBP
Gezondheidszorg	43.488	7,6%	46.748	7,8%	49.265	8,6%	50.956	8,6%
GGZ	4.634	0,8%	4.899	0,8%	5.273	0,9%	5.435	0,9%
Welzijnszorg	28.188	4,9%	30.225	5,1%	32.257	5,6%	33.641	5,7%
Beleids- en beheers-organisaties	3.074	0,5%	3.026	0,5%	3.001	0,5%	2.998	0,5%
Totale zorg	74.750	13,1%	80.000	13,4%	84.524	14,8%	87.596	14,8%

* Voorlopige cijfers

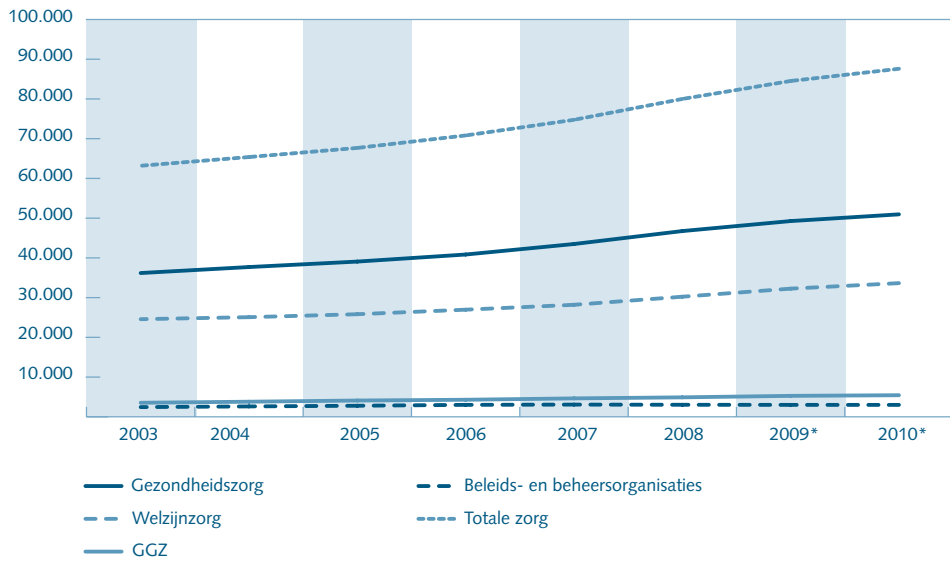
Bron: CBS: Statline, gereviseerde cijfers

In Tabel 4.1 worden de uitgaven aan zorg in de periode 2003-2010 gepresenteerd. In Grafiek 4.1 wordt de tabel gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- In 2010 kwamen de uitgaven aan de totale zorgsector overeen met 14,8 procent van het Bruto Binnenlands Product. Dit percentage ligt hoger dan in de periode 2003-2008. Dit hogere percentage wordt zowel veroorzaakt door een stijging in de uitgaven aan de gezondheidszorg, als een daling van het BBP tussen 2008 en 2009.
- *Gezondheidszorg*: In 2010 bedragen de kosten aan de gezondheidszorg bijna 51 miljard euro. Hiervan wordt 10,7 procent (5,4 miljard euro) uitgegeven aan de GGZ.
- *GGZ*: Het aandeel van de GGZ-uitgaven in de totale gezondheidszorguitgaven is vanaf 2005 redelijk constant, namelijk ongeveer 10,5 tot 10,7 procent van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. In de periode tussen 2003 en 2005 nam dit percentage toe (van 9,8% in 2003 naar 10,5% in 2005).

Grafiek 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2010 (x 1 mln euro)



* Voorlopige cijfers

Bron: CBS

Tabel 4.2a Financieringsbronnen uitgaven zorg, 2003-2010 (x 1 mln euro)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Overheid	8.148	8.148	8.119	8.145	10.650	11.333	12.453	12.734
Sociale Verzekeringen	37.420	38.228	40.727	49.900	50.700	53.491	57.399	59.707
- ZF/Zvw**	17.088	17.122	17.554	26.727	27.693	32.322	34.198	35.421
- AWBZ	20.332	21.106	22.052	23.173	23.007	21.169	23.201	24.286
Particuliere zorgverzekeringen	7.751	8.665	9.076	2.904	3.146	3.154	3.489	3.625
Eigen betalingen	5.513	5.849	7.301	7.053	7.418	8.130	8.150	8.447
Overige financiers	4.365	4.500	3.572	2.812	2.837	2.892	3.033	3.082
Totale uitgaven	63.197	65.381	67.674	70.813	74.750	80.000	84.524	87.596

* Voorlopige cijfers

** Ziekenfonds/Zorgverzekeringswet. Per 2006 is het ziekenfonds vervangen door de zorgverzekeringswet (basisverzekering).

Bron: CBS (gereviseerde cijfers)

Tabel 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ 2003-2010 (x 1 mln euro)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Overheid	366	390	430	477	558	692	793	824
Sociale Verzekeringen	3150	3389	3644	3785	4052	4183	4455	4586
Zvw	0	0	0	0	0	2251	2385	2369
AWBZ	3150	3389	3644	3785	4052	1933	2070	2217
Particuliere zorgverzekeringen	0	0	0	0	0	0	0	0
Eigen betalingen	0	0	0	0	0	0	0	0
Overige financiers	20	20	25	28	24	23	25	25
Totale uitgaven	3536	3799	4099	4290	4634	4899	5273	5435

* Voorlopige cijfers

Bron: CBS, gereviseerde cijfers.

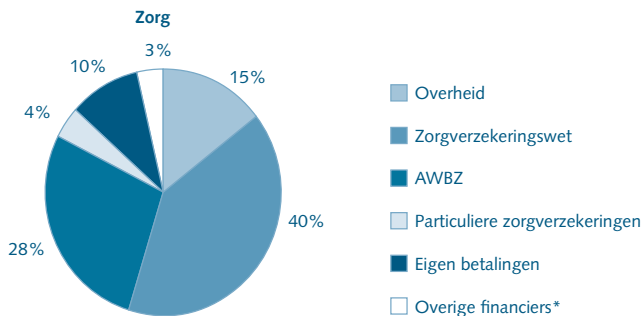
In tabel 4.2a en 4.2b wordt een overzicht gegeven van de financieringsbronnen van de uitgaven aan de zorg en de GGZ. Deze cijfers worden gevisualiseerd in diagrammen 4.2a & b.

De belangrijkste bevindingen:

- De uitgaven aan de totale zorg en aan de GGZ stijgen over de gehele periode 2003-2010 met resp. 39 procent en 54 procent. Gezien over de gehele periode stijgen de uitgaven aan de GGZ dus relatief sneller dan de uitgaven aan de totale zorg. Echter, tussen 2007 en 2010 is dit verschil in toename van uitgaven niet meer te zien. De uitgaven aan de totale zorg en aan de GGZ stijgen in deze periode (2007-2010) in beide gevallen met 17 procent.

- *Zorg*: Van de uitgaven aan de zorg wordt in 2010 bijna 70 procent betaald door de sociale verzekeringen (Zvw en AWBZ).
- *GGZ*: Van de uitgaven aan de GGZ wordt in 2010 84 procent betaald door de sociale verzekeringen.

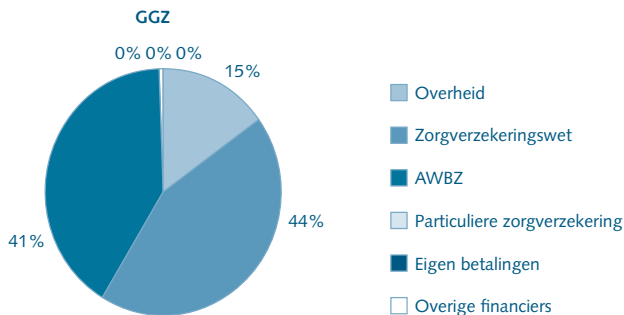
Diagram 4.2a Financieringsbronnen uitgaven gezondheidszorg en GGZ in 2010 (in procenten)



* Onder 'overige financiers' verstaat het CBS bedrijven, instellingen en het buitenland.

Bron: CBS

Diagram 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ in 2010 (in procenten)



* Onder 'overige financiers' verstaat het CBS bedrijven, instellingen en het buitenland.

Bron: CBS

5 Personeel

Tabel 5.1 Aantal fte in de zorgsector en de GGZ, 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ziekenhuizen	173.300	173.795	181.340	185.880	188.794	192.830
Gehandicaptenzorg	85.084	85.668	88.680	92.570	95.405	99.095
Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg	216.896	219.653	234.682	232.558	240.351	246.821
GGZ	53.120	55.720	57.760	60.080	61.560	63.440
Totaal	528.400	534.836	562.462	571.088	586.110	602.186

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

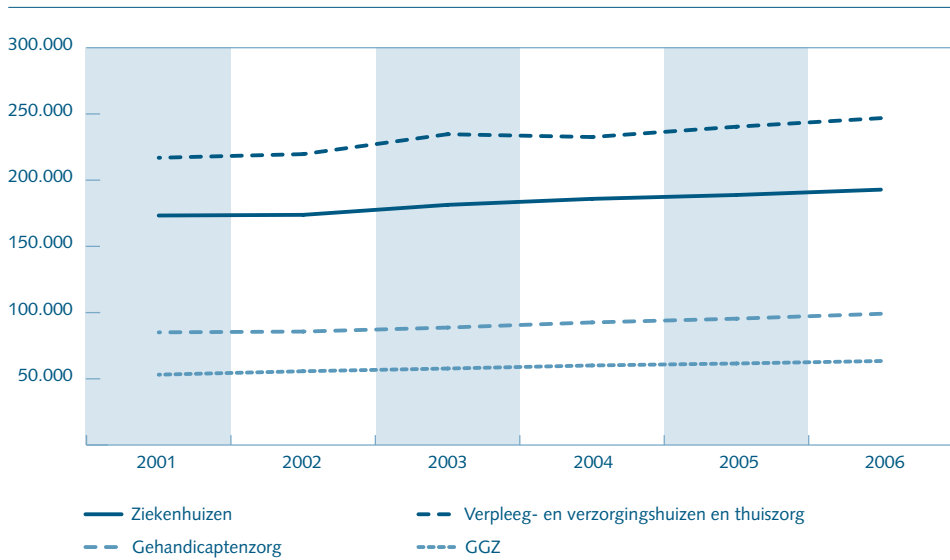
In tabel 5.1 wordt het aantal fte per zorgsector weergegeven in de periode 2004-2009. In grafiek 5.1 wordt dit gevisualiseerd.

Het aantal arbeidsplaatsen wordt uitgedrukt in fte (full-time equivalenten). De cijfers hebben betrekking op bezette arbeidsplaatsen van personeel in loondienst. Ze hebben geen betrekking op oproepkrachten, uitzendkrachten, gedetacheerd personeel en vrijwilligers. Informatie over de sectoren is afkomstig van Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl). Tot de GGZ wordt gerekend: de brede GGZ-instellingen, APZ'en, de zelfstandig gebleven RIAGG's, verslavingszorg, MKD en MKT en de RIBW's. PAAZ'en, PUK'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vallen hier niet onder.

De belangrijkste bevindingen:

- Over de gehele lijn neemt het aantal fte in de zorgsector toe, namelijk met bijna 14 procent in de periode 2004-2009.
- Het merendeel van het personeel in de zorg is werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen of in de thuiszorg. Ook in de ziekenhuiszorg is een groot deel van het totaal aan fte ondergebracht.
- In totaal is ongeveer 10 procent van het personeel werkzaam in de GGZ in de periode 2004-2009. Het aantal fte in de GGZ is in dezelfde periode gestegen met ruim 19 procent. Deze groei is iets sterker dan in de andere sectoren. In de gehandicaptenzorg groeit het aantal fte met 16 procent, in de verpleeg- en verzorgingstehuizen en in de thuiszorg bedraagt de toename 14 procent. In de ziekenhuizen wordt een groei van ongeveer 11 procent waargenomen.

Grafiek 5.1 Aantal fte in de zorgsector en de GGZ, 2004-2009



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

Tabel 5.2 Aantal fte in de GGZ, per type instelling, 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004
Brede GGZ-instellingen	28.105	29.510	31.685	34.935	37.217
Algemene en categorale ziekenhuizen	7.713	6.970	6.510	7.070	5.979
RIAGG's	2.089	1.795	1.645	1.490	1.496
RIBW's	2.165	2.260	2.340	2.420	2.664
Verslavingszorg	3.214	3.445	3.715	3.425	3.643
Totaal*	43.286	43.990	45.895	49.340	51.000
	2005	2006	2007	2008	2009
Brede GGZ-instellingen	39.965	41.929	44.620	45.760	47.800
Algemene en categorale ziekenhuizen	4.523	5.108	5.790	6.360	6.640
RIAGG's	1.090	1.130	930	960	990
RIBW's	3.131	3.455	4.540	5.090	5.580
Verslavingszorg	3.940	4.216	4.220	4.430	4.690
Totaal*	52.649	55.838	60.100	62.600	65.700

* De totalen wijken af van de cijfers die gepresenteerd zijn in Tabel 5.1. Dit kan mogelijk worden verklaard door verschillen in de wijzen van gegevensverzameling die door GGZ Nederland en Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn worden gehanteerd.

Bron: GGZ Nederland

In tabel 5.2 wordt het aantal fte in de GGZ uitgesplitst naar type instelling: brede GGZ-instellingen, algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en categorale psychiatrische ziekenhuizen (Kinder en Jeugd/ Forensisch), RIAGG's, RIBW's en verslavingszorg.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totale personeelsbestand van de GGZ is in de periode 2000-2009 geleidelijk toegenomen (52 procent).
- De meeste fulltime arbeidsplaatsen zijn ondergebracht bij de brede GGZ-instellingen. Sinds 2000 is het aantal fte bij deze instellingen met 70 procent toegenomen.
- Bij de RIAGG's en bij de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen is in de periode 2000-2009 een omgekeerde ontwikkeling zichtbaar. Bij de RIAGG's halveert het aantal fte zelfs. Deze ontwikkeling hangt samen met de fusiegolf in de GGZ die eind jaren negentig haar hoogtepunt bereikte. Een steeds groter deel van de arbeidsplaatsen werd ondergebracht in brede GGZ-instellingen.
- Het aantal fte bij instellingen voor verslavingszorg is tussen 2000 en 2009 toegenomen met 46 procent. Bij de RIBW's is de personeelsomvang relatief sterker toegenomen (toename van 158 procent sinds 2000).

Tabel 5.3 Verhouding tussen aantal arbeidsplaatsen en aantal werknemers in de GGZ: deeltijdpercentage, 2005-2009

	2005	2006	2007	2007	2009
Aantal fte in de GGZ per 31-12	53.870	55.840	60.100	62.600	65.700
Aantal werkzame personen in de GGZ per 31-12	70.500	72.270	79.300	82.500	86.500
Deeltijdpercentage %	76	77	76	76	76

Bron: Sectorrapportages GGZ Nederland

Tabel 5.3 geeft een overzicht van de verhouding tussen het aantal fulltime arbeidsplaatsen (fte) en het aantal werknemers in de GGZ. Deze verhouding wordt uitgedrukt in het deeltijdpercentage. Het deeltijdpercentage geeft aan hoeveel procent van een fulltime aanstelling werknemers gemiddeld werken. Hoe lager het percentage, hoe lager het aantal uur dat een werknemer in de GGZ gemiddeld werkt.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2005-2009 stijgt zowel het aantal fte, als het aantal werknemers in de GGZ elk jaar.
- Het aantal fte in de GGZ stijgt in de gehele periode relatief even snel als het totaal aantal werknemers. Dit zorgt ervoor dat het deeltijdpercentage in de GGZ stabiel is op circa 76 procent.

Tabel 5.4 Aantal fte in de GGZ per type functie, 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Medisch personeel ¹	5.366	5.553	5.943	6.642	6.277	6.568	6.975	7.400	7.675
Behandelend en begeleidend personeel ²	7.301	7.527	8.584	9.360	9.054	9.244	10.325	10.525	11.275
Verplegend personeel ³	18.209	19.184	19.879	19.527	21.316	21.554	20.875	22.025	23.550
Overig behandelend personeel ⁴	2.382	2.341	2.422	2.638	4.077	4.371	4.575	4.650	4.425
Hotelpersoneel ⁵	3.989	3.993	4.466	4.104	3.788	3.794	3.950	4.375	4.500
<i>Subtotaal behandelend personeel⁶</i>	<i>37.216</i>	<i>38.598</i>	<i>41.294</i>	<i>42.271</i>	<i>44.512</i>	<i>45.532</i>	<i>46.700</i>	<i>48.975</i>	<i>51.425</i>
Algemeen en administratief personeel ⁷	6.773	7.297	8.046	8.729	9.360	10.307	11.825	11.600	12.275
Totaal	43.989	45.895	49.340	51.000	53.872	55.838	58.525	60.575	63.700

¹ *Personeel met een artsenopleiding, incl. psychiater*

² *Personeel met een sociaalwetenschappelijke opleiding of maatschappelijke opleiding, zoals psychologen, pedagogen en maatschappelijk werkers*

³ *Personeel met een opleiding verzorging / verpleging*

⁴ *Personeel dat zorg verleent aan de patiënt / cliënt, dat niet onder een van bovenstaande noemers is te vatten*

⁵ *Huishoudelijk personeel dat eten en koffie rondbrengt e.d.*

⁶ *Behandelend is in de zin van direct in contact staand met de patiënt / cliënt*

⁷ *P&O, automatisering, etc.*

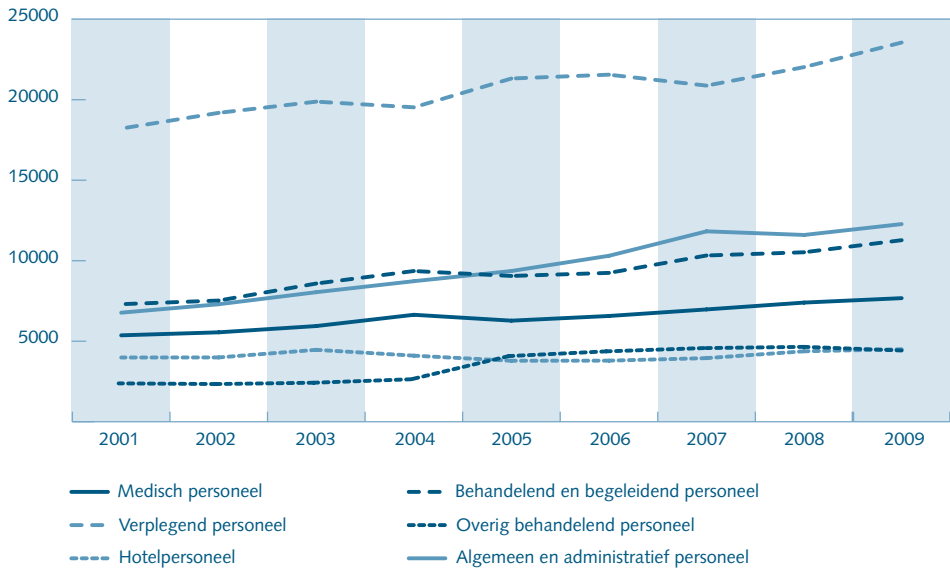
Bron: GGZ Nederland

In tabel 5.4 wordt het aantal fte in de GGZ uitgesplitst naar functie in de periode 2001-2009. In grafiek 5.4 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van het personeel in de GGZ heeft in de gehele periode 2001-2009 een verplegende of behandelende functie.
- Het aantal fte is tussen 2001 en 2009 bij alle functies toegenomen. De relatief sterkste groei is zichtbaar bij het overig behandelend personeel (86 procent) en het algemeen en administratief personeel (81 procent). De minst sterke groei in het aantal fte tussen 2001 en 2009 is zichtbaar bij het hotelpersoneel (12%).

Grafiek 5.4 Aantal fte in de GGZ per type functie, 2001-2009



Bron: GGZ Nederland

Tabel 5.5 Ziekteverzuim in de GGZ en de zorgsector, 1999-2010 (in procenten)

Ziekteverzuim	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl. zwang.)	6,3	5,6	5,1	4,8	4,7	4,4	4,3	4,5	4,5	4,5
Algemene ziekenhuizen (incl. zwang.)	7,7	6,9	6,3	6,1	6	5,7	5,6	5,9	5,9	5,8
Gehandicaptenzorg (excl. zwang.)	8,1	7,3	6,5	6	5,7	5,3	5,4	5,7	5,7	5,7
Gehandicaptenzorg (incl. zwang.)	9,5	8,6	7,9	7,5	7	6,8	6,9	7,3	7,3	7,3
Verpleeg- en verzorgingshuizen (excl. zwang.)*	8,3	7,4	6,5	6,1	5,8	5,4	5,4	6,3	6,2	6
Verpleeg- en verzorgingshuizen (incl. zwang.)*	9,8	8,8	7,8	7,4	7	6,7	6,6	7,5	7,5	7,2
Thuiszorg (excl. zwang.)**	10,1	8,5	7,6	7,1	6,5	6	6,3			
Thuiszorg (incl. zwang.)**	11,5	9,8	8,9	8,5	7,8	7,2	7,5			
GGZ-instellingen (excl. zwang.)	6,9	5,9	5,3	5,1	5	4,6	4,7	5,1	4,9	5,0
GGZ-instellingen (incl. zwang.)	7,9	6,7	6,2	6	5,9	5,7	5,8	6,2	6,1	6,1
Totaal excl. zwangerschapsverlof	7,7	6,8	6,1	5,7	5,4	5	5,1	5,5	5,4	5,3
Totaal incl. zwangerschapsverlof	9,1	8,1	7,3	7	6,6	6,3	6,3	6,8	6,7	6,6

* Vanaf 2008 wordt deze categorie door Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn aangeduid als Verzorgings-
tehuizen, Verpleegtehuizen en Thuiszorg (VVT).

** Er worden geen aparte verzuimpercentages meer weergegeven door Arbeidsmarktinformatie Zorg en
Welzijn. Deze categorie is vanaf 2008 ondergebracht in de categorie VVT.

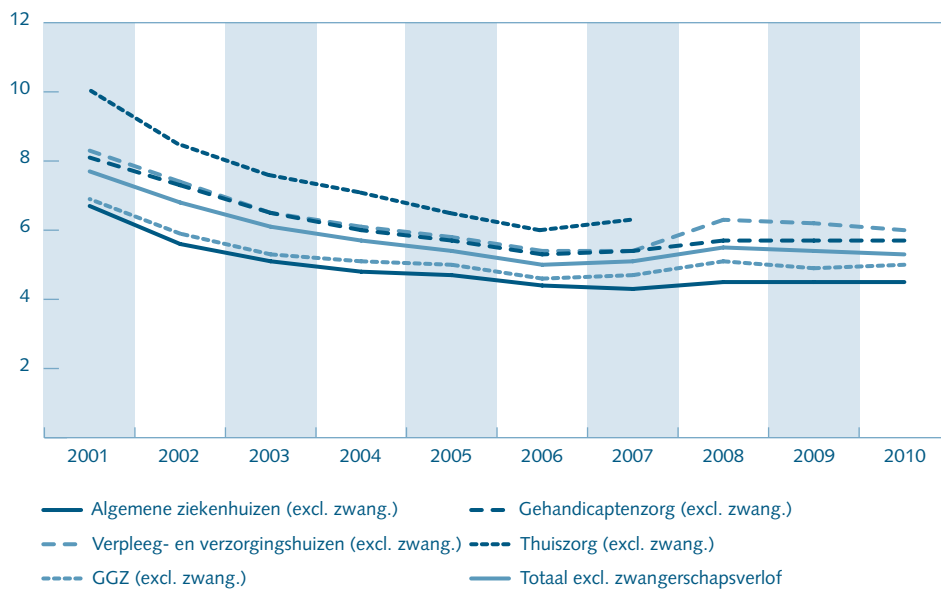
Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

In tabel 5.5 wordt een overzicht gegeven van het ziekteverzuim in de GGZ en de totale
zorgsector. Dit wordt gevisualiseerd in de grafiek 5.5a.

De belangrijkste bevindingen:

- Het ziekteverzuim is tussen 2001 en 2010 over de gehele lijn afgenomen of gesta-
biliseerd.
- Het ziekteverzuim in de GGZ is in 2010 relatief laag in vergelijking met andere zorg-
sectoren, afgezien van de ziekenhuissector.
- Het ziekteverzuim (exclusief het verzuim in verband met zwangerschapsverlof) in de
zorg (5,3 procent) en de GGZ (5 procent) is in 2010 hoger dan het landelijk gemid-
delde (4,2 procent) (niet in tabel).

Grafiek 5.5 Ziekteverzuim GGZ en zorgsector, 2001-2010 (in procenten, excl. zwangerschapsverlof)



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

Tabel 5.6 Aantal vrijgevestigde psychiaters, per provincie (2004-2009)

	2004		2006		2007		2008		2009	
	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners
Groningen	19	3,3	26	4,5	28	4,9	26	4,5	29	5,1
Friesland	7	1,1	15	2,3	15	2,3	16	2,5	18	2,8
Drenthe	15	3,1	21	4,3	11	2,3	10	2	10	2
Overijssel	21	1,9	29	2,6	28	2,5	29	2,6	32	2,8
Gelderland	30	1,5	77	3,9	57	2,9	61	3,1	63	3,2
Flevoland	8	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Utrecht	38	3,2	68	5,7	60	5	54	4,5	54	4,5
Noord-Holland	184	7,1	223	8,5	197	7,5	204	7,8	211	8
Zuid-Holland	63	1,8	97	2,8	90	2,6	82	2,4	88	2,5
Zeeland	6	1,6	8	2,1	6	1,6	4	1,1	4	1
Noord-Brabant	44	1,8	50	2,1	45	1,9	46	1,9	48	2
Limburg	18	1,6	26	2,3	27	2,4	29	2,6	34	3
Buitenland							17		17	
Onbekend							38		1	
Heel Nederland	453	2,8	640	3,4	564	3,4	616	3,8	609	3,7

Bron: NVvP

Tabel 5.6 geeft een overzicht van het aantal vrijgevestigde psychiaters per provincie. De cijfers hebben betrekking op psychiaters die een eigen praktijk voeren. Het begrip psychiater heeft betrekking op een persoon die voor het specialisme psychiatrie is geregistreerd in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De gegevens zijn afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), sectie Psychiatrie door Zelfstandig Gevestigden (PZG).

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal vrijgevestigde psychiaters is tussen 2004 en 2006 toegenomen. In de periode daarna (2006-2009) zijn er jaarlijks schommelingen.
- In de provincie Noord-Holland zijn de meeste psychiaters per 100.000 inwoners werkzaam.

Tabel 5.7 Aantal vrijgevestigde psychotherapeuten, per provincie (2005-2009)

	2005		2006		2008		2009	
	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners
Groningen	24	4,2	24	4,2	28	4,9	32	5,6
Friesland	15	2,3	15	2,3	17	2,6	20	3,1
Drenthe	26	5,4	25	5,2	23	4,7	25	5,1
Overijssel	49	4,4	37	3,3	37	3,3	40	3,6
Gelderland	124	6,3	137	6,9	134	6,8	146	7,3
Flevoland	11	3	8	2,1	8	2,1	9	2,3
Utrecht	157	13,4	163	13,8	154	12,8	169	14
Noord-Holland	338	13,1	344	13,2	337	12,8	355	13,4
Zuid-Holland	158	4,6	166	4,8	149	4,3	164	4,7
Zeeland	3	0,8	6	1,6	6	1,6	7	1,8
Noord-Brabant	96	4	93	3,8	79	3,3	89	3,7
Limburg	50	4,4	51	4,5	52	4,6	57	5,1
Heel Nederland	1.051	6,5	1.069	5,5	1.024	6,2	1.113	6,8

Bron: NVVP

Tabel 5.7 geeft een overzicht van het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten per provincie. De cijfers hebben betrekking op psychotherapeuten die een eigen praktijk voeren. Het begrip psychotherapeut verwijst naar een persoon die als zodanig is ingeschreven in het BIG-register. In de tabel zijn uitsluitend psychotherapeuten met een eigen praktijk opgenomen, die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP). Er is geen overlap met tabel 5.6. Wanneer een psychotherapeut tevens psychiater is, is hij uitsluitend vermeld in tabel 5.6.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten is tussen 2005 en 2009 redelijk stabiel gebleven. Van jaar tot jaar worden er lichte schommelingen waargenomen.
- In de provincies Noord-Holland en Utrecht zijn relatief de meeste vrijgevestigde psychotherapeuten met een lidmaatschap van de NVVP werkzaam. Bijna een derde van alle psychotherapeuten is gevestigd in de provincie Noord-Holland.

Tabel 5.8 Aantal eerstelijnspsychologen (lid LVE), per provincie (2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners	Aantal	Per 100.000 inwoners
Groningen	42	7,3	39	6,8	41	7,1	38	6,6	37	6,4
Friesland	37	5,7	37	5,8	34	5,3	31	4,8	31	4,8
Drenthe	26	5,3	33	6,8	33	6,7	33	6,7	29	5,9
Overijssel	63	5,6	57	5,1	52	4,6	52	4,6	51	4,5
Gelderland	146	7,4	155	7,8	154	7,7	152	7,6	146	7,3
Flevoland	34	9,1	28	7,5	29	7,6	25	6,4	26	6,6
Utrecht	88	7,4	96	8,1	102	8,4	98	8,2	100	8,1
Noord-Holland	238	9,1	237	9,1	234	8,8	229	8,6	222	8,2
Zuid-Holland	157	4,5	150	4,3	175	5	164	4,7	156	4,4
Zeeland	17	4,5	17	4,5	18	4,7	18	4,7	16	4,2
Noord-Brabant	175	7,2	169	7	168	6,9	160	6,5	156	6,4
Limburg	45	4	47	4,1	47	4,2	50	4,5	46	4,1
Heel Nederland	1.068	6,5	1.065	6,5	1.087	6,6	1.050	6,4	1.016	6,1

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009 en 2010

In Tabel 5.8 wordt per provincie het aantal psychologen weergegeven dat werkzaam is in de eerste lijn en lid is van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Circa 70 procent van alle psychologen die in Nederland werkzaam zijn in de eerste lijn zijn lid van deze beroepsvereniging (LVE, 2011).

Tevens wordt in Tabel 5.8 een overzicht geboden van het aantal beschikbare eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal eerstelijnspsychologen dat lid is van de LVE is tussen 2006 en 2008 vrijwel stabiel. Vanaf 2009 is een lichte daling zichtbaar. Deze daling is ook te zien in het aantal eerstelijnspsychologen (lid van de LVE) per 100.000 inwoners.
- In de provincies Noord-Holland en Utrecht zijn in de laatste jaren relatief de meeste eerstelijnspsychologen met een lidmaatschap van de LVE werkzaam. Dit komt overeen met het beeld van het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten (Tabel 5.7).

Geraadpleegde bronnen


- College voor zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2007). *GIPdatabank. Gebruik van psychofarmaca*. www.cvz.nl
- College voor zorgverzekeringen. (2008). *Zorgcijfers. Kwartaalbericht 2008. Financiële ontwikkelingen in de Zvw en de AWBZ. 1e kwartaal 2008. Met meerjarige trendcijfers 2002-2007*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- 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.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2007). *Jaarbericht 2006*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2008). *TBS in getal 2008*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *TBS in getal 2010*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2011). *Forensische zorg getal 2006-2010*. Den Haag: DJI.
- GGZ Nederland (2006). *Toenemende Zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007). *Toenemende Zorg update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010a). *Zorg op waarde geschat update. Sectorrapport GGZ 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2010b). *Wachttijden in ggz-instellingen 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M. & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58: 213-220.
- Kessler & Üstün (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2007). *Jaarbericht 2006*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2008). *Jaarbericht 2007*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2009). *Jaarbericht 2008*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2010). *Jaarbericht 2009*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2011). *Jaarbericht 2010*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009) *factsheet vergoeding benzodiazepinen*. Den Haag, Ministerie van volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kamerbrief 'Voortgangsrapportage maatschappelijke opvang 2008'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I. & Sytema, S. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pijl, Y.J. (2007). *Kerncijfers ggz voor drie psychiatrische casusregisters*. (Unpub).
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J. & Slobbe, L.C.J. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's – 8*. Bilthoven: RIVM/CBS.
- Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W.J. & Polder, J.J. (2006). *Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's 1*. Bilthoven: RIVM.
- Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010) Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52: 205-217.
- Van der Lucht, F & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verheij, R.A., Van Dijk, C.E., Abrahamse, H., Davids, R., Van den Hoogen, H., Braspenning, J. & Van Althuis, T. (2009). *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/ Nijmegen: NIVEL/IQ.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 37: 841-850.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007). *European health for all database (HFA-DB)*. <http://data.euro.who.int/hfadb>

Afkortingen

AGZ	Algemene Gezondheidszorg
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
Bopzis	Registratiesysteem van IGZ betreffende de wet BOPZ
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPZ	Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DALY	Disability Adjusted Life Years
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
FPA	Forensisch-psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch-psychiatrische kliniek
FTE	Fulltime Equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
IBS	Inbewaringstelling
ICD	International Statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVZ	Stichting Informatie Voorziening Zorg
KLIMOP	Registratiesysteem van de Federatie Opvang
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVVP	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAAZ	Psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis

PIGGz	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RM	Rechterlijke Machtiging
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
SSRI	Specifieke serotonine-heropnameremmer
TBS	Terbeschikkingstelling
TCA	Tricyclisch Antidepressivum
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WHO	World Health Organization
Zorgis	Zorginformatiesysteem van GGZ Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet



In dit handzame en informatieve naslagwerk zijn de belangrijkste cijfers over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. Voor een ieder die snel inzicht in deze cijfers wil hebben, voorziet dit boekje ongetwijfeld in een grote behoefte. De gegevens zijn verzameld in 2011 en de meest recent beschikbare cijfers zijn opgenomen.

In dit boek komen aan de hand van tabellen en grafieken met begeleidende teksten, verdeeld over vijf hoofdstukken, achtereenvolgens cijfers over de volgende aspecten van de GGZ aan bod:

- Het vóórkomen van psychische stoornissen
- Toegang en zorggebruik
- Zorgaanbod: capaciteit en productie
- Kosten en financiering
- Personeel