

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 2 TOEGANG EN ZORGGEBRUIK

Basisanalyse



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

H. van 't Land
J. Grolleman
K. Mutsaers
C. Smits

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 2

TOEGANG EN ZORGGEBRUIK

Basisanalyse

H. van 't Land
J. Grolleman
K. Mutsaers
C. Smits

COLOFON

Opdrachtgever:
Ministerie van VWS

Financiering:
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering
Dr. H. van 't Land
Ir. MSc. J.J. Grolleman
Drs. K. Mutsaers
Dr. C.H.M. Smits

Eindredactie
Dr. H. van 't Land

Review
Dr. Ir. R. de Graaf
Dr. M.L. ten Have
Drs. I.B. Hilderink
Drs. M.M. Riper

Met dank aan
Drs. F. van Hoof
Mw. A. Peterse
Mr. M. O. Samuels; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding
Linda Groeneveld

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

Coverfoto
Marcus Hannerstig, Mälmo, Skane, Zweden

Trimbos-Instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
030-2971100
www.trimbos.nl

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AF0841.
U krijgt een factuur voor betaling.

ISBN: 978-90-5253-624-48

© 2008, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	7
2	ZORGGEBRUIK, TOEGANG EN CLIËNTSTROMEN IN EERSTELIJNS EN TWEDELIJNS GGZ	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Bronnen	11
2.2.1	Meetperiode	13
2.2.2	Beknopte beschrijving registratiebestanden	14
2.2.3	Beknopte beschrijving bevolkingsonderzoeken	15
2.3	Zorggebruik in de eerstelijns en tweedelijns GGZ	17
2.3.1	Inleiding	17
2.3.2	Eerstelijns GGZ: aard van de klachten en type zorg	17
2.3.3	Tweedelijns GGZ: aard van de klachten en type zorg	24
2.4	Toegang van de zorg bij psychische aandoeningen	27
2.4.1	Inleiding	28
2.4.2	Percentage mensen met een psychische stoornis dat hulp ontvangt	28
2.4.3	Percentage mensen met een verborgen behoefte aan hulp	36
2.4.4	Barrières die mensen ervaren om hulp te zoeken	38
2.4.5	Determinanten van zorggebruik	41
2.5	Cliëntstromen in de eerstelijns en tweedelijns GGZ en de omvang van het zorggebruik	57
2.5.1	Inleiding	57
2.5.2	Omvang van het GGZ-gebruik	58
2.5.3	Wachttijden en wachttijden	63
2.5.4	Cliëntenstromen: ‘Stepped care’ principe	65
2.6	Samenvatting en conclusies	74
2.6.1	Beperkingen	74
2.6.2	Belangrijkste ontwikkelingen	75
2.6.3	Witte vlekken	78
	REFERENTIES	79

3	ALLOCHTONEN: PSYCHISCHE AANDOENINGEN, ZORGGEBRUIK EN TOEGANG	85
3.1	Inleiding	85
3.2	Bronnen	85
3.3	Meetperiode	86
3.4	Ervaren gezondheid en lichamelijke ziekten	88
3.5	Het vóórkomen van psychische aandoeningen	90
3.5.1	Inleiding	90
3.5.2	Het vóórkomen van psycho-sociale klachten	91
3.5.3	Vóórkomen van psychische stoornissen	93
3.6	Zorggebruik bij psychische aandoeningen	97
3.7	Samenvatting en conclusies	108
3.7.1	Beperkingen	108
3.7.2	Belangrijkste ontwikkelingen	108
3.7.3	Witte vlekken	110
	REFERENTIES	111
4	E-MENTAL HEALTH: GEBRUIK, TOEGANG EN EFFECTIVITEIT VAN HET AANBOD	117
4.1	Inleiding	117
4.2	Bronnen	118
4.3	Aanbod en doelgroep	119
4.3.1	Preventie en behandelingen	119
4.3.2	Doelgroep	121
4.3.3	Financiering	123
4.4	Zorgproces	124
4.4.1	Aanmeldingsprocedure	124
4.4.2	Gemiddelde wachttijd	125
4.4.3	Behoeftte aan e-mental health	125
4.4.4	Gebruik en bereikcijfers	126
4.4.5	Drop-out	131
4.4.6	Gemiddelde behandelduur	132
4.5	(Kosten)effectiviteit	132
4.5.1	Depressie	134
4.5.2	Angststoornissen	136
4.5.3	Problematisch alcoholgebruik	138

4.6	Samenvatting en conclusies	140
4.6.1	Beperkingen	140
4.6.2	Belangrijkste ontwikkelingen	140
4.6.3	Witte vlekken	142
	REFERENTIES	143
	BIJLAGEN	149
1.1	Overzicht van de karakteristieken alcohol interventies	150
1.2	Overzicht van de karakteristieken preventieaanbod enigerlei psychische klachten	151
1.3	Overzicht van de karakteristieken interventies angst	152
1.4	Overzicht van de karakteristieken interventies depressie	153

1 INLEIDING

In 2007 verzocht het ministerie van VWS het Trimbos-instituut een periodieke, landelijke rapportage op te stellen over de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages moeten zicht bieden op de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends, maar ook op achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen. De rapportages vervullen daarmee een driedelige functie (signaleren, analyseren en evalueren) en richten zich op de volgende drie thema's:

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

Met deze thema's bestrijken de rapportages respectievelijk de voorwaarden, het proces en de uitkomsten van het GGZ-systeem. Ook sluiten de thema's aan bij de drie kerntaken van de overheid met betrekking tot de zorg (duurzaamheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en bij de belangrijkste beleidsdoelstellingen zoals die zijn verwoord in de Beleidsvisie GGZ van het ministerie van VWS (2006).¹¹ Inmiddels is de eerste serie rapporten van de *Trendrapportage GGZ* gereed. De komende jaren is de *Trendrapportage GGZ* in ontwikkeling waarbij steeds wisselende beleidsterreinen aandacht zullen krijgen.

Toegang en zorggebruik

Het voor u liggende rapport richt zich op het thema 'Toegang en Zorggebruik'. Ten aanzien van dit thema springen twee doelen van de overheid in het oog. Enerzijds is er het streven om de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk te maken voor alle groeperingen in de Nederlandse samenleving. Centraal uitgangspunt hierbij is dat de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor alle mensen met psychische klachten, ongeacht etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau of sekse. Anderzijds is er het streven naar doelmatigheid, waarbij gefaseerde zorg wordt nagestreefd: niet meer dan nodig, maar ook niet minder dan noodzakelijk.¹¹ Goede informatievoorziening is essentieel om zicht te houden op de prestaties en ontwikkelingen op dit domein. In dit rapport wordt deze informatie geboden. Cijfermateriaal, afkomstig uit diverse registratiebestanden en bevolkingsonderzoeken, wordt in dit rapport op een rij gezet.

Opbouw

In hoofdstuk 2 wordt informatie geboden over de volgende onderwerpen:

1. Het zorggebruik in de eerstelijns en tweedelijns GGZ
 - Eerstelijns GGZ:
 - Aard van de klachten en type zorg
 - Tweedelijns GGZ:
 - Aard van de klachten en type zorg
2. De toegang van de zorg bij psychische aandoeningen
 - Percentage mensen met psychische stoornis(sen) dat hulp ontvangt
 - Percentage mensen met een verborgen behoefte aan hulp
 - Barrières om hulp te zoeken bij psychische problemen
 - Determinanten van zorggebruik bij psychische problemen
3. De cliëntstromen in de eerstelijns en tweedelijns GGZ en de omvang van het zorggebruik
 - Omvang van het GGZ-gebruik
 - Wachtlijsten en wachttijden
 - Verwijspatronen binnen de eerstelijns en tweedelijns GGZ

In hoofdstuk 3 zoomen we in op het zorggebruik en de toegankelijkheid van de zorg onder allochtonen. Sommige groepen allochtonen lijken extra kwetsbaar te zijn voor het ontwikkelen van psychische stoornissen, zo blijkt uit het weinige onderzoek op dit terrein. Vele jaren was de aandacht van beleidmakers en hulpverleners er derhalve op gericht om de toegankelijkheid van de GGZ voor migranten te verbeteren.²⁰ Ontwikkelingen die in dit rapport worden beschreven laten zien dat bepaalde groepen allochtonen de weg naar de (ambulante) GGZ steeds beter weten te vinden.

Hoofdstuk 4 richt zich op een innovatie binnen de geestelijke gezondheidszorg: e-mental health. Het is duidelijk dat e-mental health volop in ontwikkeling is. In dit rapport worden de eerste resultaten gepresenteerd van het gebruik, het bereik (toegang) en het aanbod van e-mental health. Omdat de (kosten)effectiviteit van het e-mental health aanbod nog onderwerp van onderzoek is, worden ook de eerste resultaten hierover meegenomen.

ZORGGEBRUIK, TOEGANG EN
CLIËNTSTROMEN IN DE EERSTELIJS
EN DE TWEEDELIJS GGZ

H. van 't Land

2 ZORGGEBRUIK, TOEGANG EN CLIËNTSTROMEN IN DE EERSTELIJNS EN DE TWEDELIJNS GGZ

2.1 INLEIDING

De GGZ groeit. Diverse beleidsmaatregelen werden eind jaren negentig geïmplementeerd om de druk op de GGZ te verminderen. Om zicht te krijgen op recente ontwikkelingen op het gebied van het zorggebruik, de toegankelijkheid van de GGZ en de cliëntstromen in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ, komen de volgende onderwerpen in dit hoofdstuk aan bod:

Zorggebruik in de eerstelijns en tweedelijns GGZ (paragraaf 2.3)

- Eerstelijns GGZ:
 - Aard van de klachten en type zorg
- Tweedelijns GGZ:
 - Aard van de klachten en type zorg

Toegankelijkheid van de zorg bij psychische problemen (paragraaf 2.4)

- Percentage mensen met psychische stoornis(sen) dat hulp ontvangt
- Percentage mensen met een verborgen behoefte aan hulp
- Barrières om hulp te zoeken bij psychische problemen
- Determinanten van zorggebruik bij psychische problemen

Cliëntstromen in de eerstelijns en tweedelijns GGZ en omvang van het zorggebruik (paragraaf 2.5)

- Omvang van het GGZ-gebruik
- Wachtlijsten en wachttijden
- Verwijspatronen binnen de eerstelijns en tweedelijns GGZ

In een slotparagraaf (2.6) worden de resultaten in een breder perspectief geplaatst.

2.2 BRONNEN

Uitgangspunt van deze rapportage is het verzamelen, analyseren en weergeven van reeds gepubliceerd onderzoek. De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit twee typen bestanden: registratiebestanden en databestanden op basis van bevolkingsonderzoek.

Registratiebestanden

- GIPdatabank (College voor zorgverzekeringen)
- Monitor Eerstelijns GGZ (NIVEL)
 - LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg)
 - Madimonitor³
 - Cliëntregistratie Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)
 - Enquête eerstelijnspsychologen
 - LINEP (Landelijk Informatienetwerk Eerstelijnspsychologen)
- Psychiatrische Casusregisters
- Zorgis (GGZ Nederland)/ Wachtlijstregistratie GGZ Nederland

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een DBC-behandeling per patiënt te registreren. Deze gegevens worden opgeslagen in het DBC-Informatiesysteem (DIS). GGZ-cijfers gebaseerd op DIS zijn nog niet beschikbaar en ontbreken in deze rapportage. In 2008 zal het Trimbos-instituut analyses uitvoeren op DIS om beter zicht te krijgen op het zorggebruik en de toegankelijkheid van de GGZ.

Bevolkingsonderzoeken

- AVO (Aanvullend Voorzieningen Onderzoek) (Sociaal en Cultureel Planbureau)
- NEMESIS I
- Monitor Eerstelijns GGZ (NIVEL)
 - NS2 (Tweede Nationale Studie)
- ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)
- EUROBAROMETER 2006
- WHO World Mental Health Surveys

De aangehaalde bronnen worden in dit hoofdstuk met een cijfer in de tekst aangeduid die corresponderen met cijfers in het literatuuroverzicht (zie pagina 79 voor een overzicht van de geraadpleegde bronnen).

Het combineren van beide typen onderzoek (registratie- en bevolkingsonderzoek) levert een meerwaarde op. Registratiebestanden kunnen zicht geven op bijvoorbeeld ontwikkelingen in het volume van de GGZ-zorg (zoals aantal, frequentie en type contacten en behandelingsdagen in de zorg), terwijl bevolkingsonderzoeken waardevolle informatie kunnen bieden over bijvoorbeeld mensen die niet in zorg zijn, waardoor onderzoek naar determinanten van zorggebruik mogelijk wordt.

³ De MadiMonitor is het informatiesysteem van de MOgroep voor de maatschappelijke dienstverlening in Nederland.

Beperking

De onderzoeken, gebaseerd op de bronnen die wij getraceerd hebben, verschillen aanzienlijk wat betreft meetperiode, de gehanteerde onderzoeksmethoden, de wijze van steekproeftrekking en de vraagformulering. Gevolg is dat de uitkomsten van de onderzoeken alleen al door deze methodologische verschillen soms uiteen lopen. Dit maakte het lastig om algemene conclusies te trekken. Hiermee rekening houdend presenteren we in dit hoofdstuk gegevens op bronniveau. Aan het begin van iedere paragraaf worden de belangrijkste gegevens op een rij gezet. In de slotparagraaf (2.6) worden de gesignaleerde ontwikkelingen in breder perspectief geplaatst.

2.2.1 MEETPERIODE

In onderstaande tabel wordt per geraadpleegde bron weergegeven in welke periode de dataverzameling plaatsvond.

Registratiebestanden	Meetperiode dataverzameling
GIPdatabank	1996-2006
Monitor eerstelijns GGZ	2001-2006
Psychiatrische Casusregisters	1990-2004
Wachtlijstregistratie GGZ Nederland	2003-2007
Zorgis	2003-2005, 2004-2006
<i>Bevolkingsonderzoeken</i>	
AVO	1979-1995
NEMESIS	1996-1999
Monitor eerstelijns GGZ	2001-2006
ESEMeD	2001-2003
EUROBAROMETER 2006	2005-2006
WHO World Mental Health Surveys	2001-2004

Gestreefd is om zoveel mogelijk recente gegevens in deze rapportage op te nemen. Indien van een onderwerp uitsluitend minder recente cijfers beschikbaar waren, werd op basis van de uniekheid van de gegevens, de beleidsrelevantie en de kwaliteit van het onderzoek besloten of deze opgenomen werden.

2.2.2 BEKNOPTE BESCHRIJVING REGISTRATIEBESTANDEN

GIPdatabank

De databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) bevat informatie over het gebruik van genees- en hulpmiddelen in Nederland. Het betreft informatie over middelen die extramuraal (dat wil zeggen buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen) zijn verstrekt en die vergoed worden op grond van de Ziekenfondswet (tot en met 2005) en de Zorgverzekeringswet (vanaf 2006). Deze informatie wordt door een aantal zorgverzekeraars aan het GIP ter beschikking gesteld. Het GIP doet een kwaliteitscontrole op deze gegevens en corrigeert deze zondig. Hierdoor ontstaan betrouwbare en representatieve steekproeven van hulpmiddelen -en geneesmiddelengebruik.

Monitor Eerstelijns GGZ

Het NIVEL voert jaarlijks een landelijke Monitor Eerstelijns GGZ uit. Het doel van deze monitor is kerngetallen verzamelen over de capaciteit van de eerstelijns GGZ, het probleemaanbod en de verwijsstromen die betrekking hebben op psychische problemen in de eerstelijns. Financier van de monitor is het ministerie van VWS. Uit diverse bronnen (Landelijk informatienetwerk huisartsen, LINH; Madi-monitor, Landelijk Informatienetwerk Eerstelijns Psychologen LINEP) worden hiervoor jaarlijks cijfers op een rij gezet.³

Psychiatrische Casusregisters

In Nederland zijn vier psychiatrische casusregisters operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Rijnmond en Midden-Nederland. In een casusregister worden de contacten met instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van patiënten uit een omschreven geografisch gebied op één centraal punt verzameld en gekoppeld. De psychiatrische casusregisters in Nederland hebben een aanvullende en ondersteunende rol ten opzichte van de bestaande landelijke informatievoorziening op het terrein van de GGZ. In de landelijke informatiesystemen zijn vaak de benodigde patiëntgegevens en zorginformatie op contactniveau onvolledig ingevuld of niet beschikbaar. De vier psychiatrische casusregisters registreren voor ongeveer 3,6 miljoen inwoners van de drie noordelijke provincies, Zuid-Limburg de regio Midden Westelijk Utrecht en de regio Rijnmond alle contacten met GGZ-instellingen.⁴ In een psychiatrisch casusregister (PCR) werken alle GGZ-instellingen in en rond een regio samen om het zorggebruik van de inwoners van die regio te registreren. In de (geanonimiseerde) bestanden van deze registers kunnen de gegevens over een groot aantal jaren door een cliëntgebonden code gecombineerd worden, zodat de GGZ-loopbaan per cliënt in kaart gebracht kan worden. Op basis daarvan kunnen epidemiologische gegevens over zorggebruik worden berekend. Een registerregio is, in tegenstelling tot het verzorgingsgebied van een zorginstelling, exact geografisch gedefinieerd. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk demografische gegevens uit de PCR's te vergelijken met bevolkingscijfers van het Centraal Bureau voor

de Statistiek en kunnen de gegevens uit de PCR's gecorrigeerd worden voor verschillen in bevolkingsopbouw met de landelijke cijfers.

Zorgis/ Wachtlijstregistratie GGZ Nederland

Zorgis is het databestand van GGZ Nederland. In Zorgis worden gegevens geregistreerd van GGZ-zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland. Om tot een landelijk beeld te komen maakt GGZ Nederland gebruik van extrapolatiemethoden. GGZ Nederland baseert zich hierbij op gegevens van APZ, RIAGG, RIBW, KJP en de geïntegreerde GGZ. PAAZ'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vallen niet onder het bereik van Zorgis. GGZ Nederland gebruikt sinds 2003 een nieuwe systematiek om de omvang van het aantal cliënten per circuit te bepalen. De oude leeftijdgebonden systematiek is losgelaten. Volgens de nieuwe systematiek worden alle personen die zorg ontvangen bij één van de circuits meegeteld. Bij het circuit Kinderen en Jeugd worden volgens de nieuwe systematiek zowel ouders als kinderen die bij de jeugd-afdeling zorg ontvangen meegeteld in de statistieken.

2.2.3 BEKNOPTE BESCHRIJVING BEVOLKINGSONDERZOEKEN

Aanvullend Voorzieningen Onderzoek (AVO)

Het AVO is een vierjaarlijks onderzoek naar het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Het onderzoek richt zich zowel op het gebruik van voorzieningen als op een breed scala van kenmerken die een huishouden en de individuele personen binnen een huishouden (volwassenen, kinderen en ouderen) karakteriseren. Rond de 6.000 huishoudens worden per meting geïnterviewd. Via een enkelvoudige aselechte adressensteekproef wordt bij ieder lid van het huishouden door middel van een enquête het gebruik van bepaalde voorzieningen gemeten. In dit hoofdstuk worden gepubliceerde resultaten gepresenteerd over het zorggebruik in de eerstelijns (algemeen maatschappelijk werk) en tweedelijns GGZ (ambulante GGZ) over de periode 1979-1995 (zie voor een uitgebreide beschrijving: www.scp.nl).² De AVO-bestanden en bijbehorende documentatie zijn te verkrijgen via DANS. DANS beheert de datacollecties van het Nederlands Historisch Data Archief (NHDA), het Steinmetzarchief, het Wetenschappelijk Statistisch Agentschap (WSA) en het e-Depot voor de Nederlandse Archeologie (eDNA).

NEMESIS-I

NEMESIS-I (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) is een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos-instituut. Via NEMESIS wordt een betrouwbaar beeld gegeven van onder andere het vóórkomen van psychische stoornissen, lichamelijke en psychische co-morbiditeit, functionele beperkingen, zorggebruik, onvervulde behoefte aan hulp en

barrières om hulp te zoeken. Het begrip hulpverlening werd in NEMESIS ruim opgevat. Er werd niet alleen gevraagd naar hulpverleners binnen de GGZ (onder meer RIAGG, psychiatrische polikliniek, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, vrijgevestigde psychiater en psychotherapeut), maar ook naar hulpverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (onder meer huisarts, bedrijfsarts, algemeen maatschappelijk werk) en naar informele zorg (alternatieve hulpverleners, traditionele genezer, zelfhulpgroep, telefonische hulpdienst, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut/ haptonoom).⁵ Op dit moment voert het Trimbos-instituut de NEMESIS-II studie uit. De eerste resultaten worden eind 2009 verwacht.

ESEMeD

ESEMeD (*European Study of Epidemiology on Mental Disorders*) is een Europees onderzoek uitgevoerd in 6 Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Italië en Nederland) onder de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder. De studie levert gegevens op over het vóórkomen van psychische stoornissen, co-morbiditeit, functionele beperkingen en zorggebruik (inclusief psychofarmacologische middelen) bij psychische problemen. Tevens is onderzocht welke groepen hierop een verhoogd risico lopen. ESEMeD maakt deel uit van het initiatief van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), waarbij over de hele wereld hetzelfde instrument (WHO-CIDI) wordt gebruikt om psychische aandoeningen te meten bij de algemene bevolking van 18 jaar en ouder.⁶ In de deelnemende landen zijn ongeveer 20.000 interviews gehouden met de CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), waarvan 2.300 in Nederland.

EUROBAROMETER 2006

De Eurobarometer bestaat sinds 1973. Het is een instrument om periodiek de opvattingen van Europeanen in de lidstaten in kaart te brengen. De reguliere Eurobarometer wordt halfjaarlijks gepubliceerd. In iedere lidstaat worden ongeveer 1.000 interviews afgenomen. Daarnaast worden regelmatig meningen gepeild over specifieke onderwerpen. Zo verscheen in 2006 een speciale Eurobarometer over het psychisch welzijn van Europese burgers.⁸ In deze meting ging het om het in kaart brengen van psychische en emotionele problemen die mensen ervaren en niet zozeer om psychische stoornissen.

WHO World Mental Health Surveys (WMH surveys)

In 1998 startte de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) de *World Mental Health Surveys*. In totaal participeren 28 landen over de gehele wereld aan de WMH surveys, zowel rijke als minder rijke landen. In deze surveys worden de volgende zaken in kaart gebracht: het vóórkomen van psychische stoornissen, de ernst van de stoornis, de beperkingen die de stoornis met zich meebrengt, de zorgbehoefte, de verborgen behoefte aan hulp en het zorggebruik. In de WMH surveys wordt dezelfde methode van onderzoek toegepast als in de ESEMeD-studie. Verschil is dat meer landen aan de WMH surveys participeren.⁷

2.3 ZORGGEBRUIK EERSTELIJS EN TWEDELIJS GGZ

Resumé: zorggebruik in de eerstelijns en tweedelijns GGZ (paragraaf 2.3)

In deze paragraaf worden ontwikkelingen in de aard en het type zorg in de eerstelijns en tweedelijns GGZ beschreven.

De ernst van de klachten waarmee mensen zich melden bij de eerstelijns GGZ verschilt van de klachten waarmee mensen zich melden bij de tweedelijns GGZ. In de eerstelijns GGZ (eerstelijnspsychologen, AMW) komen vooral mensen met de wat lichtere klachten terecht.⁴⁰

- De afgelopen jaren komen mensen vooral bij het AMW als ze last hebben van relationele problemen, materiële problemen of psychische problemen.
- Eerstelijnspsychologen hebben de afgelopen jaren veelal te maken met depressiviteitsklachten, werk/studie problemen, burnout/overspannen, identiteitsproblemen, trauma/rouw/scheiding. Er is de laatste jaren sprake van een licht stijgende trend in het aandeel cliënten dat voor relationele problemen komt, en een lichte dalende trend in het aandeel cliënten dat voor psychische problemen komt.

Mensen met stemmingsklachten, gedragsklachten, angst- en spanningsklachten, fobische klachten of dwangklachten krijgen veelal hulp in de GGZ.¹⁶ De meest gestelde diagnose bij binnenkomst is: stemmingsstoornis, angst-, stressgebonden stoornis en overige neurotische stoornis. Het merendeel van deze cliënten ontvangt hiervoor ambulante hulp. Dit beeld is de afgelopen jaren constant.³¹ Verhoudingsgewijs worden mensen met psychotische stoornissen vaker klinisch behandeld dan mensen met een angst- of stressgebonden stoornis, een stemmingsstoornis of andere neurotische stoornissen.

2.3.1 INLEIDING

In deze paragraaf worden feiten en cijfers afkomstig uit reeds gepubliceerd onderzoek op een rij gezet om zicht te krijgen op ontwikkelingen rondom de aard van de klachten en het zorggebruik van mensen die een beroep doen op de eerstelijns (huisarts, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns GGZ.

2.3.2 EERSTELIJS GGZ: AARD VAN DE KLACHTEN EN TYPE ZORG

Bron: Monitor Eerstelijns GGZ

- *De huisarts: psychische problemen nemen in de huisartsenpraktijk een tussenpositie in; dit beeld is de afgelopen jaren constant.*

In Tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de aard van de contacten in de huisartsenpraktijk.

Belangrijkste bevindingen:

Psychische problemen nemen in de huisartsenpraktijk een tussenpositie in. Rond de 6 procent van de contacten in de huisartsenpraktijk heeft betrekking op psychische problemen. Dit beeld is vanaf 2001 constant.

TABEL 2.1 CONTACTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK PER ICPC-HOOFDSTUK IN HET EERSTE KWARTAAL VAN 2001 EN 2003 TOT EN MET 2006 (IN PROCENTEN)⁴⁰

	2001	2003	2004	2005	2006
	n=316.779	n=290.743	n=216.939	n=227.167	n=284.165
Algemeen	7,6	7,6	7,8	7,2	8,1
Bloed en bloedvormende organen	1,1	1,1	1,2	1,0	1,1
Maag- darmstelsel	7,2	7,3	6,8	7,0	7,2
Oog	2,4	2,4	2,3	2,4	2,4
Oor	4,3	4,1	4,2	4,6	4,1
Hart en bloedvaten	9,4	10,2	11,3	10,3	11,4
Bewegingsapparaat	16,1	16,1	15,6	14,9	14,4
Zenuwstelsel	2,9	2,9	2,7	2,6	2,7
Psychische problemen	6,5	6,2	6,4	5,5	5,9
Ademhalingsstelsel	14,2	13,3	12,0	15,8	14,4
Huid en onderhuidse vetweefsels	12,3	11,9	12,0	12,2	11,4
Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,0	4,9	5,3	5,1	6,0
Urinewegen	3,0	3,2	3,4	3,1	3,2
Zwangerschap	2,8	2,8	2,4	2,3	2,1
Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,9	4,3	3,9	3,6
Geslachtsorganen man	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Sociale problemen	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1

Datasets: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

Bron: Emmen et al., 2007

Bij psychische en sociale diagnoses in de huisartsenpraktijk gaat het vooral om mensen die last hebben van (tabel 2.2):⁴⁰

- Depressie
- Slapeloosheid
- Angstig, nerveus of gespannen gevoel

TABEL 2.2 MEEST VOORKOMENDE PSYCHISCHE OF SOCIALE DIAGNOSES BIJ DE CONTACTEN IN HET EERSTE KWARTAAL 2001 EN 2003 TOT EN MET 2006 (IN PROCENTEN)⁴⁰

	2001 n=24.533	2003 n=20.629	2004 n=15.801	2005 n=14.728	2006 n=19.722
Depressie	17,3	18,7	16,8	17,0	15,2
Slapeloosheid/ andere slaapstoornis	11,7	10,4	10,4	8,9	11,8
Angstig/ nerveus/ gespannen gevoel	10,3	9,0	9,6	8,3	9,9
Angststoornis/ angsttoestand	6,0	6,9	6,7	5,7	6,4
Down/ depressief gevoel	4,8	5,6	6,5	4,3	5,3
Neurasthenie/ surmenage	5,3	4,4	5,3	5,1	4,5
Crisis/voorbijgaande stress reactie	4,0	4,2	4,3	4,7	4,4
Tabaksmisbruik	2,7	2,7	3,9	3,5	2,5
Relatieprobleem met partner	2,6	2,7	2,8	3,5	2,9
Verlies/ overlijden partner	2,4	2,4	2,4	2,8	2,3

Datasets: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

Bron: Emmen et al., 2007

In de huisartsenpraktijk komen vooral problemen voor die samenhangen met:⁴⁰

- Bewegingsapparaat
- Luchtwegen
- Hart en bloedvaten
- Huid en onderhuidse vetweefsels

Minder vaak hebben huisartsen te maken met problemen die samenhangen met:

- Zenuwstelsel
- Bloed en bloedvormende organen
- Zwangerschap
- Sociale problemen
- Problemen met de geslachtsorganen

➤ *Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven psychofarmaca; dalende trend zichtbaar in aantal voorgeschreven psychofarmaca door huisartsen.*

In Tabel 2.3 worden recepten in hoofdgroepen per 1.000 patiënten weergegeven.

Belangrijkste bevindingen:

Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven psychofarmaca in de huisartsenpraktijk. Uit tabel 2.3 valt af te leiden dat een dalende trend zichtbaar is in het aantal kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en antidepressiva dat huisartsen voorschrijven.⁴⁰

	2001	2003	2004	2005	2006
	n=87 praktijken	n=87 praktijken	n=61 praktijken	n=66 praktijken	n=69 praktijken
	14.834 patiënten	12.813 patiënten	9.776 patiënten	7.499 patiënten	11.778 patiënten
Kalmeringsmiddelen	462	470	441	429	388
Slaapmiddelen	369	355	331	325	311
Antidepressiva	567	590	484	532	438
- TCA's	100	107	98	94	71
- SSRI's	352	375	299	323	272
Totaal	1399	1416	1255	1278	1137

Datasets: NS2 (2001) en LINH (2003, 2004, 2005, 2006)

Bron: Emmen et al., 2007

Mogelijk hangt deze afname van het aantal voorgeschreven antidepressiva samen met de landelijke richtlijnen voor huisartsen die enige jaren geleden is geïmplementeerd. Hierin wordt gesteld dat de huisarts eerst een periode van *watchful waiting* in acht dient te nemen, als een patiënt zich met depressieve klachten meldt. De patiënt krijgt van de huisarts niet direct medicatie. Adviezen worden gegeven om verbetering in de situatie te brengen. Mochten de depressieve klachten in de loop van een aantal weken niet afnemen, dan dient de huisarts in overleg met de patiënt andere middelen in te zetten. Vanzelfsprekend kan deze aanpak niet worden gevolgd als de depressie zó ernstig is dat het niet verantwoord is om de situatie enkele weken af te wachten.

Ook resultaten van de GIPdatabank laten zien dat op landelijk niveau antidepressiva de meest voorgeschreven psychofarmaca zijn (Tabel 2.4). Het totaal aantal voorschriften antidepressiva is sinds 1996 verdubbeld. Uit Tabel 2.4 volgt dat vooral het gebruik van de moderne antidepressiva SSRI (serotonine heropnameremmers) sinds 1996 is toegenomen. Dit middel wordt zowel bij een depressie als bij angststoornissen voorgeschreven. Bij beide is dit middel bewezen werkzaam.

In tegenstelling tot de dalende trend die zichtbaar is bij huisartsen in het aantal voorgeschreven antidepressiva, is er op landelijk niveau sprake van een lichte stijging in

het aantal voorgeschreven antidepressiva. Het feit dat de gegevens in de GIPdatabank een bredere dekking hebben en betrekking hebben op alle middelen die extramuraal (dat wil zeggen buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen) worden verstrekt en die vergoed worden op basis van de Ziekenfondswet (tot en met 2005) en de Zorgverzekeringswet (vanaf 2006), is een van de oorzaken die dit verschil kunnen verklaren.

Daarnaast laat het aantal voorschriften voor middelen voor ADHD, dementiemiddelen, antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving een stijgende trend zien in de periode 2001-2006.

TABEL 2.4 TOTAAL AANTAL VOORSCHRIFTEN PSYCHFARMACA, 1996-2006 (x 1.000)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antidepressiva											
TCA's	1.242	1.254	1.288	1.347	1.371	1.311	1.311	1.330	1.375	1.377	1.352
SSRI's (waaronder paroxetine)	1.481	1.767	2.166	2.601	3.104	3.043	3.190	3.231	3.413	3.376	3.553
	635	855	1.131	1.419	1.688	1.820	1.812	1.735	1.737	1.616	1.589
Overige antidepressiva	392	506	640	631	670	878	984	1.114	1.297	1.408	1.526
Totaal antidepressiva	3.115	3.527	4.094	4.579	5.145	5.232	5.485	5.675	6.085	6.155	6.431
Middelen voor ADHD						241	262	288	335	374	417
Dementiemiddelen						35	46	59	87	113	165
Antipsychotica						1.799	1.904	2.073	2.269	2.443	2.546
Methadon						131	131	138	146	156	113
Middelen bij alcoholverslaving						60	65	72	80	90	100

Bron: GIPdatabank van College van Zorgverzekeringen, 2007

► *Mensen met lichtere problemen komen bij het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en bij de eerstelijnspsycholoog terecht.*

Resultaten van de Monitor Eerstelijns GGZ maken duidelijk dat iets minder dan een derde van de cliënten van het AMW behandeld wordt voor relationele problemen, iets minder dan een derde voor psychische problemen, dat bij ongeveer een kwart er sprake is van materiële problemen (zoals problemen met huisvesting, arbeid, inkomen, vorming/ opleiding) en dat zestien procent overige problemen heeft (zoals problemen met gezondheid, slachtoffer van geweld).⁴⁰ Dit beeld is de afgelopen jaren constant. In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het type hulpverlening dat cliënten bij het AMW krijgen. Cliënten van het AMW krijgen verschillende vormen van hulp aangeboden (2000-2005).⁴⁰

Belangrijkste bevindingen:

- Iets meer dan de helft krijgt reguliere psychosociale begeleiding/ behandeling.
- Ruim tien procent krijgt informatie en advies

Overige vormen van hulpverlening worden minder vaak gegeven, zoals dienstverlening, bemiddeling/ pleitbezorging, groepswork, steun-leun contact, crisishulp, rapportage ovv derden of casemanagement. Een dalende trend is vanaf 2000 zichtbaar in het percentage cliënten dat reguliere psychosociale begeleiding/ behandeling en steun-leun contact krijgt. Een licht stijgende trend is zichtbaar in het percentage cliënten dat een beroep doet op dienstverlening, groepswork en crisishulp. Het percentage dat informatie of advies of bemiddeling krijgt is in deze periode constant. Niet duidelijk is welke oorzaken aan deze lichte stijging/daling ten grondslag liggen.

TABEL 2.5 TYPE HULPVERLENING ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK (IN PROCENTEN)⁴⁰

Type hulp	2000	2002	2003*	2004*	2005*
Reguliere psychosociale begeleiding/ behandeling	62	59	57	58	56
Informatie/ advies	12	15	12	11	12
Dienstverlening	6	7	7	9	10
Bemiddeling/ pleitbezorging	7	7	6	7	7
Groepswork	5	4	5	5	7
Steun-leuncontact	5	3	6	4	3
Rapportage ovv derden	1	1	3	3	2
Crisishulp	2	2	3	3	4
Casemanagement	1	1	1	1	1

Datasets: Clientregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003,2004, 2005)

* > 1 antwoord mogelijk per cliëntensysteem

Bron: Emmen et al., 2007

In Tabel 2.6 wordt een overzicht gegeven van de probleemgebieden waar eerstelijnspsychologen mee te maken krijgen.

Belangrijkste bevindingen:

In 2005 krijgt het merendeel van de cliënten van eerstelijnspsychologen hulp voor psychische klachten (trauma/rouw/scheiding, depressiviteitsklachten, werk/studie problemen, burnout/overspannen, identiteitsproblemen) van de eerstelijnspsycholoog, een minderheid (25 procent) voor relationele problemen of gezondheidsproblemen (psychosomatische klachten, slaapproblemen, seksuele problemen, eetproblemen)

(8 procent) (Tabel 2.6).⁴⁰ Een klein percentage cliënten komt voor ‘andere problemen’, zoals gedragsproblemen, psychose of verslavingsproblemen. Een dalende trend is zichtbaar in het percentage cliënten dat hulp krijgt van een eerstelijnspsycholoog voor psychische problemen (2000-2005), terwijl sprake is van een licht stijgende trend in het percentage dat hulp krijgt voor relationele problemen. Niet duidelijk is welke oorzaken precies aan deze dalende/ stijgende trend ten grondslag liggen.

TABEL 2.6 PROBLEEMGEBIEDEN VOORKOMENDE BIJ DE EERSTELIJNSPSYCHOLOOG (IN PROCENTEN)⁴⁰					
	2000	2002	2003	2004	2005
Probleemgebieden					
Relationeel*	17	16	24	25	25
Psychisch**	70	73	60	61	59
Gezondheid***	11	7	8	7	8
Anders	2	6	9	7	8

Datasets: enquête onder eerstelijnspsychologen (1998, 2002) en LINEP (2004, 2005, 2006)

* *Relatie problemen, gezinsproblemen*

** *Trauma/rouw/scheiding, depressiviteitsklachten, werk/studie problemen, burnout/overspannen, identiteitsproblemen etc.*

*** *Psychosomatische klachten, slaapproblemen, seksuele problemen, eetproblemen*

Bron: Emmen et al., 2007

Eerstelijnspsychologen houden zich vooral bezig met het behandelen van cliënten voor psychische problemen (Tabel 2.7).⁴⁰ Dit betreft ruim tweederde van hun werkzaamheden. De overige tijd besteden zij aan het bieden van kortdurende crisisinterventie/ ondersteuning, advies of consultatie, het voeren van een oriënterend gesprek of het bieden van psycho-educatie. Het type werkzaamheden van eerstelijnspsychologen is in de periode 1998-2006 redelijk constant.

TABEL 2.7 TYPE HULPVERLENING BIJ DE EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN (IN PROCENTEN)40**

	1998* n=2.768	2004 n=3.514	2005 n=4.279	2006 n=4.843
Werkzaamheden				
Behandeling	67	64	68	69
Kortdurende crisisinterventie/ ondersteuning	17	10	10	10
Advies/ consultatie	7	9	7	9
Oriënterend gesprek	7	8	7	7
Psycho-educatie	2	3	3	3
Anders		6	5	2

Datasets: enquêtes onder eerstelijnspsychologen (1998) en Jaarverslag 2002 LVE, LINEP (2004, 2005, 2006)

* >1 antwoord mogelijk

** Voor het najaar 2002 is alleen bekend dat 83 procent van de werkzaamheden van de eerstelijnspsycholoog behandeling betrof.

Bron: Emmen et al., 2007

2.3.3 TWEDELIJNS GGZ: AARD VAN DE KLACHTEN EN TYPE ZORG

Bron: Zorgis/ GGZ Nederland

► *Mensen met zwaardere klachten komen bij de GGZ terecht.*

De meest voorkomende klachten waarmee mensen zich melden bij de tweedelijns GGZ zijn (peildatum 2005):¹⁶

- Stemmingsklachten (32 procent)
- Gedragsklachten (16 procent)
- Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten (15 procent)

De meest gestelde diagnose bij aanmelding bij de tweedelijns GGZ:¹⁶

- Stemmingsstoornis (25 procent)
- Angst-, stressgebonden stoornis (13 procent)
- Overige neurotische stoornis (12 procent)
- Psychotische stoornis (11 procent)
- Stoornis ontwikkeling/ gedrag (9 procent)
- Cognitieve/ organische stoornis (6 procent)
- Persoonlijkheids-, gedragsstoornis (5 procent)
- Stoornis door alcohol/drugs (5 procent)
- Overige stoornis (15 procent)

- *Het merendeel van de GGZ- cliënten ontvangt ambulante hulp; dit beeld is de afgelopen jaren constant.*

In Tabel 2.8 wordt per circuit een overzicht gegeven van het soort zorg dat mensen ontvangen in de GGZ als ze voor emotionele en/of psychische problemen zorg ontvangen. De tabel heeft betrekking op het actieve cliëntenbestand van GGZ-instellingen, dat wil zeggen alle cliënten die in de loop van dat jaar tenminste één contact hebben gehad. GGZ Nederland hanteert de volgende definitie om cliënten in te delen in ambulante, deeltijd, residentiële of gemengd residentiële. Cliënten bij wie het aandeel klinische zorg 90 procent of meer is, worden ingedeeld in de categorie 'residentiële'. Als het aandeel klinische zorg lager is (<90%) en zij daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden cliënten ingedeeld in de categorie 'gemengd residentiële'.

TABEL 2.8 AARD VAN DE ZORG, PER CIRCUIT (AMBULANT, KLINISCH, RESIDENTIEEL VAN CLIËNTEN BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG'S, RIBW EN KJP) 2004-2006 (IN PROCENTEN)³¹									
	Kinderen en jeugd			Volwassenen			Ouderen		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Ambulant	96	96	96	86	86	86	88	88	88
Deeltijd	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Residentiële	2	2	2	8	8	8	8	7,5	7
Gemengd residentiële	1	1	1	4	4	4	2	2,5	3
Totaal (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Beschermd wonen			Totaal					
	2004	2005	2006	2004	2005	2006			
Ambulant	41	43	46	88	87	88			
Deeltijd	0,5	0,5	0	2	2	2			
Residentiële	58	56	53	7	8	7			
Gemengd residentiële	0,5	0,5	1	3	3	3			
Totaal (%)	100	100	100	100	100	100			

Bron: GGZ Nederland 2007

Belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van de cliënten van de circuits Kinderen en Jeugd, Volwassenen en Ouderen ontvangt ambulante zorg.³¹ Dit beeld is in de periode 2004-2006 constant. Slechts een klein aantal cliënten ontvangt residentiële zorg.
- Bijna de helft van de cliënten van het circuit Beschermd Wonen ontvangt residentiële zorg, de andere helft ambulante zorg. Deze percentages hebben betrekking

op cliënten van zelfstandige RIBW's, als ook op cliënten die bij andere instellingen RIBW-zorg ontvangen.

- In de periode 2004-2006 is dit beeld constant.

In Tabel 2.9 wordt per diagnose een overzicht gegeven van het soort zorg dat mensen ontvangen in de tweedelijns GGZ.

Belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van de GGZ-cliënten met een stemmingsstoornis, een angst- of stressgebonden stoornis, een persoonlijkheids- of gedragsstoornis, stoornis in ontwikkeling van het gedrag, een neurotische stoornis of een middelenstoornis ontvangt hiervoor ambulante hulp.³¹
- Verhoudingsgewijs krijgen meer mensen met psychotische stoornissen, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen en stoornissen door alcohol en drugs een klinische behandeling of wonen zij in een RIBW dan mensen met een angst- of stressgebonden stoornis, een stemmingsstoornis of andere neurotische stoornissen.³¹

TABEL 2.9 DIAGNOSES EN SOORT ZORG (IN PROCENTEN) (2006)³¹

	Residentieel	Gemengd residentieel	Deeltijd	Ambulant
Stemmingsstoornis	8	6	3	83
Angst- of stressgebonden stoornis	3	4	3	90
Psychotische stoornis	28	8	3	61
Persoonlijkheids- gedragsstoornis	10	7	4	80
Stoornis ontwikkeling gedrag	4	2	1	93
Stoornis door alcohol en drugs	19	7	2	73
Overige neurotische stoornissen	4	3	1	92
Cognitieve/ organische stoornis	8	2	1	90

Bron: GGZ Nederland 2007

2.4 TOEGANG VAN DE ZORG BIJ PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Resumé: Toegang van de zorg bij psychische aandoeningen (paragraaf 2.4)

In deze paragraaf wordt op nationaal en internationaal niveau de toegang van de zorg beschreven voor mensen met psychische aandoeningen.

Geschat wordt dat in Nederland tweederde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor op jaarbasis geen vorm van professionele hulp krijgt. In de ons omringende Europese landen ligt dit percentage iets hoger. Echter, de conclusie dat er in Nederland op grote schaal sprake zou zijn van onderbehandeling is te kort door de bocht,²⁵ want lang niet iedereen met een psychische stoornis heeft behoefte aan zorg of heeft zorg nodig. In dit hoofdstuk worden diverse factoren beschreven die een rol spelen bij de vraag wie uiteindelijk wel en niet zorg krijgt of zorg nodig heeft (belangrijke factoren zijn o.a. de mate waarin mensen functionele beperkingen ervaren als gevolg van hun stoornis of de mate waarin iemand een beroep kan doen op sociale steun en sociaal-economische hulpbronnen).

Vanuit internationaal perspectief ziet de toegang van de zorg voor mensen met psychische problemen er in Nederland redelijk goed uit. In Nederland krijgen bijvoorbeeld meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de ons omringende Europese landen. Hoe ernstiger, complexer of gevaarlijker de psychische symptomen zijn, hoe groter de kans dat iemand zorg ontvangt. Mensen met een stemmingsstoornis komen in Nederland relatief veel in zorg; bijna de helft komt op jaarbasis in contact met de huisarts. De drempel om hulp te zoeken is in Nederland laag: ruim een kwart van de mensen met een subklinische depressie blijkt ooit GGZ-zorg te hebben ontvangen, terwijl eerstelijnszorg wellicht voor een groep mensen met een subklinische depressie mogelijk voldoende zou zijn geweest.¹ Verder zoekt 7,7 procent van de Nederlanders op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp (bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastor, psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen) zonder dat er bij deze mensen sprake is van een psychische stoornis.

Ondanks de goede toegankelijkheid van de zorg bij psychische problemen, zijn er in Nederland nog steeds mensen met psychische stoornissen die relatief weinig in zorg zijn, terwijl ze zelf aangeven wel behoefte aan zorg te hebben. Om uiteenlopende redenen komen deze mensen niet in zorg. De reden zou kunnen liggen in sociale en culturele factoren, zoals terughoudendheid of schaamte, dan wel onbekendheid of (vermeende) financiële drempels. Ook opvattingen (zoals 'ik dacht dat de klachten vanzelf beter zouden worden' en 'ik wilde het probleem zelf oplossen') staan het zoeken van professionele hulp in de weg.

2.4.1 INLEIDING

In de Beleidsvisie GGZ (2006) van het ministerie van VWS staat vermeld dat de GGZ als kerntaak heeft het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen voor het dagelijks functioneren van mensen met psychische stoornissen.²⁴ De overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor mensen met psychische klachten die geïndiceerd zijn voor zorg, ongeacht etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau of sekse. De vraag van de patiënt dient hierbij centraal te staan, waarbij gefaseerde zorg wordt nagestreefd: niet meer dan nodig, maar ook niet minder dan noodzakelijk.²⁴ In deze paragraaf wordt onderzocht hoe toegankelijk de zorg is voor mensen met psychische aandoeningen. In dit kader wordt gekeken welke groepen mensen relatief weinig of juist vaak in zorg zijn. Om zicht hierop te krijgen worden feiten en cijfers afkomstig uit reeds gepubliceerd onderzoek over de volgende onderwerpen op een rij gezet:

- Omvang van de groep mensen met psychische stoornis(sen) die hulp ontvangt
- Omvang van de groep mensen met een verborgen behoefte aan hulp
- Barrières om hulp te zoeken bij psychische stoornissen
- Determinanten van zorggebruik bij psychische stoornissen

2.4.2 PERCENTAGE MENSEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS DAT HULP ONTVANGT

In het onderstaande wordt op nationaal en internationaal niveau een overzicht gegeven van het percentage mensen met een psychische stoornis dat informele en/ of formele zorg hiervoor ontvangt. De verzamelde gegevens worden op twee niveau's gepresenteerd:

- Per type psychische stoornis
- Per type hulpverlener waar zorg ontvangen wordt

PER TYPE PSYCHISCHE STOORNIS

Bron: NEMESIS

➤ *Tweederde van de mensen in Nederland met een psychische stoornis krijgt hiervoor geen hulp; mensen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in zorg.*

In tabel 2.10 wordt het percentage mensen met een psychische stoornis weergegeven dat op jaarbasis hiervoor hulp krijgt van een hulpverlener. Bron is NEMESIS, een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassen Nederlanders (n=7076) uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos Instituut (zie paragraaf 2.2. voor een beknopte beschrijving van NEMESIS). De resultaten van dit onderzoek laten zien dat (Tabel 2.10):²⁵

- Ruim eenderde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor op jaarbasis enigerlei hulp krijgt. Dit betekent dat tweederde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor geen enkele vorm van professionele hulp krijgt op jaarbasis (zie laatste kolom in Tabel 2.10).
- Ruim een kwart van de mensen met een psychische stoornis (27 procent) krijgt hiervoor op jaarbasis hulp in de eerstelijns en 16 procent in de tweedelijns GGZ. Dit houdt in dat driekwart van de mensen met een psychische stoornis geen professionele hulp krijgt in de eerstelijns op jaarbasis en 84 procent geen GGZ-hulp krijgt op jaarbasis.

TABEL 2.10 TWAALFMAANDSZORGGEBRUIK, PER 12-MAANDS DSM-III-R DIAGNOSE (IN PROCENTEN VAN HET AANTAL VOLWASSEN NEDERLANDERS MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS), 1996²⁵

	<i>Eerstelijns- zorg*</i>	<i>Tweedelijns GGZ**</i>	<i>Informele zorg***</i>	<i>Enigerlei zorg****</i>	<i>Geen zorg</i>
	%	%	%	%	%
Stemmingsstoornis	53,9	36,1	20,1	63,8	36,2
Angststoornis	31,9	20,0	13,0	40,5	59,5
Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid	12,3	9,9	4,5	17,5	82,5
Drugsmisbruik of -afhankelijkheid	30,0	33,5	13,5	37,1	62,9
Eetstoornissen	50,0	46,6	24,0	64,0	36,0
Alle onderzochte stoornissen tezamen	27,2	16,3	10,4	33,9	66,1

* *Eerstelijnszorg*= huisarts, bedrijfsarts, crisisdienst, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg/ wijkverpleging.

** *GGZ*= Riagg, polikliniek psychiatrie, CAD, vrijevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut, psychiatrische deeltijdbehandeling, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, RIBW.

*** *Informele zorg* = alternatieve hulpverleners, traditionele genezer (zoals bijvoorbeeld wintj), zelfhulpgroep, telefonische hulpdienst, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut/ haptonoom.

**** *Enigerlei zorg* = hulp gezocht bij of eerstelijnszorg of tweedelijnszorg of informele zorg.

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

- Mensen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in contact met allerlei vormen van hulpverlening. Twee op de drie mensen met een stemmingsstoornis krijgen op jaarbasis enigerlei professionele hulp. Relatief vaak is dat eerstelijnszorg (53,9 procent). Ongeveer eenderde doet op jaarbasis een beroep op de GGZ. Ruim eenderde ontvangt geen zorg (36,2 procent).
- Minder dan de helft van de mensen met een angststoornis krijgt hiervoor op jaarbasis professionele hulp. Ruim eenderde krijgt hulp in de eerstelijns en eenvijfde in de GGZ. Hoewel dit niet opgenomen is in de tabel, bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Mensen met agorafobie, een obsessief-compulsieve stoornis, een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis hebben een verhoogde kans om in contact te komen met de hulpverlening. Mensen met enkelvoudige en sociale fobieën daarentegen maken weinig gebruik van zorg. Tweederde van de mensen met een angststoornis ontvangt hiervoor geen zorg (59,5 procent).
- Mensen met alcoholmisbruik of –afhankelijkheid komen relatief weinig in de eerstelijns en GGZ terecht op jaarbasis (17,5 procent op jaarbasis). Het merendeel ontvangt hiervoor geen zorg (82,5 procent).
- Drugsmisbruik en –afhankelijkheid leidt tot een hogere zorgconsumptie; 37,1 procent van deze groep kreeg in één jaar tijd enigerlei vorm van zorg, vaak bij de GGZ of de eerstelijnszorg. Echter, ruim tweederde krijgt hiervoor geen zorg (62,9 procent).
- Verhoudingsgewijs gebruiken mensen met een eetstoornis op jaarbasis veel zorg (64 procent); meestal is dat eerstelijnszorg of GGZ. Ruim eenderde ontvangt hiervoor geen zorg (36 procent).

Redenen voor de aanzienlijke verschillen in zorggebruik tussen de diagnosegroepen, moeten gezocht worden in de ernst en de complexiteit van de stoornis en de mate waarin iemand functionele beperkingen in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van de stoornis (zie verder paragraaf 2.4.5 ‘determinanten van zorggebruik’). Bij een depressie in engere zin heeft iemand bijvoorbeeld last van ernstige symptomen en functionele beperkingen in het dagelijkse leven. Dit verhoogt de kans dat iemand formele of informele hulp gaat zoeken. Uit Tabel 2.10 blijkt ook dat mensen met een stemmingsstoornis relatief veel in contact komen met allerlei vormen van hulpverlening. Bij een enkelvoudige fobie daarentegen zijn de functionele beperkingen in het dagelijkse leven minder ingrijpend en ligt de kans op het zoeken van hulp een stuk lager. Mensen met een enkelvoudige fobie maken relatief weinig gebruik van zorg.²⁵

Bron: ESEMeD

- *Driekwart van de Europeanen met een psychische stoornis krijgt hiervoor geen hulp; ook in Europa is het zorggebruik relatief hoog onder mensen met een stemmingsstoornis.*

In de ESEMeD-studie (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) participeren zes landen: België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje. In totaal werden 21.425 respondenten geïnterviewd in de 6 landen (zie paragraaf 2.2. voor een beknopte beschrijving van ESEMeD). Analyses maken duidelijk dat de gevonden verschillen in de NEMESIS-studie in zorggebruik tussen de diagnosegroepen (Tabel 2.10) ook in andere Europese landen gevonden worden (Tabel 2.11).²⁶ Belangrijkste bevindingen:

- Ongeveer een kwart van de ondervraagde Europeanen met enigerlei psychische stoornis blijkt hiervoor op jaarbasis professionele hulp te krijgen (25,7 procent). Dat betekent dat driekwart hiervoor geen professionele hulp krijgt.
- Het zorggebruik is het hoogst onder Europeanen met meer dan één psychische stoornis (40 procent) en met een stemmingsstoornis (36,5 procent). Het zorggebruik is het laagst onder Europeanen met een alcoholgerelateerde stoornis (8,3 procent).
- Als Europeanen last hebben van een psychische stoornis en hulp hiervoor zoeken, dan is de huisarts relatief de meest bezochte hulpverlener. Ongeveer eenderde van de mensen met een psychische stoornis die hulp hiervoor zoekt, bezoekt de huisarts. Uitzondering zijn Europeanen met een alcoholstoornis; bijna de helft van deze groep die hulp zoekt, komt bij een ggz-hulpverlener terecht. Een klein percentage van deze groep doet in dat geval uitsluitend een beroep op de huisarts (7,2 procent).

Redenen waarom het zorggebruik aanzienlijk verschilt tussen de diagnosegroepen, moeten wederom gezocht worden in o.a. de ernst en de complexiteit van de stoornis en de mate waarin iemand functionele beperkingen in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van de stoornis (zie verder paragraaf 2.4.5 'determinanten van zorggebruik').

TABEL 2.11 TYPE ZORGGEBRUIK VAN RESPONDENTEN DIE HULP ZOEKEN VOOR EMOTIONELE EN PSYCHISCHE PROBLEMEN (OP JAARBASIS; ESEMeD) (IN PROCENTEN) (MEETPERIODE: 2001-2003)²⁶

	<i>Totaal</i>	<i>alleen huisarts</i>	<i>alleen ggz-hulpverlener</i>	<i>alleen psychiater</i>	<i>huisarts en ggz-hulpverlener</i>
Geen stoornis	4,3	38,5	19,2	18,3	15,9
Enigerlei stoornis	25,7	33,4	13,5	19,6	28,0
Enigerlei stemmingsstoornis	36,5	34,6	10,5	21,4	30,9
Enigerlei angststoornis	26,1	31,1	14,4	21,6	26,2
Enigerlei alcoholstoornis	8,3	7,2	46,0	13,5	33,2
Eén psychische stoornis	19,6	37,3	14,7	15,2	24,9
Meer dan één psychische stoornis	40,0	28,9	12,1	24,6	31,5

Bron: ESEMeD,2004

- *In Nederland is het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven hulp hiervoor krijgt relatief hoog in vergelijking met andere landen.*

Hoewel in de zes Europese landen globaal hetzelfde patroon gevonden werd, blijken de landen wel te verschillen in het relatieve aantal mensen dat (formele of informele) zorg krijgt bij psychische problemen. Analyses op het ESEMeD-bestand laten zien dat het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven hiervoor enigerlei vorm van zorg ontving, in Nederland hoger is dan in de andere Europese landen (Tabel 2.12).²³ Dat geldt voor alle diagnosegroepen (stemmings-, angst- of alcoholstoornis).

TABEL 2.12 ZORGGEBRUIK (FORMEEL EN INFORMEEL) IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF, UITGESPLITST NAAR TYPE STOORNIS (OOIT IN HET LEVEN; IN PERCENTAGES) (MEETPERIODE: 2001-2003)²³

	<i>België</i>	<i>Frankrijk</i>	<i>Duitsland</i>	<i>Italië</i>	<i>Nederland</i>	<i>Spanje</i>
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: ESEmEd, 2007

Belangrijkste bevindingen:

In Nederland krijgen beduidend meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de overige vijf Europese landen; maar liefst 71 procent van de Nederlanders die ooit in hun leven een stemmingsstoornis had, zegt hiervoor enigerlei vorm van zorg te hebben ontvangen. Hetzelfde beeld doet zich voor bij angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen; ook daar blijken relatief meer Nederlanders ooit enigerlei vorm van zorg hiervoor te hebben ontvangen dan in de andere vijf Europese landen. Een mogelijke verklaring is dat in Nederland verhoudingsgewijs veel mensen door de huisarts worden doorverwezen naar een professionele hulpverlener in de GGZ en dat de drempel om een beroep te doen op (informele) hulpverleners bij psychische problemen in Nederland relatief laag is.²³

Bron: WHO

In 1998 is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en *the National Institute of Mental Health (NIMH)* het International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) opgericht met als doel in verschillende landen vergelijkbaar onderzoek te doen naar psychische stoornissen die er voorkomen. Het richt zich op (grootschalig) epidemiologisch onderzoek naar psychische stoornissen, dat wordt uitgevoerd met behulp van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Nederland neemt met NEMESIS hieraan deel. De gegevens die hier gepresenteerd worden zijn afkomstig uit de volgende landen:⁹

- *Canada/ Ontario*. De ONTARIO HEALTH STUDY (OHS) - een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van 6.262 volwassen Canadezen in de provincie Ontario, uitgevoerd in de jaren 1990-1991/ 1996-1997.

- *Verenigde Staten*. De U.S. NATIONAL COMORBIDITY SURVEY (NCS) - een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van 5.384 Amerikanen, uitgevoerd in de jaren 1990-1992.
- *Puerto Rico*. De PUERTO RICO MENTAL HEALTH CARE UTILIZATION (MHCU) PROJECT – een omvangrijk nationaal bevolkingsonderzoek onder 3.504 (eerste wave) en 3.263 (tweede wave) volwassenen van 18 tot 64 jaar.
- *Nederland*. NEMESIS, een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos Instituut.

Ook in het WHO-onderzoek werd gevonden dat in Nederland meer mensen met een psychische stoornis formele zorg (van huisarts, psycholoog of psychiater) ontvangen op jaarbasis dan in de Verenigde Staten, Canada/ Ontario en Puerto Rico.⁹ Ook blijken Nederlanders met een 12-maands depressie in engere zin of dysthymie een grotere kans te hebben op formele zorg dan in de Verenigde Staten, Canada/Ontario en Puerto Rico. Verder speelt een medisch hulpverlener (huisarts, bedrijfsarts, gyneacoloog, cardioloog, verpleegster) in Nederland bij psychische problemen een belangrijker rol dan in Verenigde Staten, Canada/ Ontario en Puerto Rico.⁹

TYPE HULPVERLENER WAAR ZORG ONTVANGEN WORDT

Bron: NEMESIS

- *Bijna de helft van de mensen met een stemmingsstoornis komt in contact met de huisarts, tegenover ruim een kwart van de mensen met een angststoornis.*

In Tabel 2.13 wordt een overzicht gegeven van het percentage cliënten dat op jaarbasis een bezoek brengt aan de eerstelijnszorg of de GGZ vanwege psychische problemen of wegens alcohol- of drugsproblemen. In NEMESIS werd dit gemeten via de volgende vraag: *“Heeft u voor uzelf vanwege psychische problemen of wegens alcohol- of drugsproblemen de afgelopen 12 maanden een bezoek gebracht aan...?”* De resultaten van dit onderzoek maken duidelijk dat het per diagnosegroep verschilt waar (in de eerstelijnszorg of GGZ) mensen zorg krijgen.²⁵ Belangrijkste bevindingen:

- Stemmingsstoornissen gaan gepaard met een hoger zorggebruik in de eerstelijnszorg en de GGZ vergeleken met andere psychische stoornissen. Bijna de helft van de mensen met een stemmingsstoornis komt in contact met de huisarts (45,3 procent). Eén op de zes brengt een bezoek aan een psycholoog of psychiater met een eigen praktijk, één op de acht aan een Riagg, en één op de tien aan het AMW.
- Het zorggebruik bij angststoornissen is over de gehele linie lager dan bij stemmingsstoornissen. Eén op de vier mensen met enigerlei angststoornis komt vanwege angstklachten bij de huisarts, één op de 12 brengt een bezoek aan een Riagg en eveneens één op de 12 brengt een bezoek aan een vrijgevestigde psycholoog of psychiater met eigen praktijk.

- Mensen met een alcoholgerelateerde stoornis zoeken relatief weinig hulp; 9,9 procent bezoekt de huisarts, 3,3 procent brengt een bezoek aan een Riagg en 4,6 procent aan een vrijgevestigde psycholoog of psychiater. Mensen met een drugsgerelateerde stoornis worden beter bereikt door de hulpverlening. Een kwart brengt een bezoek aan de huisarts, 12,4 aan een Riagg en 11,2 procent aan een vrijgevestigde psycholoog of psychiater.

TABEL 2.13 BEZOEK GEBRACHT IN AFGELOPEN 12 MAANDEN AAN EERSTELIJNSZORG OF GGZ VANWEGE PSYCHISCHE PROBLEMEN OF WEGENS ALCOHOL- OF DRUGSPROBLEMEN, NAAR TYPE 12-MAANDSPREVALENTIE (IN PROCENTEN; MEETMOMENT 1996)²⁵

	Eerstelijn		GGZ					
	Huisarts	AMW	Riagg	Poli	CAD	Vrij	Psy	Intra
Stemmingsstoornissen	45,3	10,7	13,1	6,8	1,7	18,3	2,4	2,0
Angststoornissen	27,0	6,2	8,1	4,3	0,7	8,6	1,6	1,6
Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid	9,9	2,4	3,3	1,0	2,1	4,6	0,9	1,2
Drugsmisbruik of -afhankelijkheid	24,7	11,2	12,4	6,7	1,1	11,2	6,7	7,9

AMW= Algemeen maatschappelijk werk

Poli= polikliniek

Vrij=vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut met een eigen praktijk

Psy=psychiatrische deeltijdbehandeling (dagbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Niet bedoeld wordt een behandeling bij een Riagg of bij een psychiater of psycholoog met een eigen praktijk

Intra= intramuraal (tenminste 1 dag en 1 nacht verbleven in een instelling of afdeling voor psychische of verslavingsproblemen, zoals algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ), een verslavingskliniek, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), of een beschermde woonvorm (RIBW).

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

Het hebben van een stemmingsstoornis (en dan vooral een depressie in engere zin) gaat gepaard met ernstige en complexe symptomen die invloed hebben op het dagelijkse functioneren. Dit verhoogt de kans dat iemand hulp hiervoor gaat zoeken bij de huisarts. Het percentage mensen met een angststoornis dat de huisarts bezoekt ligt een stuk lager (27 procent) dan het percentage mensen met een stemmingsstoornis. Verondersteld wordt dat dit een gevolg zou kunnen zijn van het feit dat angstsymptomen door mensen nogal eens beschouwd worden als deel van hun persoonlijkheid en dus 'niet behandelbaar'.³⁶ Iemand met een sociale fobie kan zichzelf eenvoudigweg als extreem verlegen beschouwen en niet op de hoogte zijn van behandelingen die deze symptomen kunnen verminderen.³⁶ Dat mensen met een alcoholgerelateerde stoornis relatief weinig een beroep doen op de huisarts, zou volgens Bijl & Ravelli (1998) wel eens een onderschatting zou kunnen zijn van het werkelijke aantal. Respondenten van

de NEMESIS-studie kunnen de vraag ‘of zij voor zichzelf vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen hulp gezocht hebben in de afgelopen 12 maanden’ ontkennend beantwoorden, als zij in eerste instantie voor een lichamelijke klacht de huisarts bezochten en in tweede instantie kort hun alcoholgerelateerde problemen aanstipten.²⁵ Ook kan het zijn dat schaamtegevoelens het zoeken van hulp in de weg staan.³⁶ Een laatste mogelijkheid zou kunnen zijn dat deze cijfers illustreren dat grote delen van de bevolking mogelijk andere hulpinstanties – ook buiten de medische setting – opzoeken als ze last hebben van alcoholgerelateerde problemen.²⁵

2.4.3 PERCENTAGE MENSEN MET EEN VERBORGEN BEHOEFTE AAN HULP

Bron: NEMESIS

- *Bijna de helft van de mensen (43 procent) met een psychische stoornis die daarvoor geen zorg ontvangt, zegt geen behoefte aan zorg te hebben; eenzesde zegt wel behoefte hieraan te hebben.*

Uit Tabel 2.10 en Tabel 2.11 volgt dat een groot gedeelte van de mensen met een psychische stoornis hiervoor geen zorg krijgt. Van belang is om beter zicht te krijgen op de groep mensen mét een psychische stoornis die géén hulp krijgt, maar wél zegt behoefte hieraan te hebben. In Tabel 2.14 wordt het percentage mannen en vrouwen in Nederland met een verborgen behoefte aan hulp op jaarbasis weergegeven, uitgesplitst naar type psychische stoornis.

TABEL 2.14 VERBORGEN BEHOEFTE AAN HULP OP JAARBASIS UITGESPLITST NAAR TYPE PSYCHISCHE STOORNIS (IN PROCENTEN VAN HET AANTAL VOLWASSEN NEDERLANDERS MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS)²⁵

	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Totaal</i>
Aantal stoornissen > gelijk 1	9,9	23,9*	16,8
1 stoornis precies	6,9	16,4*	11,0
> gelijk 2 stoornissen	18,9	34,7*	28,6
Stemmingsstoornis	19,4	33,5*	28,2
Angststoornis	16,5	24,2*	21,6
Alcoholmisbruik of afhankelijkheid	5,4	21,3*	8,1
Drugsmisbruik of afhankelijkheid	14,8	21,1	17,0
Schizofrenie	21,3	22,1	21,7

*= significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

Van de groep mensen met een psychische stoornis die geen enkele vorm van hulp ontvangt (tweederde; zie Tabel 2.10), zegt gemiddeld eenzesde van de mensen graag hulp te ontvangen, tegenover 43 procent van de mensen die zegt daar geen behoefte aan te hebben. Tussen groepen bestaan er grote verschillen in onvervulde zorgbehoefte (Tabel 2.14):

- *Vrouwen*: Over de gehele linie hebben significant meer vrouwen dan mannen met een psychische stoornis een verborgen behoefte aan hulp. Bijna één op de vier vrouwen met één of meer psychische stoornissen zegt geen zorg te hebben gekregen voor hun psychische problemen, terwijl zij er wel behoefte aan hebben. Bij de mannen ligt dit percentage een stuk lager: 9,9 procent. Opvallend weinig mannen met alcoholmisbruik of –afhankelijkheid hebben een verborgen behoefte aan hulp (5,4 procent van de mannen versus 21,3 procent van vrouwen).
- *Mensen met ernstigere symptomen* (het hebben van meer dan twee psychische stoornissen tegelijkertijd): De onvervulde zorgbehoefte bij mensen met twee of meer stoornissen is relatief hoog (28,6 procent): 34,7 procent van de vrouwen en 18,9 procent van de mannen.
- *Mensen met een stemmingsstoornis*: Het percentage onvervulde zorgbehoefte is ook relatief hoog bij mensen met een stemmingsstoornis (28,2 procent): 33,5 procent van de vrouwen en 19,4 procent van de mannen. Geschat wordt dat 3 van de 4 mensen met een bipolaire stoornis geen adequate behandeling krijgen, terwijl zij dat wel nodig hebben.

Opvallend resultaat:

Juist bij groepen die reeds relatief veel in zorg zijn voor psychische stoornissen, is er sprake van een relatief grote groep die niet behandeld wordt, maar wel een onvervulde zorgbehoefte heeft (zie verder paragraaf 2.4.5.2 voor een bespreking van de groepen die een verhoogde kans op zorg hebben).²⁵

Analyse op NEMESIS-data maakt duidelijk dat vooral de volgende groepen met een psychische stoornis significant meer behoefte aan zorg hebben:²⁵

- Mensen woonachtig in stedelijke gebieden (in vergelijking met mensen woonachtig in landelijke regio's)
- Alleenwonenden, alleenstaande ouders, mensen samenwonend met iemand die niet partner (in vergelijking met samenwonenden)
- Werklozen en arbeidsongeschikten (in vergelijking met mensen met betaald werk)

Om uiteenlopende redenen hebben bovenstaande groepen een onvervulde zorgbehoefte.²⁵ In onderzoek wordt wel gewezen op sociale en culturele factoren, zoals terughoudendheid of schaamte, dan wel in onbekendheid of (vermeende) financiële drempels.²⁵ Maar ook opvattingen (zoals 'ik dacht dat de klachten vanzelf beter zouden worden' en 'ik wilde het probleem zelf oplossen') kunnen hierbij een rol spelen. Tot slot kan het zijn dat mensen geen melding maken van hun symptomen of geen hulp zoeken bij professionele psychologische instanties omdat ze een gebrekkig ziekte-inzicht hebben en ontkennen aan een stoornis te lijden.

2.4.4 BARRIÈRES DIE MENSEN ERVAREN OM HULP TE ZOEKEN

➤ *Vooral attitudes staan het zoeken van zorg in de weg.*

In Nederland ontbreekt gedegen informatie over hoe er in de algemene bevolking wordt gedacht over de GGZ, in welke mate Nederland zich hierin onderscheidt van andere Europese landen en in welke mate attitudes over de GGZ bepalend zijn bij het inschakelen van professionele hulp bij psychische stoornissen.

Voorbeeld: Bipolaire stoornis

Onderzoek laat zien dat van de Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar 1,9 procent ooit in het leven de diagnose bipolaire stoornis krijgt.³⁹ Het merendeel van deze groep (68,8 procent) heeft een bipolaire I stoornis^b, terwijl 31,4 procent een bipolaire stoornis niet anderszins omgeschreven (NAO) heeft. Geschat wordt dat 3 van de 4 mensen met een bipolaire stoornis geen adequate behandeling krijgen, terwijl ze dat wel nodig hebben.² Enerzijds omdat mensen zelf geen melding maken van hun symptomen en

^b Iemand heeft dan last van manische episodes en mogelijk ook van hypomane, depressieve en gemengde episodes. Na één manische episode kan iemand de diagnose bipolaire-I stoornis krijgen.

anderzijds omdat ze geen hulp zoeken bij professionele psychologische instanties. Een kwart (25,5 procent) heeft nog nooit voor problemen hulp gezocht: niet in de algemene en de geestelijke gezondheidszorg en ook niet in het informele circuit, zoals alternatieve genezers, zelfhulporganisaties.³² Gevraagd naar het zorggebruik in de afgelopen 12 maanden, gaf 27 procent aan wel behoefte aan professionele hulp te hebben gehad, maar deze hulp niet gezocht te hebben.³² Opvattingen spelen hierbij een belangrijke rol. De volgende barrières worden vooral genoemd door respondenten met een bipolaire I stoornis:²

- Ik wilde mijn problemen zélf oplossen (64,5 procent)
- Ik dacht dat de problemen zelf weg zou gaan (49,4 procent)
- Ik had geen vertrouwen in de hulpverleners waar ik naar toe zou moeten gaan (46,9 procent)
- Ik dacht niet dat iemand me zou kunnen helpen (43,3 procent).

Bevolkingsonderzoeken in Verenigde Staten, Canada/Ontario en Nederland

In drie bevolkingsonderzoeken - uitgevoerd in de Verenigde Staten, Canada/Ontario en Nederland - zijn barrières in kaart gebracht die het zoeken van professionele hulp bij psychische problemen in de weg staan:

- De ONTARIO HEALTH STUDY (OHS) is een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van 6.262 volwassen Canadezen in de provincie Ontario, uitgevoerd in de jaren 1990-1991/ 1996-1997.
- De U.S. NATIONAL COMORBIDITY SURVEY (NCS) is een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van 5.384 Amerikanen, uitgevoerd in de jaren 1990-1992.
- NEMESIS is een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassen Nederlanders (N=7.076) uit de algemene bevolking, uitgevoerd in de jaren 1996-1999 door het Trimbos Instituut.

In Tabel 2.15 wordt per land een overzicht gegeven van barrières die het zoeken van hulp in de weg staan bij respondenten met een onvervulde zorgbehoefte in bovengenoemde landen. Uit de tabel valt af te leiden dat vooral opvattingen (bijvoorbeeld “Ik dacht dat de klachten vanzelf beter zouden worden” en “Ik wilde het probleem eerst zelf oplossen”) en in mindere mate structurele barrières (zoals “financiële middelen”) het zoeken naar hulp bij psychische problemen in de weg staan.³⁶ Respondenten kunnen weliswaar een behoefte aan hulp ervaren, maar maken dan eerst een kosten-baten analyse (“wat moet ik ervoor doen om hulp te zoeken en wat levert het me uiteindelijk op?”). Ze wachten eerst af of de symptomen vanzelf verdwijnen zonder behandeling of ze proberen het probleem zelf op te lossen via bijvoorbeeld zelfhulp-boeken voordat ze hulp zoeken.³⁶ Het merendeel van de respondenten in Nederland (63 procent) en de Verenigde Staten (71 procent) zegt liever zelf het probleem op te lossen en is van mening dat de klachten vanzelf beter worden (respectievelijk 51 en 66 procent). Deze

redenen worden ook in Canada het vaakst genoemd. In de Verenigde Staten worden beschikbare financiële middelen vaker als reden genoemd om geen hulp te zoeken dan in Nederland en Canada/Ontario (respectievelijk 47 procent versus 10 en 14 procent).³⁶ In tegenstelling tot de Verenigde Staten blijken mensen met lage inkomens in Nederland financiële redenen nauwelijks als barrière te noemen voor het zoeken van hulp bij psychische problemen.³⁶

TABEL 2.15 **BARRIÈRES OM HULP TE ZOEKEN BIJ RESPONDENTEN DIE AANGEVEN DAT HUN BEHOEFTE AAN HULP GEDEELTELIJK OF HELEMAAL NIET ZIJN VERVULD (VOOR VIJF INTERVENTIES; IN PERCENTAGES)³⁶**

<i>Barrières om hulp te zoeken</i>	<i>U.S. National Survey</i>	<i>Ontario Health Survey</i>	<i>NEMESIS</i>
	<i>Enigerlei stoornis* (n=303)</i>	<i>Enigerlei stoornis* (n=187)</i>	<i>Enigerlei stoornis (n=261)</i>
<i>Attituden</i>			
Klachten vanzelf beter worden	66	46	51
Probleem lost vanzelf op zonder hulp	37	15	25
Ik wil het probleem zelf oplossen	71	44	63
Hulp levert niets goeds op	32	23	47
Angst voor onvrijwillige opname	14	6	7
Angst voor mening van anderen	17	15	12
Ontevreden over hulpverlening	10	10	42
<i>Structurele barrières</i>			
Financiële middelen	47	14	10
Teveel tijd kwijt	29	19	23
Niet weten waar hulp te zoeken	37	18	28
Geen afspraak kunnen maken	2	4	9

Bron: Sareen et al., 2007

Bevolkingsonderzoeken in Australië, Duitsland en Oostenrijk

In drie landen - Australië, Duitsland en Oostenrijk – zijn omvangrijke bevolkingsonderzoeken verricht naar opvattingen van mensen over GGZ-behandelingen bij psychische stoornissen. In deze onderzoeken werd gevonden dat mensen vooral vrienden of familieleden zouden inschakelen bij een depressie of schizofrenie en veel minder vaak gespecialiseerde hulpverleners, zoals psychiaters of psychologen.³⁷ Slechts de helft van de Australiërs met een klinische depressie zou de hulp inroepen van een psychiater of psycholoog. Veruit het merendeel gaf aan in dat geval liever een beroep te doen

op de huisarts, vrienden of familieleden. In Duitsland en Oostenrijk bleken mensen nog minder waarde te hechten aan professionele hulpverleners als ze last hadden van psychische stoornissen.³⁷

2.4.5 DETERMINANTEN VAN ZORGGEBRUIK

Onderzoek naar determinanten van zorggebruik in de eerstelijnszorg, de GGZ en informele zorg richt zich op twee soorten kenmerken:

- Ziektegerelateerde kenmerken (type psychische stoornis, ernst van de stoornis)
- Niet-ziektegerelateerde kenmerken (zoals socio-economische kenmerken)

2.4.5.1 Ziektegerelateerde kenmerken

Type psychische stoornis

Bron: NEMESIS

- *Mensen met een stemmingsstoornis en mensen met bepaalde angststoornissen hebben een verhoogde kans op zorg in de eerstelijnszorg en de tweedelijns GGZ.*

De kans dat iemand in contact komt met de hulpverlening (eerstelijnszorg, tweedelijns GGZ of informele zorg) blijkt bij bepaalde psychische stoornissen groter te zijn dan bij andere.²⁵ Een verhoogde kans op zorggebruik in de eerstelijnszorg en GGZ hebben mensen met de volgende stoornissen (Tabel 2.16):

Stemmingsstoornis:

- Depressie in engere zin
- Bipolaire stoornis
- Dysthymie

Angststoornis:

- Agorafobie
- Obsessief-compulsieve stoornis
- Paniekstoornis
- Geeneraliseerde angststoornis

Geen verhoogde kans op eerstelijnszorg, GGZ of informele zorg hebben mensen met een:

- Middelenstoornis (drugs, alcohol)
- Enkelvoudige fobie
- Sociale fobie

**TABEL 2.16 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN ALS VOORSPELLENDE KENMERKEN VOOR ZORG-
GEBRUIK IN DE TWAALF MAANDEN VOORAFGAAND AAN HET INTERVIEW (GECON-
TROLEERD VOOR SEKSE, LEEFTIJD EN ALLE OVERIGE DIAGNOSEN TEZAMEN), 1996²⁵**

	<i>Eerstelijnszorg</i>	<i>GGZ</i>	<i>Informele zorg</i>	<i>Enigerlei zorg</i>
<i>Stemmingsstoornis</i>				
Depressie in engere zin	√	√	√	√
Dysthymie	√	√	√	√
Bipolaire stoornis	√	√	√	√
<i>Angststoornis</i>				
Paniekstoornis	√	√	ns	√
Agorafobie (zonder paniek)	√	√	ns	√
Enkelvoudige fobie	ns	ns	ns	ns
Sociale fobie	ns	ns	ns	√
Gegeneraliseerde angststoornis	√	√	√	√
Obsessief-compulsieve stoornis	√	√	ns	√
<i>Middelenstoornis</i>				
Alcoholmisbruik	ns	ns	ns	ns
Alcoholafhankelijkheid	ns	ns	ns	ns
Drugsmisbruik	ns	ns	ns	ns
Drugsafhankelijkheid	ns	ns	ns	ns

√ = significant hogere kans: $p < 0,05$; ns = niet significant hogere of lagere kans; - = lagere kans

Eerstelijnszorg: huisarts, bedrijfsarts, crisisdienst, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg/ verpleging

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ): Riagg, polikliniek psychiatrie, CAD, vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut, psychiatrische deeltijdbehandeling, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, RIBW

Informele zorg: alternatieve hulpverleners, traditionele genezer, zelfhulpgroep, telefonische hulpdienst, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut/ haptonoom.

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

Informele zorg

Mensen met een stemmingsstoornis hebben daarnaast een verhoogde kans op informele zorg. Dat is niet het geval bij mensen met een angststoornis (met uitzondering van mensen met een gegeneraliseerde angststoornis) en bij mensen met een middenstoornis.

Ernst van de psychische stoornis

Bron: WHO World Mental Health Surveys

► *Hoe ernstiger de psychische stoornis, hoe meer mensen zorg krijgen.*

In Tabel 2.17 wordt op internationaal niveau een overzicht gegeven van de samenhang tussen de *ernst* van de psychische stoornis en het zorggebruik op jaarbasis.²⁸ 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).^c

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 afhankelijkheidssyndroom, 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 afhankelijkheidssyndroom 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.

In dit onderzoek werd een samenhang gevonden tussen de *ernst* van de stoornis en het zorggebruik.

^c Als bij de bespreking van de resultaten wordt gesproken over 'rijke landen', dan worden hiermee de landen bedoeld die in Tabel 2.17 onder de categorie 'hoog inkomen' vallen. Met 'minder rijke landen' worden landen bedoeld die in de tabel onder de categorie 'laag inkomen' of 'laag-midden inkomen' vallen.

Belangrijkste bevindingen:

- Hoe ernstiger de psychische stoornis, hoe meer mensen zorg ontvangen. Dit patroon doet zich globaal in alle landen voor.
- Een substantieel percentage mensen met ernstige psychische stoornissen blijkt geen zorg te ontvangen. Dit geldt voor rijke landen, maar nog meer voor minder rijke landen (zoals Libanon, Mexico, Nigeria, Oekraïne en Zuid-Afrika). In de minder rijke landen krijgen relatief weinig mensen met een ernstige psychische stoornis hulp. Niet duidelijk is wat precies de verklaring hiervoor is. Een verklaring zou kunnen zijn dat er gewoonweg minder geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is in minder rijke landen.²⁸ Maar ook culturele aspecten kunnen een rol spelen; in sommige culturen ervaren mensen meer schaamte om over zorggebruik bij psychische problemen te spreken en zou ook het percentage zorggebruik een onderschatting kunnen zijn van het werkelijke aantal mensen dat in zorg is.²⁸
- In Nederland krijgt de helft van de mensen met een ernstige stoornis enige vorm van formele of informele zorg (bipolaire I stoornis of middelen-afhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidssyndroom, een suïcide poging ondernemen in samenhang met een andere psychiatrische stoornis, het rapporteren van ernstige functionele beperkingen als gevolg van een psychiatrische stoornis) en ruim eenderde van de mensen met matig ernstige stoornissen.
- 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 Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder echter dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek. Hiermee is Nederland koploper: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten liggen deze percentages hoger van het aantal mensen zonder psychische stoornis dat enigerlei vorm van zorg ontvangt bij psychische problemen (respectievelijk 13,4 en 9,7).

Een intrigerende bevinding, die moeilijk geduid kan worden, is dat in Nederland dus een aanzienlijk percentage mensen zonder psychische stoornis hulp zoekt voor psychische of emotionele problemen. Vaak werd dit in de literatuur geïnterpreteerd als “overconsumptie”. Dat zou echter niet zo hoeven zijn als we beter zicht hebben op het vóórkomen van *eerdere* psychische problemen ooit in het leven, het huidige functioneren als ook het type en de omvang van de hulp die zij krijgen (aantal gesprekken, al of niet medicatie). In Nederland ontbreekt op dit moment inzicht in hoeverre het type en de omvang van het hulpaanbod afgestemd is op de *ernst* van de psychische stoornis; is het zo dat de meest professionele zorg toekomt aan de mensen met de meest ernstige problematiek of wordt de professionele zorg juist bevolkt door relatief veel mensen met milde klachten? Omgekeerd ontbreekt inzicht in hoeverre mensen met lichte psychische problemen ook minder gespecialiseerde vormen van hulpver-

lening ontvangen en hoe deze hulp eruit ziet. In het kader van de *Trendrapportages GGZ* zal in 2008 via analyses op het NEMESIS-I bestand beter zicht hierop worden verkregen.

TABEL 2.17 SAMENHANG TUSSEN ERNST VAN DE PSYCHISCHE STOORNIS EN 12-MAANDS ZORGGEBRUIK; EEN INTERNATIONALE VERGELIJKING (IN PROCENTEN)²⁸

	<i>Ernstige stoornissen</i>	<i>Matige stoornissen</i>	<i>Lichte stoornissen</i>	<i>Geen stoornis</i>
	%	%	%	%
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-Arika	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., 2007

Bron: NEMESIS

- *Mensen met complexe of gevaarlijke symptomen hebben een verhoogde kans op GGZ-gebruik.*

Analyses op het NEMESIS-bestand laten zien dat mensen met een bipolaire I stoornis, met complexe (bijkomende angststoornissen) of gevaarlijke symptomen (zoals bijvoorbeeld zelfmoordgedachten) een verhoogde kans hebben op GGZ-gebruik.² Volwassenen die ooit in het leven een depressie in engere zin hebben gehad, gepaard gaande met zelfmoordgedachten, blijken twee tot drie keer meer kans te hebben op GGZ-zorg dan degene zonder zelfmoordgedachten; volwassenen die ooit in het leven zowel een depressie als een angststoornis hebben meegemaakt, blijken drie tot vier keer meer kans te hebben op GGZ-zorg dan degenen die ooit in het leven “alleen maar” een depressie meemaakten.^{1;2}

Voorbeeld: Depressie

In Tabel 2.18 wordt een overzicht gegeven van resultaten op basis van analyses op het NEMESIS-bestand naar determinanten van zorggebruik onder respondenten met een depressie (depressie in engere zin, milde depressie).

Belangrijkste bevindingen:

Twee depressieve symptomen blijken specifiek gerelateerd te zijn aan eerstelijnszorg, maar ook aan tweedelijns GGZ-gebruik (na controle voor andere depressieve symptomen, ziektekenmerken, socio-demografische kenmerken):²

- Vermoeidheid of gebrek aan energie
- Gevoelens van waardeloosheid of schuld

Mensen met ernstigere, complexe en gevaarlijke symptomen van een depressie hebben een grotere kans om behandeld te worden in de tweedelijns GGZ.^{2;27} Het aantal depressieve symptomen dat geassocieerd wordt met zorggebruik in de tweedelijns GGZ is talrijker dan in de eerstelijnszorg. Vier depressieve symptomen blijken specifiek gerelateerd te zijn aan GGZ-gebruik en *niet* aan eerstelijnszorg (na controle voor andere depressieve symptomen, ziektekenmerken, socio-demografische kenmerken) (Tabel 2.18):

- Verminderde interesse of plezier
- Gewichtsverlies of gewichtstoename
- Slapeloosheid of overmatige slaperigheid (hypersomnia)
- Verminderd denk- of concentratievermogen

Terugkerende doodsgedachten blijken niet significant gerelateerd te zijn aan tweedelijns GGZ-gebruik of eerstelijnszorg, maar het hebben van zowel zelfmoordgedachten als doodsgedachten is dat wel (niet in tabel).²

Dat de ernst van de depressieve symptomen uiteindelijk van invloed is op wie in de GGZ of de eerstelijnszorg behandeld wordt, is in lijn met het *stepped care* principe van de overheid, waarbij het uitgangspunt is dat mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de eerstelijns behandeld moeten worden en uitsluitend ernstige gevallen doorverwezen moeten worden naar de GGZ.

TABEL 2.18 DETERMINANTEN VAN ZORGGEBRUIK EERSTELIJNSZORG EN GGZ ONDER 1572 RESPONDENTEN MET EEN DEPRESSIE (DEPRESSIE IN ENGERE ZIN, MILDE DEPRESSIE) (OOIT IN HET LEVEN) (WITH ADJUSTED RELATIVE RISK) (1996)²

<i>Depressieve symptomen</i>	<i>Eerstelijnszorg</i>	<i>Tweedelijns GGZ</i>
Depressieve stemming	ns	ns
Verminderde interesse of plezier	ns	√
Gewichtsverlies of gewichtstoename	ns	√
Slapeloosheid of hypersomnia	ns	√
Psychomotorische agitatie of retardatie	ns	ns
Vermoeidheid of gebrek aan energie	√	√
Gevoelens van waardeloosheid of schuld	√	√
Verminderd denk- of concentratievermogen	ns	√
Terugkerende doodsgedachten	ns	ns
<i>Andere ziektekenmerken</i>		
Leeftijd start depressie	ns	-
Bijkomende angststoornis	√	√
Bijkomende middelenstoornis	-	ns
Ouder met psychiatrische stoornis	√	√
<i>Socio-demografische kenmerken</i>		
Vrouw	ns	ns
Leeftijd (18-64)	ns	√
Opleidingsniveau (laag-hoog: 1-7)	ns	√

√ = significant hogere kans op zorg; - = significant lagere kans op zorg; ns: niet significant hogere of lagere kans

Bron: Ten Have, 2004

2.4.5.2 Niet-ziektegerelateerde kenmerken

Socio-economische kenmerken

In diverse onderzoeken^{25,29,30,31,32,2,26} is nagegaan in hoeverre de volgende socio-economische kenmerken determinanten van zorggebruik zijn bij psychische aandoeningen:

- A. Opleiding
- B. Inkomen
- C. Mate van verstedelijking
- D. Samenstelling huishouden
- E. Maatschappelijke situatie
- F. Leeftijd
- G. Sekse

Uit het onderstaande zal blijken dat vrouwen, werklozen, arbeidsongeschikten en alleenstaande ouders significant meer gebruik maken van de GGZ dan mannen, werkenden en samenwonenden. Dat ligt ook in de lijn der verwachting, aangezien deze groepen verhoudingsgewijs meer last hebben van psychische stoornissen.⁴³ Dat lageropgeleide huishoudens een kleinere kans hebben om terecht te komen in de GGZ dan hoger opgeleiden is zorgelijk, aangezien lager opgeleiden vaker last hebben van angst- en stemmingsstoornissen dan hoger opgeleiden, maar tegelijkertijd dus een lagere kans hebben om terecht te komen in de GGZ (zie verder slotparagraaf 2.6.2).

Bron: NEMESIS

Ad A) Opleiding

Opleidingsniveau blijkt een voorspeller van tweedelijns GGZ-gebruik te zijn; hoe hoger de opleiding, hoe meer gebruik er wordt gemaakt van de tweedelijns GGZ.²⁵

Ad B) Inkomen

Het inkomensniveau blijkt geen voorspeller te zijn van het zorggebruik in de eersteelijns zorg of in de informele zorg. Wel maken middeninkomens intensiever gebruik van de GGZ dan mensen in de overige inkomenscategorieën. Een dergelijk verband is niet gevonden bij eersteelijnszorg of informele zorg.²⁵

Ad C) Mate van verstedelijking

Wonen in een verstedelijkt gebied blijkt geen grotere kans op tweedelijns GGZ-gebruik op te leveren dan wonen in een landelijk gebied; hetzelfde geldt voor het gebruik van informele zorg.²⁵

Ad D) Samenstelling huishouden

Alleenwonenden - in iets mindere mate alleenstaande ouders - blijken in vergelijking met samenwonenden meer gebruik te maken van de tweedelijns GGZ. Zij maken ook meer gebruik van informele zorg. Mensen met een partner en mensen die bij hun ouders wonen, lopen veruit de minste kans om in contact te komen met één van de zorgaanbieders.²⁵

Ad E) Maatschappelijke situatie

Arbeidsongeschikten en werklozen blijken significant meer gebruik van alle vormen van zorg te maken (eerstelijns, tweedelijns GGZ, informele zorg) dan mensen met betaald werk, studenten en scholieren en mensen die voor het huishouden zorgen.^{25;29} De huisarts is in dat geval de meest bezochte hulpverlener, gevolgd door het algemeen maatschappelijk werk en Riagg.

Ad F) Leeftijd

Leeftijd blijkt geen voorspeller van zorggebruik in de tweedelijns GGZ of van andere vormen van zorg te zijn. Wel is het zo dat de piek van de mensen die zorg krijgen in de tweedelijns GGZ op middelbare leeftijd ligt. Met name tussen 35 en 44 jaar is het zorggebruik het hoogst. Deze periode wordt ook wel 'het spitsuur van het leven' genoemd. Na het vijftigste levensjaar daalt het zorggebruik weer.^{25;29}

Ad G) Sekse

Meer vrouwen dan mannen maken gebruik van zorg als ze last hebben van psychische problemen. In Tabel 2.19 wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik wegens psychische stoornissen bij mannen en vrouwen. Sekseverschillen in zorggebruik zijn zelfs nog groter onder mensen met één psychiatrische stoornis; in dat geval doet 39,4 procent van de vrouwen tegenover 23,1 procent van de mannen beroep op de eersteelijnszorg of de tweedelijns GGZ (Tabel 2.19).³⁰ Analyses op het NEMESIS-bestand laten verder zien dat significant meer vrouwen dan mannen *medicatie* nemen bij psychische problemen (17,4 procent van de vrouwen versus 9,4 procent van de mannen).³⁰ Sekseverschillen in het medicatiegebruik zijn zelfs nog groter onder mensen met één psychiatrische stoornis; in dat geval neemt 29,4 procent van de vrouwen versus 15,2 procent van de mannen medicatie.

TABEL 2.19 ZORGGEBRUIK WEGENS PSYCHISCHE STOORNISSEN BIJ MANNEN EN VROUWEN (PERCENTAGES), GECORRIGEERD VOOR HET VÓÓRKOMEN VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS*³⁰

	Mannen (n=3299)	Vrouw (n=3777)	Significantie
<i>Zorggebruik van de totale groep respondenten</i>			
Medicatie	9,4	17,4	√
Eerstelijnszorg	7,8	13,7	√
GGZ	4,9	7,1	√
Enigerlei zorg**	9,8	16,0	√
<i>Zorggebruik van respondenten met één psychiatrische diagnose (DSM-III-R)</i>			
Medicatie	15,2	29,4	√
Eerstelijnszorg	19,7	34,8	√
GGZ	12,2	18,7	√
Enigerlei zorg**	23,1	39,4	√

√ = significant verschil ($p < 0.05$)

* Medicatie = het gebruik van slaapmiddelen, tranquillizers, pijnstillers, antidepressiva of anti-psychotica ten tijde van het interview

** Enigerlei zorg = hulp gezocht bij of eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ

Bron: Ten Have et al., 2002

Ook analyses op het Zorgis-bestand maken duidelijk dat anno 2006 nog steeds meer vrouwen dan mannen zorg krijgen in de tweedelijns GGZ (Tabel 2.20). Uit onderstaande tabel blijkt dat in beide leeftijdscategorieën meer vrouwen dan mannen in zorg zijn bij de tweedelijns GGZ.

TABEL 2.20 HET AANTAL VOLWASSEN CLIËNTEN VAN DE TWEDELIJNS GGZ, NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT (CIRCUIT VOLWASSENEN, 2006)³¹

Leeftijd	Man	Vrouw	Totaal
18 - 41	104.820 (43%)	139.756 (57%)	243.381 (100%)
42 - 64	92.193 (45%)	111.006 (55%)	202.164 (100%)

Bron: GGZ Nederland, 2007

Dat vrouwen en mannen verschillen in het type psychische stoornis waar zij last van hebben vormt één verklaring waarom meer vrouwen dan mannen gebruik maken van tweedelijns GGZ bij psychische problemen;²⁵ stemmings- en angststoornissen komen bij vrouwen meer voor dan bij mannen, terwijl problematisch middelengebruik en anti-sociale persoonlijkheidsstoornissen vaker vóórkomen bij mannen dan bij vrouwen.⁴³ Stoornissen die in hoge mate voorkomen bij vrouwen, zoals depressie en fobieën, worden veelal in de tweedelijns GGZ behandeld. Bij problematisch middelengebruik en antisociale persoonlijkheidsstoornissen is het zorggebruik juist laag in de GGZ. Mannen met een ernstige antisociale persoonlijkheidsstoornis “verdwijnen” vaker in het justitiële circuit en worden niet in de tweedelijns GGZ behandeld. Een andere reden zou kunnen zijn dat vrouwen hun klachten gemakkelijker uiten dan mannen, waardoor de kans op doorverwijzing naar een professionele GGZ-hulpverlener toeneemt. Mogelijk schamen mannen zich meer om hulp in te schakelen.³² Tot slot kan het zijn dat vrouwen anders met psychische problemen en de hieruit voortvloeiende beperkingen omgaan dan mannen en dat zij sneller geneigd zijn om hulp zoeken.

AVO (Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek) (periode 1979-1995)

In Tabel 2.21 wordt een overzicht gegeven van determinanten van zorggebruik op basis van AVO-data (zie paragraaf 2.2 voor een beknopte beschrijving van het AVO-bestand).² Ook in dit onderzoek werd gevonden dat de volgende groepen een *verhoogde* kans hebben op zorggebruik (Tabel 2.21):

- Huishoudens in de laagste inkomenscategorie
- Werklozen en arbeidsongeschikten
- Alleenstaande ouders
- Ouders met kinderen

De volgende groepen hebben specifiek een *kleinere* kans op de ambulante GGZ:

- Huishoudens met het laagste opleidingsniveau
- Religieuze huishoudens

De volgende groepen hebben specifiek een *kleinere kans* op AMW:

- Huishoudens in de hoogste inkomenscategorie
- Huishoudens met het hoogste opleidingsniveau
- Studenten, scholieren

TABEL 2.21 DETERMINANTEN ZORGBEGRUIK AMW EN AMBULANTE GGZ ONDER 28264 EN 28274 RESPONDENTEN (1979-1995)²

	AMW	Ambulante GGZ
<i>Samenstelling huishouden</i>		
2 partners met kind(eren)	√	√
2 partners zonder kinderen	-	-
Alleenstaande ouder	√	√
Alleenstaande	ns	√
Andere samenstelling		
<i>Inkomen</i>		
Laagste categorie	√	√
2 ^{de} categorie	ns	ns
3 ^{de} categorie	ns	ns
Hoogste categorie	-	ns
Ontbrekende gegevens	-	-
<i>Religieuze identificatie kostwinner en partner</i>		
Ja	ns	-
Nee	ns	√
Mengvorm (één van beide is religeus)	ns	√
<i>Mate van stedelijkheid</i>		
	ns	√
<i>Opleiding</i>		
Laagste niveau	ns	-
Lbo, mavo	√	ns
Mbo, havo, vwo	ns	ns
Partner hogere opleiding dan kostwinner	ns	√
Kostwinner hogere opleiding dan partner	ns	ns
Hbo, universiteit	-	ns
<i>Maatschappelijke situatie</i>		
Betaald werk	ns	√
Huisvrouw/-man	ns	ns
Student, scholier	-	ns
Werkloos, arbeidsongeschikt	√	√
Gepensioneerde/ andere	-	-
Betaald werk + huisvrouw/-man	-	-
Anders	√	√

√ = significant hogere kans op zorg; - = significant lagere kans op zorg; ns: niet significant hogere of lagere kans

Bron: Ten Have, 2004

Opvallend resultaat is dus dat:

Lageropgeleide huishoudens een kleinere kans hebben om terecht te komen bij de ambulante GGZ, terwijl hoogopgeleide huishoudens juist een kleinere kans hebben om hulp te ontvangen van het algemeen maatschappelijk werk. Lageropgeleide huishoudens (op LBO/ MAVO niveau) hebben een significant hogere kans op AMW.

Het percentage huishoudens dat gebruik maakte van geestelijke gezondheidszorg is in de periode 1979-1995 verdubbeld. De stijging vond vooral plaats in de eerste helft van de jaren tachtig, daarna stabiliseerde het zorggebruik zich. De druk op de GGZ nam in die periode toe. Het blijft intrigerend hoe het toegenomen zorggebruik moet worden begrepen. Een eerste mogelijkheid is dat de toename te verklaren zou zijn door veranderingen in het relatieve zorggebruik tussen categorieën huishoudens. Deze verklaring bleek op basis van analyses op het AVO-bestand niet houdbaar, omdat de relatieve zorgpatronen in de onderzochte periode niet systematisch waren veranderd.² Om een voorbeeld te geven: in 1979 hadden eenoudergezinnen een bijna drie keer zo grote kans om zorg te ontvangen bij ambulante GGZ-voorzieningen dan gemiddeld en zeventien jaar later blijkt dat nog steeds zo te zijn. De bestaande ongelijkheid tussen categorieën huishoudens is dus nagenoeg hetzelfde gebleven. Een tweede mogelijkheid is dat de toename te verklaren zou zijn door veranderingen in de bevolkingsopbouw, bijvoorbeeld doordat categorieën die vaker professionele zorg ontvingen in omvang zijn toegenomen in de bevolking. Ook deze verklaring bleek na analyses op het AVO-bestand niet houdbaar.² Conclusie is dat alle categorieën huishoudens, dus niet één uitgezonderd, meer zorg zijn gaan gebruiken in de periode 1979-1995.²

Bron: ESEMeD

► *In Europees onderzoek worden globaal dezelfde determinanten van zorggebruik gevonden als in Nederlands onderzoek.*²⁶

In onderzoek in Europese landen (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje) werden globaal dezelfde determinanten als in Nederland gevonden voor het inschakelen van formele zorg (psychiater, GGZ-hulpverlener, huisarts, specialist) bij psychische problemen. Analyses op het ESEMeD-bestand onderscheiden de volgende determinanten voor zorggebruik (zie voor een beknopte beschrijving van de ESEMeD-studie paragraaf 2.2):²⁶

- *Sekse.* Vrouwen blijken in vergelijking met mannen een verhoogde kans te hebben op formele zorg (psychiater, ggz-hulpverlener, huisarts, specialist) als ze last hebben van psychische problemen.
- *Samenstelling huishouden.* Mensen die niet getrouwd zijn/ samenwonen (alleenstaanden) blijken een grotere kans te hebben op formele zorg dan mensen die getrouwd zijn, met een partner samenwonen of mensen die eerder getrouwd zijn geweest.²⁵

- *Leeftijd.* Jongeren (18-24 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) blijken een kleinere kans te hebben dan mensen van middelbare leeftijd op formele zorg als ze last hebben van psychische problemen.^{25;29}
- *Mate van verstedelijking.* Mensen woonachtig in verstedelijkte gebieden blijken een verhoogde kans te hebben op formele zorg bij psychische problemen vergeleken met mensen die in een middelgrote stad wonen (10.000 tot 100.000 inwoners).²⁵

2.4.5.3 Aanvullende verklaringen voor verschillen in zorggebruik: hulpbronnen, functionele beperkingen en neuroticisme

Bron: NEMESIS

Functionele beperkingen en sociale steun.

Uit Tabel 2.22 valt af te leiden dat in de tweedelijns GGZ meer mensen met enigerlei psychische stoornis zorg ontvangen dan in de eerstelijns (46,7 versus 27,8 procent). Ook ervaren meer mensen in de tweedelijns GGZ dan in de eerstelijns functionele beperkingen (38,1 procent versus 29,1 procent) en een geringe sociale steun (43 versus 34,7 procent).²

TABEL 2.22 KENMERKEN VAN MENSEN DIE GEBRUIK MAKEN VAN DE EERSTELIJN OF DE GGZ VOOR HUN PSYCHISCHE PROBLEMEN IN HET JAAR VOORAFGAAND AAN HET INTERVIEW (N=4794) (KENMERKEN GEMETEN IN 1997; ZORGGEBRUIK GEMETEN IN 1999) (IN PROCENTEN)²

	<i>Geen professionele hulp gezocht</i>	<i>Eerstelijns</i>	<i>GGZ</i>
	<i>(n=4206)</i>	<i>(n=378)</i>	<i>(n=210)</i>
Enigerlei psychiatrische stoornis	11,5	27,8	46,7
Meerdere functionele beperkingen	11,8	29,1	38,1
<i>Sociale steun</i>			
Alleen wonen	16,8	21,4	27,1
Geringe sociale steun	21,4	34,7	43,0

Bron: Ten Have, 2004

- *Functionele beperkingen als gevolg van psychische aandoeningen verhogen de kans op zorggebruik in de eerstelijns en de GGZ.*

De functionele beperkingen (zoals problemen op het werk of belemmeringen in het dagelijkse activiteiten als gevolg van emotionele problemen) die mensen ervaren als gevolg van hun psychische aandoeningen vormen een aanvullende verklaring voor de determinanten voor zorggebruik die in bovenstaande paragraaf zijn gevonden.² Analyse van de NEMESIS-data laat zien dat volwassenen met stemmings- of angststoornissen een aanzienlijk hogere kans hebben op zowel eerstelijnszorg als GGZ en dat deze verhoogde kans voor een belangrijk deel samenhangt met de beperkingen die zij als gevolg van hun psychische problemen ervaren.^{1,2} Het hebben van een psychische stoornis blijkt de kans te verhogen op zorggebruik *ongeacht* de beperkingen die mensen als gevolg hiervan ervaren en *vanwege* de beperkingen die mensen ervaren.²

- *Sociale hulpbronnen: een tekort aan sociale steun vergroot de kans op GGZ*

Hoe mensen omgaan met hun beperkingen, is afhankelijk van de mate waarin zij over hulpbronnen kunnen beschikken of in hoeverre zij deze kunnen aanboren als ze last hebben van psychische problemen.^{1,34} Er worden drie typen hulpbronnen onderscheiden: sociale steun, sociaal-economische hulpbronnen (zoals opleidingsniveau) en psychologische hulpbronnen (zoals emotionele stabiliteit). Sociale steun heeft betrekking op de aanwezigheid van sociale relaties. Of iemand sociale relaties heeft, valt af te leiden uit de samenstelling van het huishouden, of iemand samenwoont, het aantal sociale contacten dat iemand heeft (structurele kenmerken) en de kwaliteit van deze relaties (denk hierbij aan de sociale steun die ontvangen wordt en de tevredenheid over deze relaties) (functionele kenmerken).² Analyses op het NEMESIS-bestand laten zien dat een tekort aan sociale steun de kans vergroot om in contact te treden met de tweedelijns GGZ. Gevonden werd dat mensen die minder positief oordelen over de sociale steun die zij in hun leven ervaren, twee keer meer kans hebben op eerstelijnszorg en drie keer meer kans op tweedelijns GGZ dan mensen die positief oordelen over de ervaren sociale steun.² Uit ander onderzoek blijkt dat ruim 25 procent van de tweedelijns GGZ gebruikers alleen leeft en 43 procent van de mensen die GGZ ontvangt een tekort aan sociale steun zegt te ervaren (versus respectievelijk 15 procent en 20 procent van degene die geen GGZ krijgen).³² Volwassenen met minstens één psychische stoornis die alleen wonen of weinig sociale steun ervaren, hebben zelfs een extra verhoogd risico om bij de GGZ terecht te komen.³² Analyse op de NEMESIS-data maakt verder duidelijk dat volwassenen die beperkingen rapporteerden én alleenstaand waren of weinig sociale steun ervoeren, een extra verhoogde kans hadden op tweedelijns GGZ.²

➤ *Sociaal-economische hulpbronnen: lageropgeleiden met sociale beperkingen hebben verhoogde kans op eerstelijnszorg bij psychische aandoeningen*

Het opleidingsniveau is een belangrijke sociaal-economische hulpbron. Een hogere scholing - en een daarmee vaak gepaard gaande hogere sociale positie in de samenleving - zou mensen minder kwetsbaar maken bij problemen, waardoor de noodzaak om een beroep te doen op professionele hulp minder nodig zou zijn.^{1,2} Analyse op de NEMESIS-data laat zien dat volwassenen die sociale beperkingen rapporteerden én die lager opgeleid waren, een extra verhoogde kans hadden op eerstelijnszorg, maar *niet* op tweedelijns GGZ.³⁵ Deze bevinding is zorgelijk aangezien lager opgeleiden vaker last hebben van angst- en stemmingsstoornissen, maar dus minder kans hebben op GGZ. Mogelijke verklaringen kunnen zijn dat lageropgeleiden minder positief staan tegenover de GGZ of dat huisartsen hen mogelijk minder geschikt achten voor een behandeling in de tweedelijns GGZ.²

➤ *Neuroticisme in combinatie met een stemmings- of angststoornis geeft verhoogde kans op tweedelijns GGZ*

Neuroticisme (personen met een hoge neuroticisme score kunnen worden aangemerkt als emotioneel instabiel, tot klagen geneigd, minder goed in staat om met problemen om te gaan) duidt op het ontbreken van interne psychologische hulpbronnen of het minder adequaat om kunnen gaan met stress.² Analyse van de NEMESIS-data laat zien dat volwassenen met een stemmings- of angststoornis en een hoge neuroticisme score een sterk verhoogde kans op GGZ-gebruik hebben. Mensen met een hoge neuroticisme-score lijken dus minder goed in staat om zélf oplossingen te zoeken voor hun problemen en zijn geneigd om eerder een beroep te doen op de GGZ.²

2.5 CLIËNTSTROMEN IN DE EERSTELIJNS EN TWEDELIJNS GGZ EN OMVANG VAN HET ZORGGEBRUIK

Resumé: cliëntstromen en omvang van het zorggebruik (paragraaf 2.5)

In deze paragraaf staan ontwikkelingen in de instroom in de tweedelijns GGZ centraal. Daarbij is gekeken naar de omvang van het zorggebruik, de gemiddelde duur van de wachttijden, de omvang van de wachtlijsten en de verwijspatronen binnen de eerstelijns en tweedelijns GGZ.

De gepresenteerde resultaten laten zien dat de GGZ onverminderd blijft groeien. Alle vormen van zorg in de eerstelijns en tweedelijns GGZ laten vanaf de jaren negentig een toename zien; sterkste groei is zichtbaar bij intensieve ambulante zorg, minst sterke groei bij klinische zorg. Vooral de tweedelijns GGZ heeft moeite om met deze stijgende zorgvraag om te gaan: de omvang van de wachtlijsten en wachttijden neemt gestaag toe en in iedere fase wachten cliënten langer dan de Treeknorm voorschrijft.

Het *stepped-care principe* - bedoeld om de instroom in de tweedelijns GGZ te beperken - rondom mensen met psychische problemen (waarbij mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de eerstelijns behandeld moeten worden en uitsluitend ernstige gevallen doorverwezen moeten worden naar de GGZ) heeft zich nog niet vertaald in een afname van het aantal doorverwijzingen van de huisarts naar de GGZ. De huisarts is weliswaar hét aanspreekpunt als mensen last hebben van psychische problemen, maar de huisarts verwijst nog altijd meer mensen door naar de tweedelijns dan naar de eerstelijns GGZ.

Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen een relatief hoge verwijzingsgraad naar de GGZ. In dit hoofdstuk worden diverse factoren op een rij gezet die van invloed zijn op het verwijsgedrag van huisartsen naar GGZ (zoals betere herkenning van psychische stoornissen door huisartsen, de verbeterde samenwerking van huisartsen met de gespecialiseerde GGZ en de opvattingen over de effectiviteit en nut van de GGZ).

2.5.1 INLEIDING

In de jaren negentig groeide de tweedelijns GGZ sterk. Om de druk op de tweedelijns GGZ te verminderen, formuleerde de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in 1998 een aantal beleidsaanbevelingen. Een centrale aanbeveling van de Raad om de druk op de GGZ te verminderen was om de eerstelijns te versterken en getrapte zorg (*stepped care*) te organiseren rondom mensen met psychische problemen; mensen met psychische problemen zouden zoveel mogelijk in de eerstelijns behandeld moeten worden en uitsluitend ernstige gevallen zouden doorverwezen moeten worden naar de tweedelijns

GGZ. De huisarts fungeerde daarbij als poortwachter van de GGZ. Overige aanbevelingen waren: de capaciteit van de eerstelijns GGZ vergroten, de deskundigheid van de eerstelijns-hulpverleners op het gebied van psychische stoornissen vergroten en een betere samenwerking tussen eerstelijns disciplines stimuleren (zie voor een uitgebreid overzicht: Meijer et al., 2004).¹⁰ In 1999 nam de Minister van VWS de beleidsadviezen van de RVZ over.¹¹ Diverse beleidsmaatregelen werden geïmplementeerd om de instroom van nieuwe patiënten in de tweedelijns GGZ af te remmen en de verwijzingen binnen de eerstelijns te laten toenemen.^{12,13} Voorbeelden zijn: introductie van GGZ-praktijkondersteuners voor huisartsen en samenwerkingsprojecten met de GGZ. In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe de instroom in de GGZ zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Hierbij is gekeken naar:

- De omvang van het GGZ-gebruik
- De wachtlijsten en wachttijden
- De verwijspatronen (eerstelijns en tweedelijns GGZ)

2.5.2 OMVANG VAN HET GGZ-GEBRUIK

Bron: Psychiatrische Casusregisters

► *De GGZ blijft groeien*

De psychiatrische casusregisters brengen vanaf de jaren negentig volume-ontwikkelingen in het GGZ-gebruik in kaart voor de registerregio's (zie paragraaf 2.2 voor een beknopte beschrijving van de psychiatrische casusregisters). In Tabel 2.23 wordt een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal cliënten per 1.000 volwassen inwoners dat in de registerregio's gebruik maakte van de GGZ in de periode 1990-2004. Het gaat hierbij om ambulante zorg, klinische zorg en de zorg door Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW). Uit Tabel 2.23 valt af te leiden dat:¹⁴

- Alle vormen van GGZ-zorg vanaf de jaren negentig een toename laten zien, zowel wat betreft duur van de opname/zorgepisode als wat betreft 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 2.23 DUUR OPNAME/ ZORGEPISEDE EN AANTAL CLIËNTEN PER 1.000 VOLWASSEN INWONERS PER KALENDERJAAR IN KLINISCHE ZORG, RIBW-VESTIGINGEN EN AMBULANTE ZORG, 1990-2004¹⁴

	1990	1994	1998	2002	2003	2004	% groei '90-'04
<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

➤ *GGZ-groei nader bekeken*

In de jaren negentig kwam de groei van de tweedelijns GGZ vooral op het conto van reeds bestaande cliënten (niet in tabel).⁴ In de periode 2002-2004 kwam de groei vooral op het conto van *nieuwe* en in mindere mate op bestaande tweedelijns GGZ-clieñten (een toename van 32 versus 23 procent) (Tabel 2.24).¹⁴ In deze analyses is gecorrigeerd voor de bevolkingstoename in de registerregio's (er was sprake van een lichte toename van 2.116.828 in 2002 naar 2.118.107 inwoners in 2004).¹⁴

TABEL 2.24 AANTALLEN 20- TOT 64-JARIGE CLIËNTEN ALS PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING¹⁴

	2002	2003	2004	Groei '02-'04
Nieuwe GGZ-patiënten	1.59	1.82	2.10	32%
Bestaande GGZ-patiënten	2.39	2.59	2.93	23%
Kliniek/RIBW/LZA	0.21	0.23	0.25	19%
Kliniek/RIBW/ overig	0.43	0.44	0.46	6%
Deeltijdbehandeling	0.19	0.21	0.23	23%
Poli-/ Riagg contact	3.16	3.54	4.10	30%
Totaal GGZ-cliënten	3.98	4.41	5.03	26%

Bron: Pijl, 2007

► *Zorgconsumptie per groep*

Uit Tabel 2.25 valt af te leiden dat in de periode 2002-2004 het percentage volwassenen dat op jaarbasis *voor het eerst* contact had met de GGZ (de zogenaamde 'nieuwe' cliënten) met 5 procent van de bevolking groeide.¹⁴ Deze groep 'nieuwe' GGZ-cliënten maakte verhoudingsgewijs gebruik van een relatief klein gedeelte van het totale GGZ aanbod (14 procent van de totale omvang van de zorg in 2004). GGZ-cliënten die reeds in behandeling waren, maakten in deze periode nog steeds gebruik van het merendeel van het GGZ-aanbod (87-86 procent in de periode 2002-2004); zo deed de kleine groep intramurale langdurig zorgafhankelijken (LZA) – slechts 5 procent van de totale GGZ-populatie – een beroep op 41-43 procent van het totaal beschikbare GGZ-aanbod in de periode 2002-2004. Daar staat tegenover dat de grote groep poli-Riagg patiënten (80 procent van de totale GGZ-populatie) slechts gebruik maakte van 16 tot 18 procent van het GGZ-aanbod in deze periode (Tabel 2.25).

TABEL 2.25 OMVANG VAN DE ZORG: ZORGCONSUMPTIE ALS PERCENTAGE VAN DE TOTALE ZORG (IN PROCENTEN)¹⁴

	2002	2003	2004	Groei '02-'04
Nieuwe GGZ-patiënten	13	13	14	5%
Bestaande GGZ-patiënten	87	87	86	-1%
Kliniek/RIBW/LZA	41	43	42	1%
Kliniek/RIBW/ overig	35	33	32	-9%
Deeltijdbehandeling	8	9	9	8%
Poli-/ Riagg contact	16	16	18	13%

Bron: Pijl, 2007

Bron: Zorgis/ GGZ Nederland

Zorgis is het databestand van GGZ Nederland waarin gegevens geregistreerd worden van GGZ-zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland (zie paragraaf 2.2 voor een beknopte beschrijving van Zorgis). In tabel 2.26 wordt de doorstroming van GGZ-cliënten per circuit weergegeven voor de periode 2003-2006.

Belangrijkste bevindingen (Tabel 2.26):

- Ook analyse op het Zorgis-bestand laat zien dat het aantal GGZ-cliënten de afgelopen jaren gestaag is toegenomen; in de periode 2003-2006 nam het actieve bestand, dat wil zeggen alle cliënten die in de loop van het jaar tenminste één contact met een GGZ-lidinstelling had, met 19 procent toe.¹⁵
- In de periode 2003-2006 stroomden er meer cliënten de tweedelijns GGZ binnen dan dat er vertrokken.
- Het actieve bestand bestond in de periode 2003-2006 voor bijna tweederde uit cliënten van het circuit Volwassenen, voor een kwart uit cliënten van het circuit Kinderen en Jeugd, voor een tiende deel uit cliënten van het circuit Ouderen en voor het resterende deel uit cliënten van het circuit Beschermd Wonen. Dezelfde verhouding is zichtbaar bij respectievelijk de instroom van nieuwe cliënten en de uitstroom van cliënten.¹⁵

TABEL 2.26 DOORSTROMING VAN CLIËNTEN, PER CIRCUIT (BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG'S, RIBW EN KJP) (x 1.000), 2003-2006¹

	<i>Kinderen en jeugd</i>				<i>Volwassenen</i>				<i>Ouderen</i>			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Aanwezig op 1 januari	80	86	93	99	211	230	251	251	32	36	41	41
Inschrijvingen gedurende jaar	87	92	87	95	189	225	225	223	37	41	41	40
Actief bestand	167	178	180	194	400	456	476	475	69	77	82	81
Uitschrijvingen	76	77	80	83	171	207	218	202	33	37	39	38
Aanwezig op 31 december	91	101	100	111	229	249	258	273	36	40	43	43
	<i>Beschermde wonen</i>				<i>Totaal</i>							
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006				
Aanwezig op 1 januari	9	11	14	17	332	364	399	409				
Inschrijvingen gedurende jaar	2	4	5	5	315	362	357	363				
Actief bestand	11	15	19	21	647	726	757	772				
Uitschrijvingen	1	2	4	4	281	322	341	327				
Aanwezig op 31 december	10	12	15	17	366	403	416	445				

¹ De verschillen in het aantal aanwezige cliënten op 31 december en op 1 januari van het volgende jaar worden volgens GGZ Nederland veroorzaakt door administratieve opschoning, hersteloperatie bij de instellingen en extrapolatieverschillen: niet ieder jaar leveren dezelfde instellingen gegevens aan.

Bron: GGZ Nederland, 2007

Tabel 2.27 geeft de gemiddelde behandelduur weer van cliënten bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. 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 langdurige behandelingen), zijn buiten beschouwing gelaten.

Belangrijkste bevindingen:

In tegenstelling tot de resultaten van de psychiatrische casusregisters laten de gegevens van Zorgis zien dat de gemiddelde behandelduur de afgelopen jaren constant is: driekwart van de behandelingen wordt binnen een jaar afgerond.^{15;16} Dat de cijfers van Zorgis en de psychiatrische casusregisters verschillen is het gevolg van de verschillende wijze waarop de gemiddelde duur van een behandeling berekend is.

TABEL 2.27 BEHANDELDUUR VAN GGZ-CLIËNTEN (BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG'S, RIBW EN KJP, 2003 – 2006 (IN DAGEN/ IN PROCENTEN)

<i>Spreading (in procenten)</i>	2003	2004	2005	2006
Eén dag	18	18	19	17
Tot drie maanden	27	28	28	28
Drie maanden tot één jaar	29	29	29	29
Langer dan één jaar	25	24	24	25
Totaal	100	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2007

2.5.3 WACHTLIJSTEN EN WACHTTIJDEN

De omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijden in de tweedelijns GGZ geven een indruk in welke mate de GGZ moeite heeft om met de stijgende zorgvraag om te gaan.

Bron: Zorgis/ Wachtlijstregistratie GGZ Nederland

► *De omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijden nemen toe.*

De wachtlijsten en gemiddelde wachttijden in de tweedelijns GGZ worden onderverdeeld in drie fasen: 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); de behandelingswachtfase (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact). De omvang van de wachtlijsten wordt uitgedrukt in het aantal wachtende cliënten; de wachttijden in het aantal te wachten weken.

Uit gegevens in Tabel 2.28 blijkt dat de omvang van de wachtlijsten in de tweedelijns GGZ gestaag toeneemt; het aantal cliënten dat op een behandeling wacht is de afgelopen twee jaar toegenomen met 6 procent.¹⁷ Deze groei loopt in de pas met de toename van het aantal nieuwe cliënten in de GGZ in de afgelopen twee jaar (6 procent). De omvang van de wachtlijsten verschilt per circuit; het aantal wachtende cliënten is het grootst bij het circuit Volwassenen en het circuit Kinderen en Jeugd, het kleinst bij het circuit Ouderen (Tabel 2.28).

TABEL 2.28 OMVANG WACHTLIJSTEN BIJ DE GGZ-INSTELLINGEN, AANTAL WACHTENDEN PER CIRCUIT, 2005-2007¹⁷

	<i>Begin 2005</i>	<i>Begin 2006</i>	<i>Begin 2007</i>
Kinderen en Jeugd	18.500	18.900	18.600
Volwassenen	47.700	51.300	50.500
Ouderen	4.200	3.400	5.600
Totaal	70.400	73.600	74.700

Bron: GGZ Nederland, 2007

Per fase ziet de gemiddelde wachttijd er als volgt uit (Tabel 2.29):

- *Aanmeldingsfase*: Na een daling van de wachttijd in 2005, stijgt deze vanaf 2006 licht;
- *Beoordelingsfase*: Het aantal wachtenden is afgenomen (ten opzichte van 2004 met 15 procent)
- *Behandelingswachtfase*: Het aantal wachtenden is weliswaar sinds 2003 gedaald (-10 procent), maar laat sinds 2005 weer een stijging zien.

TABEL 2.29 WACHTLIJSTEN (AANTAL WACHTENDEN) EN GEMIDDELTE WACHTTIJDEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003 – 2007¹⁷

	<i>Begin 2003</i>		<i>Begin 2004</i>		<i>Begin 2005</i>		<i>Begin 2006</i>		<i>Begin 2007</i>	
	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>
Aanmeldings Wachtfase	17.700	7	10.500	7	21.400	7	20.500	7	22.000	7
Beoordelings Wachtfase	30.700	14	37.700	17	34.000	15	33.500	15	32.000	15
Behandelings Wachtfase	23.100	15	18.000	20	15.000	17	19.600	17	20.700	21
Totaal	71.500	36	66.300	44	70.400	39	73.600	39	74.700	43

Bron: GGZ Nederland, 2007

In iedere fase wachten GGZ-cliënten gemiddeld nog steeds langer dan de zorgverzekeraars en de brancheorganisatie zelf aanvaardbaar vinden (Tabel 2.29).¹⁷ Vooral kinderen en jeugdigen worden geconfronteerd met lange wachttijden: bij vier van de tien start de behandeling later dan de Treeknorm^d voorschrijft (niet in tabel).¹⁵

2.5.4 CLIËNTSTROMEN: 'STEPPED CARE' PRINCIPE

2.5.4.1 De huisarts als poortwachter van de GGZ

Bron: NEMESIS

- *De huisarts is hét aanspreekpunt als mensen last hebben van psychische problemen.*

Analyses op het NEMESIS-bestand laten zien dat de huisarts hét aanspreekpunt is als mensen last hebben van psychische problemen: van de Nederlanders met een psychische stoornis die hiervoor professionele hulp zochten, wendde 80 procent zich tot de eerstelijnsgezondheidszorg, en dat is meestal de huisarts.¹⁸

Eurobarometer 2006

Ook uit internationaal onderzoek in de Europese Unie blijkt dat de huisarts hét aanspreekpunt is als mensen last hebben van psychische of emotionele problemen (zie voor een beknopte beschrijving van de *Eurobarometer* paragraaf 2.2).⁸ Resultaten van dit onderzoek laten zien dat in totaal 13 procent van de Europese burgers op jaarbasis hulp zoekt voor psychische en emotionele problemen; van deze groep zoekt 70 procent deze hulp bij de huisarts.

Bron: Monitor Eerstelijns GGZ en Zorgis/ GGZ Nederland

- *Huisarts is dé belangrijkste verwijzer naar de tweedelijns GGZ; dit beeld is de afgelopen jaren constant.*

Niet alleen is de huisarts hét eerste aanspreekpunt bij psychische problemen, ook is de huisarts dé belangrijkste verwijzer naar de tweedelijns GGZ.¹⁵ In totaal komt 54 procent van alle GGZ-cliënten in 2006 via de huisarts in de GGZ terecht (Tabel 2.30). De afgelopen jaren is dit beeld constant. Tussen de circuits bestaan er op dit punt belangrijke verschillen. Ruim tweederde van de GGZ-cliënten van de circuits Volwassenen en Ouderen wordt doorverwezen via de huisarts. Echter, bij het circuit Kinderen

^d 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), onderzoeksfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

en Jeugd van de GGZ speelt de huisarts een minder belangrijke rol en komen cliënten vaak via andere kanalen de GGZ binnen, bijvoorbeeld via Bureau Jeugdzorg, andere GGZ-instellingen, op eigen initiatief of via een ziekenhuis. Bij het circuit Beschermd Wonen (semimurale zorg) speelt de huisarts zoals verwacht nauwelijks een rol: het merendeel van deze cliënten wordt via een andere GGZ-instelling verwezen.

TABEL 2.30 VERWIJZERS NAAR GGZ-INSTELLING, BEREKEND PER CIRCUIT, 2006 (IN PROCENTEN)¹⁵

	<i>Jeugd</i>	<i>Volwassenen</i>	<i>Ouderen</i>	<i>Beschermd wonen</i>	<i>Totaal*</i>
Andere GGZ-instelling	15	13	13	69	15
Verslavingszorg	0	1	1	3	1
PAAZ/PUK	0	2	3	8	2
Vrijgevestigden	1	1	0	0	1
Jeugdzorg	20	1	0	0	6
Huisarts	39	61	64	4	54
Ziekenhuis/ verpleeghuis	10	6	11	2	8
Maatschappelijke opvang/ politie	5	4	2	6	4
Eigen initiatief/ directe omgeving	10	10	7	7	10
Totaal	100	100	100	100	100

* De percentages in deze kolom hebben betrekking op alle GGZ-cliënten.

Bron: GGZ Nederland, 2007

2.5.4.2 Verwijsbestemming huisarts

Bron: Monitor Eerstelijns GGZ en NEMESIS

➤ *'Stepped care' principe leidt niet tot afname groei tweedelijns GGZ.*

Gegevens van de Monitor Eerstelijns GGZ laten zien dat er in de periode 2001 tot 2006 nog geen sprake lijkt van een afname van het aantal verwijzingen van huisartsen naar de tweedelijns GGZ; de huisarts verwijst in deze periode nog steeds meer cliënten naar de tweedelijns dan naar de eerstelijns GGZ (Tabel 2.31).

TABEL 2.31 GEREgistREERD AANTAL GGZ-VERWIJZINGEN PER 1.000 PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE OF EEN SOCIALE DIAGNOSE IN HET EERSTE KWARTAAL 2001, 2003 TOT 2006³**

	2001 <i>n</i> =11.269	2003 <i>n</i> =12.831	2004 <i>n</i> =9.804	2005 <i>n</i> =7.499	2006 <i>n</i> =11.778
Naar eerstelijns GGZ					
Algemeen maatschappelijk werk	5	4	6	7	6
Eerstelijnspsycholoog	10	8	13	19	11
Totaal	15	12	19	26	17
Naar tweedelijns GGZ					
Psychiatrie/PAAZ	21	18	23	35	21
Ambulante GGZ	15	11	14	20	13
Vrijgevestigde psycholoog/ psychotherapeut	10	10	11	15	12
Totaal	46	39	48	70*	46
Totaal	61	51	67	96*	63

Dataset: NS2/LINH registratie

* Dit hoge verwijscijfer moet voorzichtig geïnterpreteerd worden aangezien een deel van de huisartspraktijken in dat jaar weggelaten is.

** Er is waarschijnlijk sprake van een onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en de vrijgevestigde psycholoog (zie voor een toelichting op de methode het monitorrapport Eerstelijns GGZ).

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

Uit het bovenstaande blijkt dat er in 2006 in totaal 46 per 1.000 patiënten van de patiënten met een psychische of een sociale diagnose doorverwezen worden naar de tweedelijns GGZ, tegenover 17 per 1.000 patiënten naar de eerstelijns GGZ.³ Deze percentages zijn in de periode 2001-2006 redelijk stabiel. Volgens het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is het aantal doorverwijzingen in de periode 2001-2005 van huisartsen naar de GGZ toegenomen.

Diverse factoren blijken uit onderzoek van invloed te zijn op het verwijsgedrag van huisartsen als mensen zich melden met psychische en/ of sociale problemen, zoals:^{3:19:5}

- Ernst van de psychische stoornis
- Expertise om psychische stoornissen te kunnen herkennen
- Complexiteit van de psychische stoornis
- Mate van verstedelijking
- Type huisartsenpraktijk

De ernst van de psychische problemen zou van invloed zijn op het verwijsgedrag van een huisarts, zo blijkt uit onderzoek:^{3:19}

- Verwijzingen binnen de eerstelijns (zowel naar AMW als de eerstelijnspsycholoog) vinden vooral plaats bij patiënten met lichtere klachten, zoals stress en sociale problemen.
- Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ vinden vooral plaats bij patiënten met een depressie.
- Mensen met psychotische stoornissen hebben grote kans om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGZ. Hoewel het melden van psychotische stoornissen (schizofrenie, affectieve psychose, organische psychose) relatief weinig voorkomt in de huisartsenpraktijk, blijken deze patiënten een grotere kans te hebben om direct te worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ dan patiënten met een depressie, stress, sociale problemen of angst.¹⁹

De laatste jaren is de kennis van huisartsen over psychische stoornissen verbeterd en zijn zij beter in staat psychische stoornissen te herkennen.²¹ Niet alleen de ernst maar ook het *aantal* psychische stoornissen, en daarmee de complexiteit van de problematiek, spelen een belangrijke rol bij de verwijzing van een huisarts. De kans dat de huisarts een patiënt doorverwijst naar hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg neemt toe als iemand meer dan één psychische stoornis heeft (psychische co-morbiditeit):⁵

- Ongeveer 4 procent van de cliënten met één psychische stoornis dat de huisarts bezoekt, komt bij een RIAGG of een vrijgevestigde psycholoog of psychiater terecht. Bij cliënten met twee of meer psychische stoornissen ligt dit percentage een stuk hoger: 13 procent krijgt zorg bij een Riagg of een vrijgevestigde psycholoog of psychiater.⁵ Niet bekend is evenwel of dit ook geldt voor mensen met zowel een psychische als een lichamelijke aandoening. Is het zo dat mensen met een dergelijke complexe problematiek vaker worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ of is het zo dat zij juist door hun lichamelijke aandoening relatief vaker blijven hangen in de minder gespecialiseerde eerstelijnszorg? Op dit moment ontbreekt inzicht in hoeverre de kans op doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ ook toeneemt als mensen last hebben van zowel een psychische als een lichamelijke aandoening (somatische co-morbiditeit) vergeleken met mensen met alleen een psychische aandoening. In 2008 zal het Trimbos-instituut in opdracht van het ministerie van VWS over dit onderwerp een themarapportage schrijven.

Tot slot zouden de mate van verstedelijking en het type huisartsenpraktijk van invloed zijn op het besluit van een huisarts om een patiënt door te verwijzen naar de tweedelijns GGZ;¹⁹ hoe verstedelijker het gebied waar een huisartsenpraktijk gesitueerd is, hoe meer doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Ook is het doorverwijzingsratio hoger van huisartsen die in gezondheidscentra werken dan van huisartsen die een zelfstandige praktijk hebben, met z'n tweeën of een groepspraktijk hebben.

Bron: ESEMeD

► *Nederland heeft internationaal gezien een relatief hoge verwijzingsgraad naar de GGZ.* Op internationaal niveau laten analyses op het ESEMeD-bestand zien dat Nederland een relatief hoge verwijzingsgraad naar de eerstelijns en tweedelijns GGZ heeft; van de groep Nederlanders die ooit in het leven een huisarts raadpleegde voor enigerlei psychisch probleem (70 procent), blijkt 52,8 procent door de huisarts ooit in het leven doorverwezen te zijn naar één of andere hulpverlener binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het verwijzingspercentage in Nederland is vergelijkbaar met dat van Italië (55,1 procent), maar aanzienlijk hoger dan dat van Frankrijk (22,2 procent) en Spanje (40,4 procent).²⁰

Een mogelijke verklaring voor het feit dat Nederland internationaal gezien een relatief hoge verwijzingsgraad heeft kan zijn dat het kennisniveau van huisartsen over psychische stoornissen in Nederland de afgelopen jaren sterk is verbeterd; recent onderzoek van het NIVEL laat zien dat huisartsen in Nederland sinds 2000 steeds meer mogelijkheden hebben gekregen om patiënten met psychische stoornissen te herkennen en dat hiermee de kans vergroot wordt dat iemand doorverwezen wordt naar de GGZ.²¹ Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de opvattingen van Nederlanders over de effectiviteit en het nut van de geestelijke gezondheidszorg een rol spelen.²² In drie bevolkingsonderzoeken - Australië, Duitsland en Oostenrijk – werd gevonden dat mensen in deze landen aanzienlijk minder belang lijken te hechten aan professionele hulpverlening als ze last hebben van psychische stoornissen dan mensen in Nederland (zie verder: Ten Have et al., 2004);²² slechts de helft van de Australiërs met een klinische depressie roept hulp in van een psychiater (51 procent) of psycholoog (49 procent). In Nederland blijkt de GGZ verder goed toegankelijk te zijn voor mensen die ooit in hun leven een depressie hebben meegemaakt: uit onderzoek blijkt dat 71 procent van deze groep vroeg of laat met de eerstelijnszorg of GGZ in aanraking komt.²³ Recent onderzoek van de Europese Commissie naar 'mental well-being' in Europa, laat tot slot zien dat Nederland hoort bij de Europese top vijf als het gaat om de neiging van de inwoners om professionele hulp te zoeken in geval van psychische of emotionele problemen.⁸

2.5.4.3 Eerstelijnspsychologen

Bron: Monitor Eerstelijns GGZ

► *Cliënten weten steeds beter zélf de weg te vinden naar de eerstelijnspsycholoog.* Gegevens van de monitor over de eerstelijns GGZ tonen aan dat cliënten steeds beter zélf de weg weten te vinden naar de eerstelijnspsycholoog,³³ dat de gemiddelde wachttijd bij eerstelijnspsychologen de afgelopen jaren lijkt te zijn toegenomen (van gemiddeld 12 dagen in 1998 naar 19 dagen in 2006) en dat de gemiddelde behandelduur in deze periode lijkt te zijn afgenomen (van gemiddeld 175 dagen in 1998 tot 122 dagen in 2006 en van gemiddeld 15 sessies in 1998 naar 7 sessies in 2006) (Tabel 2.32).

	1998 n=362	2002 n=412	2004 n=2.772	2005 n=4.057	2006 n=4.714
Wachttijd in dagen	12	17	10*	13*	19
Aantal sessies	15	13	7	7	7
Behandelduur in dagen	175	165	126	128	122

Datasets geraadpleegd door NIVEL: Enquêtes onder eerstelijnspsychologen (1998 en 2002), LINEP (2004, 2005, 2006)

* De wachttijden in 2004 en 2005 zijn waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke wachttijden wegens software problemen. Het LVE schat de gemiddelde wachttijd in 2004 op 16 dagen.

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

Het merendeel van de cliënten van eerstelijnspsychologen wordt via de huisarts verwezen (Tabel 2.33).³ Wel is het percentage dat via de huisarts binnenstroomt de laatste jaren afgenomen (een afname van 13 procent in de periode 1998-2006), terwijl het percentage dat op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog aanklopt is toegenomen (35 procent).

TABEL 2.33 INSTROOM EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN: PERCENTAGE VERWIJZINGEN NAAR EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN EN HET TYPE HULPVERLENER DAT INITIATIEFNEMER WAS VOOR DE VERWIJZING³

Type verwijzer	1998 n=2769	2002 n=1108	2004 n=3527	2005 n=4282	2006 n=4854
Eigen initiatief	20	20	20	23	27
Huisarts	70	68	71	65	62
Bedrijfsmaatsch. werk/-arts	3	nvt	3	3	3
Schoolarts/school	nvt	nvt	1	1	1
AMW	1	1	1	1	
Collega/ELP	1	2	1	1	1
2 ^{de} lijns GGZ of SGZ	nvt	2	1	1	1
3 ^{de} lijns GGZ of SGZ	nvt	nvt	0	0	1
Fysiotherapeut	nvt	nvt	0	0	0
Anders	5	7	2	4	4

Bronnen geraadpleegd door NIVEL: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LINEP (2004, 2005 en 2006)

* SGZ= somatische gezondheidszorg

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

In Tabel 2.34 wordt een overzicht gegeven van het percentage doorverwijzingen vanuit eerstelijnspsychologen en het type hulpverlener waarnaar verwezen is.

Belangrijkste bevindingen:

- Eerstelijnspsychologen verwijzen relatief de meeste cliënten (tweederde) naar de GGZ of de somatische gezondheidszorg.³
- Minder dan 10 procent komt uiteindelijk terecht bij derdelijns GGZ^e, een collega, huisarts, bedrijfsmaatschappelijk werk of de fysiotherapeut.

^e Derdelijns GGZ is er voor patiënten met complexe en/of zeldzame psychiatrische stoornissen, die qua diagnostiek en behandeling een hoge mate van specialisatie vragen.

TABEL 2.34 PERCENTAGE DOORVERWIJZINGEN VANUIT EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN EN HET TYPE HULPVERLENER WAARNAAR VERWEZEN IS³

Verwijsbestemming	1998 n=179	2002 n=116	2004 n=688	2005 n=880	2006 n=1034
2 ^{de} lijns GGZ of SGZ*	60 (26 procent ambulante GGZ en 44 procent vrijgevestigd)	48 (16 procent ambulante GGZ en 28 procent vrijgevestigd)	54	50	60
3 ^{de} lijns GGZ of SGZ			9	5	8
Collega/ ELP			11	16	9
Huisarts	nvt	nvt	5	8	8
Bedrijfsmaatsch. werk/ bedrijfsarts	nvt	nvt	4	5	3
AMW	5	5	4	4	3
Schoolarts/ school	nvt	nvt	2	1	0
Fysiotherapeut	nvt	nvt	1	1	2
Anders	35	47	9	10	7

Bronnen geraadpleegd door NIVEL: enquête eerstelijnspsychologen (1998 en 2002) en LINEP (2004, 2005 en 2006)

* SGZ= somatische gezondheidszorg

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

2.5.4.4 Algemeen Maatschappelijk Werk

Bron: Monitor Eerstelijns GGZ

► *Cliënten weten steeds beter zélf de weg naar het AMW te vinden.*

In Tabel 2.35 wordt een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten en de duur van de hulpverlening in het AMW. Gegevens van de monitor over de eerstelijns GGZ laten zien dat de afgelopen jaren het gemiddeld aantal hulpverleningscontacten bij het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) is toegenomen (van 7,4 in 2000 naar 11 in 2005), en dat lijkt ook te gelden voor de gemiddelde duur van de hulpverlening (de tijdsperiode waar binnen het aantal hulpverleningcontacten plaatsvindt) (deze nam toe van gemiddeld 147 dagen in 2000 naar gemiddeld 208 dagen in 2005).³ Hierbij dient wel aangetekend te worden dat er sprake is van een aanzienlijk spreiding in de gemiddelde behandelduur tussen AMW-instellingen.

TABEL 2.35 GEMIDDELD AANTAL HULPVERLENINGSCONTACTEN EN DUUR VAN DE HULPVERLENING PER CLIËNTSYSTEEM AMW³

	2000	2002	2003	2004	2005
Gemiddeld aantal contacten (SD*)	7,4 (2,8)	8,7 (2,7)	10 (3,6)	10 (4,2)	11 (3,9)
Gemiddeld aantal dagen (SD)	147 (50,1)	180 (78,2)	193 (50,2)	197 (44,4)	208 (59,6)

Datasets gebruikt door NIVEL: Clientregistratie AMW (2000 en 2002), Madimonitor (2003, 2004, 2005)

* SD= spreiding

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

Zoals verwacht speelt de huisarts een minder belangrijke rol bij de verwijzing naar het AMW; rond eenderde van de cliënten van het AMW komt de afgelopen jaren via de huisarts bij het AMW terecht en dit percentage neemt sinds 2002 licht af (Tabel 2.36).³ Uit Tabel 2.36 valt verder af te leiden dat bijna de helft op eigen initiatief komt naar het AMW (46 procent in 2005). De rest wordt verwezen via een hulpverlener van het maatschappelijk werk, via de gemeente of via (geestelijke) gezondheidszorg, justitie of andere initiatiefnemers, zoals een woningbouwvereniging of onderwijsinstelling.

TABEL 2.36 INSTROOM AMW: PERCENTAGE VERWIJZINGEN NAAR HET AMW EN HET TYPE HULPVERLENER DAT INITIATIEFNEMER WAS VOOR DE VERWIJZING (GEMIDDELD % CLIENTSYSTEMEN PER INSTELLING)³

Type verwijzer	2000	2002	2003	2004	2005
Eigen initiatief	50	43	43	43	46
Huisarts	27	30	30	29	26
Maatschappelijk werk en maatschappelijke dienstverlening	6	7	7	7	6
Gemeente	3	4	4	4	5
Gezondheidszorg	3	3	3	3	3
GGZ	3	3	3	3	3
Justitie	3	2	2	2	2
Anders	7	8	9	8	9

Gebruikte bronnen door NIVEL: cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003, 2004, 2005)

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

In tabel 2.37 wordt het percentage doorverwijzingen vanuit AMW en type hulpverleners waarnaar verwezen is weergegeven. De resultaten laten zien dat ruim eenderde van de AMW-cliënten wordt doorverwezen naar het de GGZ en dat dit percentage is de afgelopen jaren licht toegenomen. Verder werd ruim een kwart van de AMW-cliënten naar een andere maatschappelijk werker verwezen en iets minder dan tien procent kwam terecht bij de huisarts, justitie, gezondheidszorg of gemeente.³

TABEL 2.37 PERCENTAGE DOORVERWIJZINGEN VANUIT HET AMW EN TYPE HULPVERLENER WAARNAAR VERWEZEN IS (GEMIDDELD % CLIËNTSYSTEMEN PER AMW INSTELLING)³

<i>Verwijsbestemming</i>	<i>2000</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
GGZ	29	32	33	33	35
Maatschappelijk werk (extern) en maatschappelijke dienstverlening	22	30	27	26	27
Gemeente	9	10	10	10	9
Gezondheidszorg	7	8	8	8	7
Huisarts	2	4	7	7	6
Justitie	5	5	6	6	7
Anders	29	15	12	12	12

Bronnen geraadpleegd door NIVEL: cliëntregistratie AMW (2000 en 2002) en Madimonitor (2003, 2004, 2005)

Bron: Emmen & Verhaak, 2007

2.6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

2.6.1 BEPERKINGEN

Representativiteit

In dit hoofdstuk zijn diverse cijfers afkomstig uit registratiebestanden beschreven. Een belangrijk probleem van registratiebestanden is dat de gegevensaanlevering vaak niet volledig is, waardoor het moeilijk is om een representatief beeld te schetsen. Zo maakt GGZ Nederland gebruik van extrapolatiemethoden om tot een landelijk beeld te komen op basis van Zorgis-gegevens. Ook in de Monitor Eerstelijns GGZ (NIVEL) zijn registratiebestanden geraadpleegd waar soms gegevens bleken te missen. Bovendien bleken sommige bestanden niet altijd dezelfde categorieën te gebruiken, waardoor het lastig bleek om cijfers over meerdere jaren met elkaar te vergelijken (zie verder: Emmen & Verhaak, 2007).³

Vergelijkbaarheid gegevens

De onderzoeken die wij getraceerd hebben, verschilden aanzienlijk wat betreft meetperiode, de gehanteerde onderzoeksmethoden, de wijze van steekproeftrekking en de vraagformulering. Gevolg is dat de uitkomsten van de onderzoeken alleen al door deze methodologische verschillen in sommige gevallen uiteen liepen. Dit maakte het soms lastig om algemene conclusies te trekken op basis van de verzamelde gegevens.

Gemeten tijdsperiode om ontwikkelingen in kaart te brengen

Voor het ministerie van VWS is het van belang om zicht te hebben op recente ontwikkelingen op het gebied van toegang en zorggebruik bij psychische aandoeningen. Voor het merendeel van de onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod kwamen, konden recente ontwikkelingen geschetst worden. Alleen voor het thema ‘toegankelijkheid van de zorg’ was dit lastig, aangezien beschikbaar onderzoek uitgevoerd werd in de jaren negentig. Momenteel voert het Trimbos-instituut de NEMESIS-II studie uit, zodat in de nabije toekomst recente informatie beschikbaar zal komen over de toegankelijkheid en het zorggebruik in de GGZ.

Zelfrapportage

In de door ons getraceerde bevolkings- of cliëntonderzoeken werden gegevens veelal via zelfrapportage verzameld (zoals NEMESIS en ESEMeD). De validiteit van gegevens die via zelfrapportage zijn verzameld, is in deze bevolkingsstudies niet vastgesteld. Deze is afhankelijk van de vraag in hoeverre mensen vragen naar waarheid beantwoorden en in hoeverre zij waarde hechten aan een juiste en zorgvuldige aanlevering van gegevens.

2.6.2 BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

► *‘Stepped care’ principe leidt nog niet tot afname groei GGZ*

De GGZ blijft groeien. Diverse beleidsmaatregelen werden eind jaren negentig geïmplementeerd om de druk op de GGZ te verminderen. Op advies van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg⁴² werd ingezet op het versterken van de eerstelijns en op het organiseren van getrapte zorg (*stepped care*) voor mensen met psychische problemen; dit houdt in dat mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de eerstelijns behandeld zouden moeten worden en uitsluitend ernstige gevallen zouden moeten worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. De getroffen beleidsmaatregelen lijken nog niet het gewenste effect te hebben: het aantal cliënten dat gebruik maakt van de GGZ groeit onverminderd. Dat de GGZ moeite heeft met de steeds stijgende zorgvraag, blijkt wel uit de groei van de wachtlijsten en de wachttijden.¹⁵ Het *stepped care* principe heeft zich de laatste jaren nog niet vertaald in een toename van het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns en een afname van het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ.³ De huisarts fungeert weliswaar als poortwachter van de GGZ en is hét eerste aanspreekpunt als mensen last hebben van psychische problemen, maar de

huisarts verwijst nog altijd meer mensen naar de tweedelijns dan naar de eerstelijns GGZ.³

► *Toegankelijkheid van de zorg voor mensen met psychische problemen is redelijk goed*

Diverse ontwikkelingen passeerden in dit hoofdstuk de revue die de stijgende vraag naar GGZ-hulp gezamenlijk te kunnen verklaren. Allereerst is de kennis van huisartsen over psychische stoornissen de afgelopen jaren sterk verbeterd, waardoor huisartsen sneller kunnen herkennen of iemand last heeft van een psychische aandoening. Verder is er een aanzienlijke groep potentiële GGZ-cliënten in onze samenleving. Er is nog steeds een groep mensen met psychische stoornis(en) die geen beroep doet op de zorg, terwijl zij aangeven wel behoefte aan zorg te hebben. Binnen de groep mensen met een psychische stoornis die hiervoor geen zorg ontvangt, gaat het om 16,8 procent (mannen 9,9 procent en vrouwen 23,9 procent). Omgerekend naar de totale bevolking komt dit neer op 3,9 procent van de Nederlandse volwassen bevolking, oftewel ruim 400.000 mensen.²⁵ Hoewel de omvang van deze groep suggereert dat er op grote schaal sprake zou zijn van onderbehandeling, is deze conclusie te voorbarig. Want het hebben van een psychische stoornis betekent niet automatisch dat iemand zorg nodig heeft. Er zijn mensen met een psychische stoornis die redelijk tot goed kunnen functioneren en eigenlijk geen professionele hulp nodig hebben. Waarom de ene persoon met een psychische stoornis wél zorg ontvangt en de andere niet, blijkt afhankelijk van diverse factoren, zoals de complexiteit en de ernst van de stoornis, de beperkingen die iemand in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van een psychische stoornis en/of het tekort dat iemand ervaart aan sociale hulpbronnen. Als we deze aanvullende verklaringen in ogenschouw nemen, dan ziet de toegankelijkheid van de zorg in Nederland voor mensen met psychische problemen er redelijk goed uit; want hoe ernstiger (mensen met een ernstige depressie), complexer (het hebben van meer dan één psychische stoornis) of gevaarlijker de psychische symptomen (het hebben van zelfmoordgedachten en doodsgedachten), hoe groter de kans dat mensen zorg ontvangen. Zo is de GGZ bijvoorbeeld goed toegankelijk voor mensen die ooit in hun leven een depressie hebben meegemaakt: 71 procent komt vroeg of laat met de eerstelijns of tweedelijns GGZ in aanraking²³ en deze groep komt eerder in de GGZ dan in de eerstelijnszorg terecht. Vooral doen beroep op de GGZ: vrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten en alleenstaande ouders. Dat ligt ook in de lijn der verwachting, aangezien deze groepen verhoudingsgewijs meer last hebben van psychische stoornissen.⁴³ In Nederland is het met de toegankelijkheid van de zorg voor mensen met complexe psychische symptomen (het hebben van zowel een stemmings- als angststoornis) beter gesteld dan in de ons omringende landen (België, Frankrijk, Duitsland, Italië of Spanje) en de Verenigde Staten, Canada/Ontario en Puerto Rico. In zekere zin lijkt de GGZ in Nederland soms wel te toegankelijk: uit onderzoek blijkt dat 28 procent van de volwassenen met een subklinische lifetime depressie ooit GGZ-zorg blijkt te hebben ontvangen, terwijl eerstelijnszorg wellicht voor deze groep voldoende zou zijn

geweest.¹ De drempel om zorg te zoeken (formeel of informeel) is in Nederland relatief laag: uit onderzoek blijkt dat 7,7 procent van de Nederlanders op jaarbasis enige vorm van steun of hulp zoekt bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastor, psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis vastgesteld is.

► *Er zijn nog steeds groepen met psychische stoornis(sen) die relatief weinig in zorg zijn*

Ondanks de groei van de GGZ en de goede toegankelijkheid van de zorg, zijn er nog steeds groepen in de Nederlandse samenleving met een psychische stoornis(sen) die relatief weinig in zorg zijn, maar wel behoefte hebben aan hulp:

- *Mensen met twee of meer psychische stoornissen.* Binnen deze groep is nog steeds sprake van een aanzienlijke onvervulde hulpbehoefte. Ruim een kwart van de mensen met twee of meer psychische stoornissen zegt geen zorg te hebben ontvangen voor hun psychische problemen, maar daar wel behoefte aan te hebben.
- *Mensen met een stemmingsstoornis.* Hoewel deze groep relatief goed de weg naar de hulpverlening weet te vinden, is er ook binnen deze groep sprake van een aanzienlijke onvervulde zorgbehoefte: ruim een kwart van de mensen met een stemmingsstoornis zegt geen zorg te ontvangen, terwijl zij er wel behoefte aan hebben.
- *Mensen met een bipolaire stoornis.* Geschat wordt dat 3 van de 4 mensen met een bipolaire stoornis geen adequate behandeling krijgt, terwijl ze dat wel nodig hebben.^{2;38} Gevraagd naar het zorggebruik in de afgelopen 12 maanden, gaf 27 procent aan wel behoefte aan professionele hulp te hebben, maar deze hulp niet gezocht te hebben.³² Het relatief lage zorggebruik is enerzijds een gevolg van het feit dat mensen zelf geen melding maken van hun symptomen en anderzijds omdat ze geen hulp zoeken bij professionele psychologische instanties (zaken als een gebrekkig ziekte-inzicht pelen hierbij een rol).

► *Aanbeveling: focus op betere differentiatie en gerichtere verwijzing*

In de toekomst zal ingezet moeten worden op een efficiëntere kanalisering van de instroom in de tweedelijns GGZ en de opvang in de eerstelijns GGZ.³ Op dit moment wordt binnen de eerstelijns vooral lichtere problemen behandeld; met name patiënten met stress en sociale problemen worden verwezen naar de eerstelijnszorg of een vrijgevestigde psycholoog of een psychotherapeut.³ Om de groei van de tweedelijns GGZ te beperken, zouden in de toekomst eerstelijnspsychologen, vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiateren mensen met zwaardere problemen (zoals angst- stemmings- of middelenstoornis) moeten gaan behandelen, terwijl de complexe psychische problemen doorverwezen worden naar de tweedelijns GGZ.³ Om dit te realiseren zijn duidelijke afspraken nodig tussen de eerstelijns en tweedelijns GGZ wie welk type cliënten gaat behandelen.³

2.6.3 WITTE VLEKKEN

Op basis van deze inventarisatie blijven nog veel vragen onbeantwoord. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op onder andere de volgende vragen:

1. In hoeverre neemt de kans op doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ toe als mensen last hebben van zowel een psychische als een lichamelijke aandoening (somatische comorbiditeit) vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische aandoening? Belemmert het hebben van een lichamelijke aandoening – naast het hebben van een psychische stoornis – de instroom in de GGZ of bevordert dit het juist?
2. In hoeverre zijn opvattingen van mensen bepalend bij het inschakelen van professionele hulp bij een psychische stoornis in Nederland? Buitenlandse studies laten zien dat mensen vooral meer attitude-gerelateerde redenen noemen en beduidend minder vaak praktische bezwaren om van hulp af te zien.^{44;45} In welke mate onderscheidt Nederland zich hierin van andere Europese landen?
3. Is het zo dat de meest intensieve vormen van zorg toekomen aan mensen met de meest ernstigste problematiek of wordt de zorg juist bevolkt door relatief veel mensen met milde klachten? In hoeverre ontvangen mensen met lichte psychische problemen ook minder gespecialiseerde vormen van hulpverlening en hoe ziet deze hulp eruit?
4. Vanaf 1 januari 2008 worden 8 sessies eerstelijnspsychologische zorg vergoed vanuit het basispakket. Wat is het effect hiervan? Is het zo dat bepaalde groepen relatief meer of minder gebruik zullen maken van deze zorg?
5. Waarom hebben lageropgeleiden minder kans om terecht te komen in de tweedelijns GGZ als ze last hebben van psychische problemen?

REFERENTIES

1. Ten Have, M. (2007). Zorggebruik vanwege psychische problemen in de algemene bevolking: trends en verklaringen. In: A.H. Schene (red.). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, p. 275-287. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
2. Ten Have, M. (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations. Proefschrift*. [s.l.]: [s.n.].
3. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001- 2006*. Utrecht: NIVEL.
4. Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
5. Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
6. Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T.S., Taub, N., McColgen, Z., de Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., de Graaf, R., Vollebergh, W.A., Buist-Bowman, M.A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Palacin, C., Autonell, J., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., Arbabzadeh-Bouchez, S., Ormel, J., Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2): 55-67.
7. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E.G., Fayyad, J.A., Karam, A.N., Mneimneh, Z.N., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., de Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, J.M., Vilagut, G., Bromet, E.J., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Anthony, J.C., Von Korff, M.R., Wang, P.S., Brugha, T.S., Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Zaslavsky, A.M., Ustun, T.B., Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.
8. Directorate General Communication (2006). *Mental well-being*. Brussel: European Commission.
9. Alegria, M., Kessler, R.C., Bijl, R., Lin, E., Heeringa, S.G., Takeuchi, D.T., Kolody, B. (2000). Comparing data on mental health service use between countries. In: G. Andrews, S. Henderson (red.). *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*, p. 97-118. New York: Cambridge University Press.

10. Meijer, S.A., Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking eerstelijns GGZ". Integrale eindrapportage, 2004*. Utrecht: NIVEL.
11. VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
12. VWS (2007). *Geestelijke gezondheidszorg: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over toegankelijkheid van de ggz*. Kamerstuk 2006-2007, 25424, nr. 67: ministerie VWS.
13. Van der Feltz Cornelis, C.M. (2007). Psychiatrische consultatie in de eerste lijn: een psychiatrisch public-healthperspectief. In: T. Van Balkom, M. Nijssen, A. Beekman, W. Hoogendijk (red.). *Verwetenschappelijking van de psychiatrie. Liber amicorum voor Richard van Dyck*, p. 95-105. Utrecht: De Tijdstroom.
14. Pijl, Y.J. (2007). *Kerncijfers ggz voor drie psychiatrische casusregistergebieden*. (Intern memo).
15. GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg: update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
16. GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
17. GGZ Nederland (2007). *Wachttijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2007*. Amersfoort: GGZ Nederland.
18. Vollebergh, W.A.M., de Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
19. Verhaak, P.F. (1993). Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 43(370): 203-208.
20. 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(2): 213-220.
21. Verhaak, P.F.M., Groenendijk, J., Zantinge, E.M., Voordouw, I., Van de Veen, C. (2006). *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg: eindrapportage*. Utrecht: NIVEL.
22. Ten Have, M., de Graaf, R., Dorsselaer, S., Beekman, A., Vollebergh, W. (2004). *Zorgbehoeften vanwege psychische problemen en attitudes ten aanzien van GGZ-behandeling: een notitie ten behoeve van een tweede NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. 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(2): 213-220.
24. VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

25. Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
26. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., de Graaf, R. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica - Supplementum*, 109(420): 47-54.
27. Cuijpers, P., de Graaf, R., Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1): 71-79.
28. 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*, 370(9590): 841-850.
29. Laitinen-Krispijn, S., Bijl, R. (2002). *Werk, psyche en ziekteverzuim: aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
30. Ten Have, M., Schoemaker, C., Vollebergh, W. (2002). Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(6): 367-375.
31. GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg: update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
32. Vollebergh, W.A.M., de Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
33. LVE (2007). *Jaarbericht LVE*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
34. Lindenberg, S. (1986). The paradox of privatization in consumption. In: A. Diekmann, P. Mitter (red.). *Paradoxial effects of social behavior*, p. 297-310. Heidelberg: Physica.
35. Ten Have, M. (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations. Proefschrift*. [s.l.]: [s.n.].
36. Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., Clara, I., Ten Have, M., Belik, S.L., de Graaf, R., Stein, M.B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3): 357-364.

37. Ten Have, M., de Graaf, R., Dorsselaer, S., Beekman, A., Vollebergh, W. (2004). *Zorgbehoeften vanwege psychische problemen en attitudes ten aanzien van GGZ-behandeling: een notitie ten behoeve van een tweede NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
38. Van 't Land, H., De Ruiter, C., Batelaan, N., Feltz-Cornelis, C., Ten Have, M., Peterse, A. (2005). *Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
39. Nolen, W.A., Ten Have, M., Vollebergh, W.A.M. (2005). Rate of detection and care utilisation by people with bipolar disorder. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich, A. Okasha (red.). *Somatiform disorders*, p. 84-87. New York: John Wiley & Sons.
40. Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverleningen patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001- 2006*. Utrecht: NIVEL.
41. GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
42. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw: advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.
43. Van Dorsselaer, S., de Graaf, R., Verdurmen, J., van 't Land, H., Ten Have, M., Vollebergh, W. (2006). *Trimbos kerncijfers psychische stoornissen: resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
44. Hornblow, A.R., Bushnell, J.A., Wells, J.E., Joyce, P.R., Oakley-Browne, M.A. (1990). Christchurch psychiatric epidemiology study: use of mental health services. *New Zealand Medical Journal*, 103(897): 415-417.
45. Wells, J.E., Robins, L.N., Bushnell, J.A., Jarosz, D., Oakley-Browne, M.A. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(4): 155-164.

ALLOCHTONEN: PSYCHISCHE
AANDOENINGEN, ZORGGEBRUIK
EN TOEGANG

C. Smits
H. van 't Land

3 ALLOCHTONEN: PSYCHISCHE AANDOENINGEN, ZORGGEBRUIK EN TOEGANG

3.1 INLEIDING

De focus in dit hoofdstuk ligt op het in kaart brengen van psychische aandoeningen, het zorggebruik en de toegang tot geestelijke gezondheidszorg van volwassenen (18-65 jaar) allochtonen (en dan met name Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen). In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen geschetst aan de hand van de volgende onderwerpen:

- Ervaren gezondheid en lichamelijke ziekten onder allochtonen en autochtonen
- Vóórkomen psychische aandoeningen onder allochtonen en autochtonen
- Zorggebruik en toegang onder allochtonen en autochtonen

Definitie

De definitie van het begrip allochtoon is volgens het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) 'een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren'. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zélf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). De groep die onder deze definitie valt is erg breed. In de statistieken wordt derhalve onderscheid gemaakt in *westerse* en *niet-westerse* allochtonen. Laatstgenoemden zijn afkomstig uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van Indonesië en Japan. Bij het vormgeven van het beleid richt de overheid zich met name op vier groepen allochtonen: Turken, Marokkanen, Antillianen/Arubanen en Surinamers; iemand behoort tot één van deze doelgroepen als hijzelf, of tenminste één van zijn ouders, in één van de doelgroepenlanden geboren is, waarbij het geboorteland van de betrokkene zélf bepalend is voor het onderscheid tussen de eerste en tweede generatie.

3.2 BRONNEN

Uitgangspunt van deze rapportage is het verzamelen, analyseren en weergeven van cijfers uit reeds gepubliceerd onderzoek. De cijfers in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit twee typen databestanden: registratiebestanden en databestanden op basis van bevolkingsonderzoek.

Registratiebestanden:

- Zorgis (GGZ Nederland)
- Psychiatrisch Casusregister Rijnmond (PCR Rijnmond)

Bevolkingsonderzoeken:

- NEMESIS
- POLS-studie
- Tweede Nationale Studie (NIVEL)
- Monitor GGD Amsterdam
- Monitor GGD Rotterdam
- Monitor GGD Utrecht
- Monitor GGD Flevoland
- Survey Amsterdamse bevolking¹

Zowel registratie- als bevolkingscijfers:

- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV; RIVM)

Het combineren van beide typen data levert een meerwaarde op. Registratiebestanden kunnen bijvoorbeeld zicht geven op ‘harde’ gegevens, zoals ontwikkelingen in het volume van de GGZ-zorg, terwijl bevolkingsonderzoek informatie kan bieden over de wat ‘zachtere’ gegevens, zoals bijvoorbeeld de ervaren gezondheid.

Beperking

Het beschikbare onderzoek naar psychische aandoeningen, het zorggebruik en de toegankelijkheid van de zorg onder allochtonen heeft de nodige beperkingen (zoals een lage respons, selectieve steekproef). Zo verschillen de gehanteerde onderzoeksmethoden, de wijze van steekproeftrekking en de vraagformulering aanzienlijk tussen de onderzoeken die wij getraceerd hebben. Gevolg is dat de uitkomsten van de onderzoeken alleen al door deze methodologische verschillen sterk uiteen lopen. Dit maakte het lastig om algemene conclusies te trekken op basis van de verzamelde gegevens. Hiermee rekening houdend presenteren we in het onderstaande gegevens op bron-niveau. Wel worden aan het begin van iedere paragraaf de belangrijkste ontwikkelingen op een rij gezet. In de slotparagraaf (3.7) formuleren we met de nodige voorzichtigheid algemene conclusies en wordt getracht de gesignaleerde ontwikkelingen in breder perspectief te plaatsen.

3.3 MEETPERIODE

In onderstaande tabel wordt van iedere bron weergegeven in welke periode de data-verzameling plaatsvond. Gestreefd is om zoveel mogelijk recente gegevens in deze rapportage op te nemen. Indien van een onderwerp uitsluitend minder recente cijfers beschikbaar waren, werd op basis van de uniekheid van de gegevens, de beleidsrelevantie en de kwaliteit van het onderzoek besloten of deze in dit rapport vermeld werden.

	Meetperiode dataverzameling
<i>Registratiebestanden:</i>	
Psychiatrische casusregisters	1990–2004
Zorgis	2004–2006
<i>Bevolkingsonderzoeken:</i>	
NEMESIS	1996
POLS-studie	2001–2003
Tweede Nationale Studie (NIVEL)	2001 versus 1987
Amsterdamse Gezondheidsmonitor	2005
Gezondheidsenquête Rotterdam	2003–2004
GGD Utrecht: Allochtonen in Utrecht	2003
Gezondheids- en Welzijnsenquête Flevoland	2002–2003
Survey Amsterdamse bevolking	1992–1993
<i>Beide (zowel registratie- als bevolkingscijfers):</i>	
Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM)	2006

3.3.1 BEKNOPT BESCHRIJVING BRONNEN

Registratiebestanden

Zie voor een beknopte beschrijving hoofdstuk 2, paragraaf 2.2:

- Zorgis
- Psychiatrische Casusregisters:

Bevolkingsonderzoeken

Zie voor een beknopte beschrijving van hoofdstuk 2, paragraaf 2.2:

- NEMESIS

POLS-studie

De POLS-studie staat voor Permanent Onderzoek LeefSituatie. Doel van deze studie is het doorlopend verzamelen van hoogwaardige en coherente gegevens over de leef-situatie van de Nederlandse bevolking, zoals gezondheid, arbeidsomstandigheden, rechtsbescherming, veiligheid, tijdsbesteding en wonen (www.cbs.nl). POLS is de opvolger van de voorheen afzonderlijk uitgevoerde CBS onderzoeken naar aspecten van de leefsituatie. POLS is gestart in 1997 en wordt jaarlijks uitgevoerd.

Tweede Nationale Studie (NIVEL)

Het NIVEL heeft twee Nationale Studies uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden gegevens uit de Tweede Nationale Studie gepresenteerd. Doel van dit onderzoek is om te voor-

zien in de behoefte aan actuele, nationaal representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg.² Zes onderzoeksthema's worden onderscheiden: gezondheid en ziekte, gebruik van zorg, verschillen in gezondheid en gebruik van zorg, kwaliteit van de huisartsenzorg, huisartspatiënt-communicatie en organisatie van de huisartsenzorg. Het veldwerk van de Tweede Nationale Studie vond plaats onder 104 huisartsenpraktijken die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Gegevens werden verzameld via onder andere video-opnames, visitatie, schriftelijke vragenlijsten en mondeling interviews.²

Lokale monitors gemeenten

Voor de grote steden is het van belang om inzicht te hebben in de gezondheid en gezondheidsbeleving van de bevolking. De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) verplicht gemeenten iedere vier jaar gegevens over de gezondheidssituatie van burgers te verzamelen en te analyseren. De onderzoeken dragen bij aan het verantwoorden van gemaakte beleidskeuzes. In dit hoofdstuk worden resultaten gepresenteerd van onderzoek uitgevoerd in de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Flevoland.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV; RIVM)

In 1993 werd de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht door het RIVM (www.rivm.nl). De vierjaarlijkse VTV geeft een beknopte samenvatting van de gezondheidstoestand van de Nederlander, de oorzaken van gezondheidsverlies, de ontwikkeling van behoefte, vraag, gebruik en kosten van zorg en de mogelijkheden tot verbetering van de gezondheidstoestand door preventie en zorg.

3.4 ERVAREN GEZONDHEID EN LICHAAMELIJKE ZIEKTEN

Resumé van paragraaf 3.4

De onderzoeksgegevens in deze paragraaf laten zien dat Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen meer gezondheidsklachten rapporteren dan autochtonen;³ zij voelen zich minder gezond dan autochtonen. Ook op lokaal niveau (Flevoland, Utrecht en Rotterdam) is gevonden dat een aanzienlijk deel van de Surinamers, Antillianen/Arubanen en Turken de eigen gezondheid als matig of slecht ervaart. In Flevoland en Rotterdam zou het met de ervaren gezondheid van de ondervraagde Marokkanen wat beter gesteld zijn vergeleken met andere groepen allochtonen.

LANDELIJK NIVEAU

Bron: Tweede Nationale Studie (NIVEL)

Resultaten van de Tweede Nationale Studie (NIVEL) laten zien dat allochtonen (Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen) meer gezondheidsklachten rapporteren dan autochtonen;³ zij zouden zich minder gezond voelen dan autochtonen. Vooral Turken melden meer gezondheidsklachten;³ zo blijken Turken gemiddeld zeven verschillende klachten te rapporteren, tegenover gemiddeld vier klachten van autochtonen in de twee weken voorafgaand aan het interview. Het type klacht zou niet verschillen tussen de verschillende bevolkingsgroepen; moeheid en hoofdpijn worden het vaakst genoemd. Verder komen sommige chronische aandoeningen (zoals suikerziekte) vaker voor onder allochtonen, terwijl andere aandoeningen juist minder vaak vóórkomen bij allochtonen (zoals kanker). Resultaten laten verder zien dat meer autochtonen dan allochtonen de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaren (81 procent van de autochtonen tegenover 61 procent van de allochtonen). Bij de Turken ligt dit percentage nog iets lager; slechts iets meer dan de helft van de Turken (53 procent) zegt de eigen gezondheid als (zeer) goed te ervaren.

LOKAAL NIVEAU

Bron: Gezondheids- en Welzijnsenquête Flevoland

In Flevoland zou een aanzienlijk deel van de Turken en de Antillianen/Arubanen de eigen gezondheid als matig/slecht ervaren (respectievelijk 54 en 37 procent).⁴ Tweederde van de ondervraagde Turkse respondenten (61 procent) en iets meer dan de helft van de ondervraagde Arubanen/ Antillianen (55 procent) gaf aan op jaarbasis een bepaalde ziekte of aandoening te hebben gehad. Met de ervaren gezondheid van de ondervraagde Marokkanen is het in dit onderzoek iets beter gesteld: minder dan de helft (41 procent) meldde een bepaalde ziekte of aandoening te hebben gehad in het jaar voorafgaand aan het interview. Dat het met de ervaren gezondheid van de groep Marokkaanse respondenten in dit onderzoek beter was gesteld, hangt mogelijk samen met de sociaal economische situatie: de ondervraagde Marokkanen waren hoog opgeleid.

Bron: Monitor GGD Utrecht 'Allochtonen in Utrecht'

In Utrecht zeggen meer allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers/Antillianen) dan autochtonen de eigen gezondheid als matig/slecht te ervaren.⁵ Ook na correctie voor socio-demografische variabelen (zoals leeftijd, geslacht, opleiding) bleef dit verband bestaan. De ondervraagde Turken, Marokkanen en Surinamers/Antillianen

zouden ook vaker last hebben van diabetes dan autochtonen, terwijl Marokkanen en Turken vaker last zouden hebben van overgewicht en obesitas dan autochtonen; 33 procent van de Turken en 21 procent van de Marokkanen had een *Body Mass Index* (BMI) die groter of gelijk was aan 30 (mensen met een normaal gewicht hebben een BMI van tussen de 20 en 25. Bij een waarde van 30 of hoger is er sprake van obesitas). Verder rapporteren meer Turkse respondenten in dit onderzoek lichamelijke beperkingen dan autochtonen (45 versus 15 procent) en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (gemiddeld 45 versus 15 procent). Het laatste verband verdween overigens na correctie voor socio-demografische variabelen (zoals leeftijd, geslacht, opleiding).⁵ De lichamelijke gezondheid van de ondervraagde Surinamers/Antillianen in Utrecht zou niet significant verschillen van die van autochtonen.

Bron: Gezondheidsenquête Rotterdam

Een relatief groot deel van de ondervraagde Surinamers, Antillianen/Arubanen en Turken in Rotterdam zegt de eigen lichamelijke gezondheid als relatief slecht te ervaren (een kwart tot 30 procent).⁶ Met de ervaren gezondheid van de ondervraagde Marokkanen in Rotterdam zou het beter gesteld zijn; deze zou vergelijkbaar zijn met die van autochtonen. Slechts 17 procent van de Marokkaanse respondenten tegenover 15,8 procent van de autochtone respondenten ervoer de eigen gezondheid als matig tot slecht. Wat betreft leeftijd en sekse zijn deze Rotterdamse data representatief voor de Rotterdamse doelpopulatie op regionaal niveau.

3.5 HET VÓORKOMEN VAN PSYCHISCHE AANDOENINGEN

3.5.1 INLEIDING

In deze paragraaf wordt het vóorkomen van psychische aandoeningen onder allochtonen en autochtonen in kaart gebracht. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen psychische *stoornissen* en psychische en psycho-sociale *klachten*.

Psychische stoornissen

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen, uitgegeven door de *American Psychiatric Association* (APA). In de DSM wordt een psychische *stoornis* beschreven aan de hand van duidelijk observeerbare gedragingen, waarbij tevens wordt verwezen naar de pijn die een persoon beleeft of de typische belemmering die de stoornis in het dagelijks functioneren oplevert. Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) psychiatrische patiënten mogelijk te maken via het opstellen van eenduidige definities van een psychische stoornis. Het vóorkomen van psychische *stoornissen* in de bevolking wordt in bevolkingsonderzoek gemeten via een gestructureerd diagnostisch interview

gebaseerd op de DSM of ICD-10 (een voorbeeld van zo'n diagnostisch instrument is de CIDI, de *Composite International Diagnostic Interview*). Cijfers in deze paragraaf over het vóórkomen van psychische *stoornissen* onder allochtonen zijn gebaseerd op onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van een diagnostisch instrument waarmee inzicht verkregen wordt in het vóórkomen van psychische stoornissen in de algemene bevolking.

Psychische en psycho-sociale klachten

Psychische en psycho-sociale *klachten* hoeven niet noodzakelijkerwijs te wijzen op de aanwezigheid van een psychische ziekte of stoornis. In die zin zijn psychische *klachten* minder ernstig dan psychische stoornissen. De gevolgen van deze klachten hoeven voor betrokkenen niet minder ernstig te voelen als die van psychische stoornissen. Voorbeelden van psychische *klachten* zijn: eenzaamheidsgevoelens, heimweegevoelens, overspannen gevoel of slapeloosheid. Bij het in kaart brengen van psychische *klachten* wordt veelal gebruik gemaakt van zelfrapportage (mondeling, schriftelijk of telefonisch). Afname van een diagnostisch instrument is geen vereiste.

3.5.2 HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE EN PSYCHO-SOCIALE KLACHTEN

Resumé van paragraaf 3.5.2

De onderzoeksgegevens die in deze paragraaf gepresenteerd worden laten zien dat respondenten met een niet-Nederlandse nationaliteit meer eenzaamheidsgevoelens rapporteren dan autochtone respondenten.⁷ Op lokaal niveau wordt in deze paragraaf beschreven dat in sommige steden (Utrecht en Rotterdam) allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) meer last hebben van psychische klachten dan autochtonen. In Utrecht zouden allochtonen zich eenzamer, depressiever en overspannen voelen vergeleken met autochtonen. In Flevoland daarentegen verschilden Antillianen/ Arubanen en Marokkaanse Nederlanders niet van autochtonen in gerapporteerde eenzaamheidsgevoelens. Of dit ook in andere grote steden aan de orde is, is niet onderzocht.

LANDELIJK NIVEAU

Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV; RIVM)

Respondenten met een niet-Nederlandse nationaliteit rapporteren meer eenzaamheidsgevoelens dan autochtone respondenten (respectievelijk 37 versus 27 procent);⁷ zo zouden Marokkaanse vrouwen (vooral met familie in Marokko) vaker dan autochtone vrouwen last hebben van eenzaamheid en heimweegevoelens.

LOKAAL NIVEAU

Bron: Monitor GGD Utrecht 'Allochtonen in Utrecht'

Allochtonen in Utrecht zouden zich vaker eenzaam voelen dan de ondervraagde autochtonen.⁵ Depressieve gevoelens en overspannenheid zijn volgens dit onderzoek in de periode 1995-2003 een steeds groter probleem geworden onder allochtonen in Utrecht (Marokkanen, Turken en Surinamers/Antillianen).⁵ In 2003 voelden significant meer Turkse respondenten zich depressief (13 procent) en overspannen (39 procent) dan autochtone respondenten (respectievelijk 8 en 12 procent) in Utrecht. Eenzelfde beeld werd gevonden bij Marokkaanse respondenten in Utrecht.

Bron: Gezondheids- en Welzijnsenquête Flevoland

In dit onderzoek zegt vier op de tien van de Turkse respondenten in Flevoland zich in de periode 2002-2003 wel eens eenzaam gevoeld te hebben. Wat betreft eenzaamheidsgevoelens verschillen Antilliaanse/Arubaanse respondenten in dit onderzoek niet van de autochtone respondenten.⁴ De situatie van de ondervraagde Marokkanen in Flevoland is in de periode 2002-2003 rooskleuriger; de Marokkaanse respondenten zouden zich minder eenzaam voelen dan de autochtone respondenten. Bij iets meer dan één op de tien van de Turkse respondenten (11 procent) zijn aanwijzingen gevonden voor ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

Bron: Gezondheidsenquête Rotterdam

Allochtonen in Rotterdam hebben in de periode 2003-2004 meer last van psychische klachten dan autochtonen;^{6;8} 45,2 procent van de Turken, 31,7 procent van de Marokkanen, 30,5 procent van de ondervraagde Surinamers, 26,6 procent van de Antillianen/Arubanen zeggen zich licht tot ernstig psychisch ongezond te voelen, tegenover 17,7 procent van de autochtonen. Verder geven vrouwelijke Surinaamse respondenten aan meer last te hebben van angst en slapeloosheid, zeggen zij minder goed te functioneren en zich depressiever te voelen dan vrouwelijke autochtone respondenten. Dit verschil blijkt onafhankelijk van leeftijd, opleiding, burgerlijke staat en werksituatie.⁸

3.5.3 VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN

Resumé van paragraaf 3.5.3

Er zijn in Nederland nauwelijks representatieve bevolkingsonderzoeken uitgevoerd om het vóórkomen van psychische stoornissen onder allochtonen in kaart brengen. Het beschikbare bevolkingsonderzoek heeft de nodige beperkingen (zoals lage respons, selectieve steekproef). Op basis van de resultaten in deze paragraaf kan voorzichtig geconcludeerd worden dat sommige etnische groepen extra kwetsbaar lijken te zijn voor het ontwikkelen van psychische stoornissen; zo blijken Surinamers, Antillianen en Marokkanen vaker aan schizofrenie te lijden dan autochtonen en lijken Surinamers een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van een angststoornis.

LANDELIJK NIVEAU

Bron: NEMESIS

Er zijn in Nederland nagenoeg geen representatieve bevolkingsonderzoeken uitgevoerd onder allochtonen die het vóórkomen van psychische *stoornissen* in kaart brengen. Resultaten van NEMESIS over het vóórkomen van psychische stoornissen onder allochtonen moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Allochtonen die het Nederlands onvoldoende beheersten, namen niet deel aan NEMESIS. Daarnaast waren Turken en Marokkanen in de steekproef van NEMESIS ondervertegenwoordigd. Hoewel Surinamers en Antillianen niet ondervertegenwoordigd waren in de steekproef van NEMESIS, was de groep Surinamers en Antillianen in de steekproef van NEMESIS relatief klein van omvang.⁹ In totaal namen 92 Surinamers, 36 Antillianen, 45 Turken en 26 Marokkanen deel aan NEMESIS. Belangrijkste bevindingen (Tabel 3.1):

- Surinaamse en Marokkaanse respondenten hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van *enigerlei psychische stoornis* op jaarbasis, terwijl Turkse respondenten een verlaagd risico hierop hebben. Alleen het laatste verschil is significant. Waardoor deze verschillen in risico voor het ontwikkelen van *enigerlei psychische stoornis* worden veroorzaakt, is niet duidelijk.
- Marokkaanse respondenten hebben een significant hogere kans om op jaarbasis een *stemmingsstoornis* te ontwikkelen. Gecorrigeerd voor socio-demografische variabelen – dat wil dus zeggen dat uit de gegevens de invloed van deze variabelen wordt weggenomen – is deze kans bij de Marokkaanse groep niet meer significant verhoogd, hoewel de associatie nog wel hoog is. Wederom is niet duidelijk waarom Marokkaanse respondenten een verhoogde kans hebben om een *stemmingsstoornis* te ontwikkelen.

- Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse respondenten hebben een verhoogd risico om een *angststoornis* te ontwikkelen op jaarbasis, terwijl Turken een verlaagd risico hierop hebben. Alleen bij Surinaamse respondenten is dit risico significant, en wel in beide modellen (model*: gecorrigeerd voor sekse en leeftijd; model**: gecorrigeerd voor sekse, leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus, urbanisatiegraad). Niet duidelijk welke redenen hieraan ten grondslag liggen.
- In *middelengebruik* hebben Turkse en Marokkaanse respondenten op jaarbasis een wat verlaagd risico. Het bereiken van significantie wordt echter bemoeilijkt als de etnische groepen klein in omvang zijn.

^a In Tabel 3.1 staan Odds Ratio's vermeld. Deze maat geeft aan of allochtone groepen meer of juist minder kans hebben op een psychische stoornis in vergelijking met autochtone Nederlanders (referentiegroep). Als een OR groter is dan 1, dan betekent dit dat een allochtone groep een grotere kans heeft op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Als een OR kleiner is dan 1, dan betekent dit dat een allochtone groep een kleinere kans heeft op een psychische stoornis. Voorwaarde is wel dat het bijbehorende 95 procent betrouwbaarheidsinterval niet de waarde 1 bevat; alleen dan is het verschil tussen de twee ORs significant. Significante ORs zijn in Tabel 3.1 vet gedrukt. Voorbeeld Tabel 3.1: Surinaamse respondenten hebben een significant hogere kans om een angststoornis te ontwikkelen (OR=1,69) dan autochtone Nederlandse respondenten (referentiegroep; OR=1).

TABEL 3.1 HET VÓÓRKOMEN VAN STEMMINGS-, ANGST- EN MIDDELENSTOORNISSEN, NAAR ETNISCHE AFKOMST (OP JAARBASIS³)

	%	OR*	OR**
<i>stemmingsstoornis</i>			
Nederland	7,8	1	1
Suriname	8,7	1,02	0,92
Antillen	11,1	1,37	1,13
Turkije	4,4	0,56	0,41
Marokko	19,2	2,88	2,08
<i>angststoornis</i>			
Nederland	12,8	1	1
Suriname	21,7	1,77	1,69
Antillen	19,4	1,56	1,35
Turkije	6,7	0,50	0,36
Marokko	19,2	1,68	1,23
<i>middelestoornis</i>			
Nederland	7,4	1	1
Suriname	7,6	1,03	0,98
Antillen	11,1	1,24	1,30
Turkije	8,9	0,67	0,62
Marokko	7,7	0,59	0,53
<i>enigerlei stoornis</i>			
Nederland	22,6	1	1
Suriname	31,5	1,47	1,40
Antillen	27,8	1,17	1,06
Turkije	11,1	0,34	0,25
Marokko	34,6	1,50	1,15

* gecorrigeerd voor sekse en leeftijd

** gecorrigeerd voor sekse en leeftijd, en de SES-variabelen opleidingsniveau, werkstatus en urbanisatiegraad

Vetgedrukte OR: significant verschil ($p < 0,05$) ten opzichte van de groep autochtone respondenten.

Bron: *Nemesis*⁹

Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV; RIVM)

Resultaten van de VTV 2006 laten zien dat Surinamers, Antillianen en Marokkanen vaker aan schizofrenie lijden dan autochtonen.¹⁰⁻¹³ Onder Marokkaanse vrouwen en Turken zou schizofrenie niet vaker vastgesteld worden. Dit percentage was vergelijkbaar met dat van autochtonen.¹⁴ Misbruik van drugs en selectieve migratie onder Surinamers lijken niet afdoende als verklaring. In publicaties wordt vooral gewezen op de rol van de dichtheid van de allochtonenbevolking in woonwijken¹⁵ en discriminatie¹⁶ als verklaring voor het verhoogde vóórkomen van schizofrenie onder bepaalde allochtone groepen.

LOKAAL NIVEAU

Bron: GGD Amsterdam

Tabel 3.2 geeft een overzicht van het vóórkomen van stemmings- en angststoornissen in Amsterdam onder autochtone, Turkse, Marokkaanse, Surinaamse/ Antilliaanse respondenten.¹⁷ Belangrijkste bevindingen:

- Ruim een kwart (26,4 procent) van de respondenten in Amsterdam heeft ooit in het leven last gehad van een stemmings- en/of angststoornis. Op jaarbasis gaat het om 14,5 procent van de respondenten. Stemmingsstoornissen komen in Amsterdam meer voor dan angststoornissen; bijna een kwart van de respondenten (22,5 procent) heeft ooit in het leven een stemmingsstoornis gehad, tegenover 11,1 procent een angststoornis.

TABEL 3.2 GEWOGEN* PREVALENTIES VAN STEMMINGSSTOORNISSEN (DEPRESSIEVE STOORNIS EN DYSTHYMIE), ANGSTSTOORNISSEN (AGORAFOBIE, PANIEKSTOORNISSEN, SOCIALE FOBIE EN DE GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS) EN STEMMINGS- EN/OF ANGSTSTOORNISSEN IN DE ONDERZOEKSGROEPEN (N=812), IN PROCENTEN									
<i>Etniciteit</i>	<i>Stemmingsstoornissen</i>			<i>Angststoornissen</i>			<i>Stemmings- en/of angststoornissen</i>		
	<i>Ooit</i>	<i>Jaarbasis</i>	<i>Maand</i>	<i>Ooit</i>	<i>Jaarbasis</i>	<i>Maand</i>	<i>Ooit</i>	<i>Jaarbasis</i>	<i>Maand</i>
Nederlands	24,8	10,3	4,4	11,5	6,8	2,5	28,8	14,8	6,6
Turks	31,3	22,4	14,9	14,9	9,6	7,7	35,3	25,7	18,7
Marokkaans	15,2	9,8	6,6	9,3	8,3	7,6	18,7	13,3	9,8
Surin/Antill.	11,5	5,7	1,1	7,4	4,8	1,1	13,4	9,6	1,2
Totaal	22,5	10,3	4,7	11,1	7,0	3,0	26,4	14,5	6,8

* *Schatting voor het voorkomen in de Amsterdamse bevolking*

Bron: Amsterdamse Gezondheidsmonitor¹⁷

- Meer Turkse respondenten in Amsterdam hebben last van stemmings- en/of angststoornissen dan autochtone, Marokkaanse en Surinaamse/Antilliaanse respondenten en dat geldt zowel voor de afgelopen maand, als op jaarbasis als ooit in het leven. De Turkse respondenten verschillen in dit opzicht significant van autochtone respondenten.

Uit ander onderzoek uitgevoerd in Amsterdam zou blijken dat juist *minder* Turkse respondenten last hebben van enigerlei psychische stoornis op jaarbasis vergeleken met Marokkaanse en Surinaamse respondenten (respectievelijk 13 procent van de Turkse respondenten tegenover 20 en 31 procent van de Marokkaanse en Surinaamse respondenten).¹⁸ Dat de uitkomsten van beide onderzoeken verschillen is een gevolg van verschillen in de gehanteerde onderzoeksmethoden. In laatstgenoemd onderzoek werd geen representatieve steekproef getrokken, maar werd 70 procent van de respondenten geworven via de sneeuwbalmethode.^b

Bron: Gezondheidsenquête Rotterdam

Allochtonen in Rotterdam lijken vaker last te hebben van een depressie dan de autochtone respondenten.⁸ Vooral Rotterdamse Turken zouden hier last van hebben (20,5 procent van de Turkse, 14,5 procent van de Marokkaanse stadgenoten, 12,4 procent van de Surinaamse en 10,7 procent van de Antilliaanse/Arubaanse, tegenover 5,9 procent van de autochtone respondenten).⁸ Wat betreft leeftijd en sekse zijn deze Rotterdamse data representatief voor de Rotterdamse doelpopulatie op regionaal niveau.

3.6 ZORGGEBRUIK BIJ PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Resumé van paragraaf 3.6

De onderzoeksgegevens die in deze paragraaf gepresenteerd worden laten zien dat allochtonen de weg naar de ambulante GGZ steeds beter weten te vinden. Er lijkt niet langer sprake van onderconsumptie van Turken en Marokkanen; in de regio Rijnmond is bijvoorbeeld het aantal Turkse GGZ-gebruikers (en dan met name jonge Turkse vrouwen) zelfs hoger dan het aantal autochtone GGZ-cliënten per 1.000 inwoners. Vooral vrouwelijke allochtonen zijn met een inhaalslag bezig. Sterkste groei in de GGZ is in de regio Rijnmond zichtbaar bij allochtone groepen die binnen de GGZ relatief het kleinst in omvang zijn: Kaapverdianen, Antillianen en Surinamers.

^b Bij deze methode wordt vooraf geen steekproef getrokken. In plaats daarvan wordt gestart met een kleine groep respondenten, waaraan vervolgens gevraagd wordt namen te noemen van anderen die mogelijk ook in aanmerking komen om deel te nemen aan het onderzoek. Aangetekend moet worden dat via de sneeuwbalsteekproef geen representatieve steekproef samengesteld kan worden.

LANDELIJK NIVEAU

Bron: De Tweede Nationale Studie (NIVEL) en POLS

Allochtonen lijken de weg naar de ambulante GGZ steeds beter te vinden. Steeds meer allochtonen komen in ambulante zorg als ze last hebben van psychische aandoeningen;¹⁹ het Riagg-bezoek door niet-westerse allochtonen is in volume en kosten de laatste jaren sterk toegenomen.¹⁹ Recente resultaten van de Tweede Nationale Studie laten zien dat Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse patiënten niet significant verschillen van autochtone patiënten in het gebruik van ambulante GGZ-voorzieningen (Tabel 3.3).²⁰

	Marokko	Nederlandse Antillen	Turkije	Suriname
Contact ambulante geestelijke gezondheidszorg	ns	ns	ns	ns

^a √=significant hogere kans; -=significant lagere kans; ns=niet significant

^b Odds ratio's zijn gecontroleerd voor leeftijd, sekse, opleiding, verzekeringsstatus, gezondheidsstatus en urbanisatiegraad.

^c referentiegroep is de autochtone bevolking

Bron: Tweede Nationale Studie²⁰

Bron: Zorgis

In Tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van de relatieve omvang van allochtone cliëntgroepen binnen de tweedelijns GGZ. Deze gegevens zijn gebaseerd op Zorgis (zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.2 voor een toelichting). Een beperking van Zorgis is dat slechts van 70 procent van alle GGZ-cliënten de culturele herkomst bekend is. De werkelijke omvang van groepen allochtone GGZ-cliënten kan dus enigszins afwijken. Belangrijkste bevinding:

- Turken, Marokkanen en Surinamers zijn binnen de totale allochtone GGZ-clientèle sterker vertegenwoordigd dan Antilliaanse cliënten.

TABEL 3.4 OMVANG GROEPEN ALLOCHTONE GGZ-CLIËNTEN IN DE TWEDELIJN, IN PROCENTEN EN TOTAAL, 2006*

	%	Totaal aantal
Turkije	13	10.932
Marokko	12	10.216
Suriname	15	12.624
Ned. Antillen (incl.Aruba)	4	3.763
Overig Europa	21	18.148
Overig Azië	22	19.192
Overig Afrika	8	6.486
Overig Amerika	4	3.721
Totaal allochtonen	100	85.747

* Het aantal GGZ-cliënten waarvan de culturele herkomst bekend is bedraagt 70 procent van het totaal aantal GGZ-cliënten.

Bron: GGZ Nederland 2007

In de leeftijdscategorie '18 tot 64 jaar' (categorie volwassenen) zijn verhoudingsgewijs meer allochtonen en autochtonen in zorg dan in de andere leeftijdscategorieën; per 1.000 autochtonen en allochtonen zijn er 3 GGZ cliënt (zie onderste rij van tabel 3.5). Dat er verhoudingsgewijs meer volwassen zorg krijgen in de tweedelijns GGZ, hangt mogelijk samen met het feit dat de meest voorkomende psychische stoornissen - zoals bijvoorbeeld een depressie - in verhouding minder vóórkomen onder jongeren en ouderen. Resultaten van de NEMESIS-studie laten bijvoorbeeld zien dat 5,7 procent van de mensen in de leeftijd van 18 tot 64 jaar het afgelopen jaar aan depressie leed.³³ Dat zijn naar schatting 934.000 mensen. Onder jongeren komt depressie in verhouding iets minder voor. Geschat wordt dat 4,5 procent het afgelopen jaar aan depressie leed.²² Bij ouderen komt depressie ook iets minder vaak voor dan bij volwassenen jonger dan 65 jaar. Geschat wordt dat 5,7 procent het afgelopen jaar leed aan depressie.²² Desalniettemin valt op dat het aantal jongeren en ouderen binnen de groep autochtone GGZ-cliënten verhoudingsgewijs groter is dan binnen de groep allochtone GGZ-cliënten; per 1.000 autochtonen zijn er in de leeftijd van 0 tot 17 jaar 3 GGZ-cliënt. Bij allochtonen ligt dit aantal lager: per 1.000 allochtonen is er in de leeftijd van 0 tot 17 jaar 1 GGZ-cliënt.

TABEL 3.5 AUTOCHTONE / ALLOCHTONE TWEEDELIJNS GGZ-CLIËNTEN NAAR LEEFTIJD, PER 1.000 VAN DE BETREFFENDE BEVOLKINGSGROEP*

	<i>autochtoon</i>	<i>allochtoon</i>
0-17 jaar	3	1
18-64 jaar	4	3
65 en ouder	2	1
Totaal	3	3

* *Het aantal GGZ-cliënten waarvan de culturele herkomst bekend is bedraagt 70 procent van het totaal aantal GGZ-cliënten.*

Bron: GGZ Nederland, 2008

In Tabel 3.6 wordt per bevolkingsgroep een gedetailleerdere verdeling naar leeftijd gegeven.

TABEL 3.6 VERDELING NAAR LEEFTIJD VAN TWEEDELIJNS GGZ-CLIËNTEN, GESPECIFICEERD NAAR HERKOMST (IN PROCENTEN)

	<i>0 - 17 jaar</i>	<i>18 - 64 jaar</i>	<i>65 en ouder</i>
Autochtoon	16	73	11
Turkije	9	90	1
Marokko	11	88	1
Suriname	14	84	3
Ned. Antillen (incl.Aruba)	18	80	2
Overig Europa	14	82	5
Overig Azie	10	83	6
Overig Afrika	17	83	1
Overig Amerika	26	73	1
Overig Oceanie	22	77	1
Totale GGZ-populatie	15	75	10

* *Het aantal GGZ-cliënten waarvan de culturele herkomst bekend is bedraagt 70 procent van het totaal aantal cliënten.*

Bron: GGZ Nederland 2007

Uit tabel 3.6 volgt dat zowel bij allochtone als autochtone tweedelijns GGZ-cliënten verhoudingsgewijs minder jongeren en ouderen in zorg zijn vergeleken met volwassenen. De relatieve omvang van de groep Antilliaanse jeugdigen is vergelijkbaar met de omvang van autochtone jongeren in de GGZ.

In Tabel 3.7 wordt een overzicht gegeven van de diagnoses bij binnenkomst in de tweedelijns GGZ, uitgesplitst naar etnische herkomst. De diagnose stemmingsstoornis wordt het vaakst gesteld. Binnen de groep Surinaamse/ Antilliaanse GGZ-cliënten wordt daarnaast verhoudingsgewijs wat vaker de diagnose 'psychotische stoornissen' gesteld (19 procent van alle diagnoses bij Surinaamse en Antilliaanse cliënten). Bij autochtone GGZ-cliënten wordt de diagnose 'stoornis in ontwikkeling of gedrag' één op de acht keer gesteld, tegenover respectievelijk één op de twintig bij Turkse/ Marokkaanse GGZ-cliënten en één op de veertien bij Surinaamse/ Antilliaanse GGZ-cliënten.

TABEL 3.7 DIAGNOSES NAAR CULTURELE HERKOMST, 2006 (IN PROCENTEN)

	<i>Autochtoon</i>	<i>Turks, Marokkaans**</i>	<i>Surinaams, Antilliaans</i>
Cognitieve, organische stoornis	5	1	1
Psychotische stoornis	8	13	19
Stemmingsstoornis	22	30	19
Angst-,stressgebonden stoornis	11	14	10
Overige stoornis	16	13	18
Persoonlijke- of gedrags- stoornis	7	4	4
Stoornis ontwikkeling of gedrag	13	5	7
Stoornis door alcohol, drugs	6	6	9
Overige neurotische stoornis	11	15	12
Totaal	100	100	100

* *Het aantal GGZ-cliënten waarvan de culturele herkomst bekend is bedraagt 70 procent van het totaal aantal cliënten.*

** *De groep Turken en Marokkanen is in de uitgave van GGZ Nederland samengevoegd.*

Bron: GGZ Nederland 2007

REGIONAAL NIVEAU

Bron: Psychiatrische casusregisters

In Nederland zijn vanaf de jaren negentig vier psychiatrische casusregisters operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Midden-Nederland en Rijnmond (zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.2 voor een beknopte beschrijving). De analyses die in deze paragraaf gepresenteerd worden hebben betrekking op gegevens afkomstig uit het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond (PCR) en zijn afkomstig van de GGZ-instellingen in deze regio (eerstelijnspsychologen, vrijgevestigde psychotherapeuten en vrijgevestigde psychiaters maken geen deel hiervan uit). PCR Rijnmond heeft als enige casusregister de toegankelijkheid van de GGZ onder allochtonen in kaart gebracht. Gegevens hierover van de andere casusregisters ontbreken. In Tabel 3.8 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van het GGZ-gebruik in de registerregio Rotterdam in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etniciteit. De resultaten hebben betrekking op het gebruik van GGZ-voorzieningen (uitgezonderd instellingen voor verslavingszorg) door autochtonen en eerste generatie volwassen allochtonen.^{23;24} Tweede generatie allochtonen zijn niet meegenomen, omdat deze gegevens niet volledig geregistreerd zijn. Ook oudere allochtonen (> 64 jaar) zijn niet meegenomen, aangezien deze groep in het verleden te gering in omvang was om een vergelijking over de tijd mogelijk te maken. Belangrijkste bevindingen:

- In de periode 1990-2004 groeide per 1.000 inwoners het GGZ-gebruik in de regio Rijnmond (109,3 procent). Sterkste groei is zichtbaar bij de groepen GGZ-cliënten die relatief het kleinst in omvang zijn binnen de GGZ (Kaapverdianen, Antillianen, Surinamers). Minst sterke groei bij cliënten afkomstig uit Marokko en Turkije en onder autochtonen. Op basis van de hier gepresenteerde cijfers is niet te zeggen welke verklaringen hieraan ten grondslag liggen.
- De omvangrijkste groepen GGZ-cliënten zijn Turken, autochtonen en Marokkanen. In 2004 is het aantal Turkse GGZ-gebruikers per 1.000 inwoners in de regio Rijnmond hoger dan het aantal autochtone, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse GGZ-gebruikers.

**TABEL 3.8 ONTWIKKELING GGZ-GEBRUIK REGIO ROTTERDAM 1990-2004:
PREVALENTIE VOLWASSEN (20 T/M 64 JAAR) PATIËNTEN PER 1.000 INWONERS,
NAAR ETNISCHE HERKOMST**

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

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond²⁴

Mannen

In Tabel 3.9 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van het GGZ-gebruik bij *mannelijke* GGZ-cliënten in de registerregio Rotterdam per 1.000 inwoners in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etnische herkomst. Belangrijkste bevindingen:

- In de periode 1990-2004 groeide het GGZ-gebruik onder mannelijke GGZ-cliënten met 104,6 procent. Sterkste groei is zichtbaar bij de groepen die relatief het kleinst in omvang zijn binnen de GGZ: Antilliaanse, Surinaamse en Kaapverdiaanse mannen. Minst sterke groei is zichtbaar bij autochtone, Marokkaanse en Turkse mannen. Op basis van de hier gepresenteerde cijfers is niet te zeggen welke verklaringen hieraan ten grondslag liggen.
- De omvangrijkste groepen mannelijke GGZ-cliënten zijn Marokkanen, autochtonen en Turken. In 2004 is het aantal mannelijke Marokkaanse GGZ-gebruikers per 1.000 inwoners in de regio Rijnmond hoger dan het aantal mannelijke autochtone en Turkse GGZ-gebruikers.

**TABEL 3.9 ONTWIKKELING GGZ-GEBRUIK REGIO ROTTERDAM 1990-2004:
PREVALENTIE VOLWASSEN MANNEN (20 T/M 64 JAAR) PATIËNTEN
PER 1.000 INWONERS, NAAR ETNISCHE HERKOMST**

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

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond²⁴

Vrouwen

In Tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van het GGZ-gebruik bij vrouwen in de registerregio Rotterdam in de periode 1990-2004, uitgesplitst naar etniciteit. Belangrijkste bevindingen:

- Het GGZ-gebruik groeide in de periode 1990-2004 onder vrouwen sterker dan onder mannen in de regio Rijnmond (112,4 versus 104,6 procent).
- Sterkste groei is zichtbaar bij vrouwen die binnen de GGZ relatief het kleinst in omvang zijn: Kaapverdiaanse, Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen, zwakste groei onder autochtone en Turkse GGZ-cliënten. Op basis van de hier gepresenteerd cijfers is niet te zeggen welke verklaringen hieraan ten grondslag liggen.
- De omvangrijkste groepen vrouwelijke GGZ-cliënten zijn: Turkse en autochtone vrouwen. De groepen die het kleinst in omvang zijn: Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. In 2004 is het aantal vrouwelijke Turkse GGZ-gebruikers per 1.000 inwoners in de regio Rijnmond zelfs hoger dan het aantal vrouwelijke autochtone GGZ-gebruikers.

**TABEL 3.10 ONTWIKKELING GGZ-GEbruik REGIO ROTTERDAM 1990-2004:
PREVALENTIE VOLWASSEN VROUWEN (20 T/M 64 JAAR) PATIËNTEN
PER 1.000 INWONERS, NAAR ETNISCHE HERKOMST**

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

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond²⁴

Leeftijd

In Tabel 3.11 wordt een overzicht gegeven van het jaaraantal mannen en vrouwen naar *leeftijd* (20-65 jaar) in de GGZ per 1.000 inwoners in 2004. Belangrijkste bevindingen:

- Jongere allochtone vrouwen zijn meer in zorg dan oudere allochtone vrouwen. Bij Turken en autochtonen zijn relatief veel jonge vrouwen in de GGZ. Oudere Marokkaanse vrouwen zijn relatief weinig in de GGZ. Bij Surinamers is er meer evenwicht in het aantal jongere en oudere vrouwelijke GGZ-cliënten.

**TABEL 3.11 AANTAL MANNEN EN VROUWEN NAAR LEEFTIJD IN DE GGZ,
PER 1.000 INWONERS IN 2004, OP JAARBASIS**

	Nederland	Turkije	Marokko	Suriname
<i>Mannen</i>				
20-44 jaar	57	51	67	46
45-64 jaar	48	49	63	39
<i>Vrouwen</i>				
20-44 jaar	89	94	61	53
45-64 jaar	60	54	34	44

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond²⁴

- Jongere mannelijke Turken, autochtonen en Marokkanen zijn iets meer in zorg dan oudere mannen. Over de gehele linie zijn de verschillen tussen ouderen en jongeren bij de mannelijke allochtonen niet erg groot.

Type behandeling

Gegevens van de Psychiatrische Casusregisters tot begin jaren negentig laten zien dat Surinaamse en Antilliaanse mannen weinig in ambulante zorg zijn, maar relatief vaak in een kliniek worden opgenomen.²³ In Tabel 3.12 wordt een overzicht gegeven van het jaaraantal volwassenen in de GGZ naar hoogste zorgniveau uit de regio Rotterdam, naar geboorteland en geslacht per 1.000 volwassen inwoners in 2004.

Belangrijkste resultaten:

Klinische/ deeltijdbehandeling

- Over de gehele linie ontvangen in de regio Rijnmond evenveel mannen als vrouwen klinische/ deeltijdbehandeling ongeacht etnische herkomst (6 per 1.000 inwoners).
- Het aantal klinische opnamen was in 2004 onder Marokkaanse mannen het hoogst (10 per 1.000 inwoners), gevolgd door Surinaamse en Antilliaanse mannen. Sinds de jaren negentig is het aantal klinische opnamen onder Surinaamse en Antilliaanse mannen sterker gegroeid dan onder autochtone mannen.

TABEL 3.12 AANTAL VOLWASSENEN IN DE GGZ NAAR HOOGSTE ZORGNIVEAU UIT DE REGIO ROTTERDAM, NAAR GEBORTELAND EN GESLACHT PER 1.000 VOLWASSEN INWONERS, 2004, OP JAARBASIS

	Nederland	Turkije	Marokko	Suriname	Neder- landse Antillen	Kaap Verdië	Overig	Totaal (over alle etnische groepen)
<i>Mannen</i>								
Klinisch en deeltijd	6	6	10	9	8	4	5	6
Ambulant	47	44	56	35	27	12	25	43
<i>Vrouwen</i>								
Klinisch en deeltijd	7	5	4	6	5	5	5	6
Ambulant	70	79	51	43	32	35	32	62

Bron: Psychiatrisch Casusregister Rijnmond²⁴

- Minder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen (minimum 4 per 1.000 inwoners - maximum 6 per 1.000 inwoners) worden opgenomen in een kliniek vergeleken met autochtone vrouwen (7 per 1.000 inwoners).

Ambulante zorg

- Over de gehele linie maken in de regio Rijnmond meer vrouwen dan mannen gebruik van ambulante zorg.
- Meer autochtone en Turkse vrouwen ontvingen in 2004 ambulante zorg dan Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdiaanse vrouwen. Meer Turkse dan autochtone vrouwen ontvangen ambulante zorg.
- In vergelijking met autochtone mannen ontvangen Surinaamse, Antilliaanse en Kaapverdiaanse mannen minder ambulante zorg.

LOKAAL NIVEAU

Bron: Amsterdamse Gezondheidsmonitor

Resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2005 laten zien dat autochtone, Turkse en Marokkaanse respondenten vaker een beroep doen op de eerstelijnszorg dan op de tweedelijnszorg bij psychische problemen in Amsterdam (Tabel 3.13). Iets minder dan de helft van de mensen met een psychische stoornis komt in contact met de eerstelijnszorg (voornamelijk de huisarts), waarbij psychische klachten aan bod komen in het consult.¹⁷ Ongeveer 1 op de 4 mensen met een psychische stoornis heeft contact met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (bij Turkse respondenten is dit percentage iets lager).

TABEL 3.13 ZORGGEBRUIK VAN MENSEN BIJ WIE IN HET AFGELOPEN HALFJAAR EEN DSM-DIAGNOSE ANGSTSTOORNISSEN EN/OF STEMMINGSSTOORNISSEN WERD VASTGESTELD, NAAR ETNICITEIT

Etniciteit	Eerstelijnszorg voor psychische klachten*		Tweedelijnszorg voor psychische klachten**		Totale zorg voor psychische klachten***	
	n	%	n	%	n	%
Nederlands (n=34)	14	42,2	9	26,5	17	51,5
Turks (n=57)	22	40,0	12	21,1	24	42,9
Marokkaans (n=20)	7	38,9	5	25,0	9	47,4
Totaal (n=111)	43	40,6	26	23,4	50	46,3

* 1^e lijnszorg: huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, 1^e lijns psycholoog, maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrische verpleegkundige (bij huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts zijn psychische klachten in het consult besproken).

** 2^e lijnszorg: GGZ, CAD en vrijevestigde psycholoog.

*** Totale zorg voor psychische klachten: 1^e en 2^e lijnszorg

n = aantal mensen in deze demografische subcategorie met een stoornis in de afgelopen 6 maanden.

Bron: Amsterdamse Gezondheidsmonitor¹⁷

3.7 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

3.7.1 BEPERKINGEN

Representativiteit

Informatie over psychische aandoeningen van allochtonen, de behandeling en de diagnose is schaars. De gegevens die hierover in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd kunnen geen volledig beeld geven. Zoals gezegd zijn betrouwbare landelijke gegevens over het vóórkomen van psychische stoornissen onder allochtonen nauwelijks beschikbaar en heeft het beschikbare onderzoek de nodige beperkingen. Daarnaast is dat het gebruik van diagnostische instrumenten bij allochtonen omstreden is vanwege validiteitsproblemen;^{25;26} zo bestaan er culturele verschillen in de perceptie van gedrag (gedrag dat in de ene cultuur als ‘afwijkend’ wordt beschouwd, hoeft dat in een andere cultuur niet te zijn) en verschillen culturen in de wijze waarop psychische problemen onder woorden worden gebracht. Beide aspecten hebben invloed op de validiteit van meetinstrumenten. Een andere beperking is dat in registratiebestanden de variabele ‘ethniciteit’ vaak onvolledig ingevuld is; in Zorgis is van 30 procent van de GGZ-cliënten de culturele herkomst niet bekend.

Vergelijkbaarheid gegevens

De te meten onderwerpen, de gehanteerde onderzoeksmethoden, de wijze van steekproeftrekking, de vraagformulering en de uitkomsten verschillen aanzienlijk tussen de onderzoeken die wij getraceerd hebben. Dat maakte het lastig om de uitkomsten van verschillende onderzoeken te vergelijken. Met deze beperkingen in het achterhoofd, worden in het onderstaande met enige voorzichtigheid een aantal ontwikkelingen geschetst.

3.7.2 BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Allochtonen rapporteren meer gezondheidsklachten en eenzaamheidsgevoelens dan autochtonen. Er zijn aanwijzingen dat bepaalde groepen allochtonen een grotere kans hebben om een psychische stoornis te ontwikkelen.

Resultaten van landelijk onderzoek naar de ervaren gezondheid laten zien dat Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen in vergelijking met autochtonen meer lichamelijke gezondheidsklachten rapporteren.³ Zij voelen zich minder gezond dan autochtonen. Vooral Turken melden meer gezondheidsklachten. Verder zouden allochtone respondenten meer eenzaamheidsgevoelens rapporteren dan autochtone respondenten. Op basis van beschikbare bevolkingcijfers zijn er aanwijzingen dat Surinamers, Antillianen en Marokkanen een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van enigerlei psychische stoornis op jaarbasis, terwijl Turken juist een kleinere kans hierop zouden hebben.⁹ Ander onderzoek laat zien dat Surinamers, Antillianen en

Marokkanen vaker aan schizofrenie lijden, terwijl dat voor Turken niet zou gelden.¹⁰⁻¹³ Diverse oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen. Verondersteld wordt dat de sociaal-economische positie van allochtonen, hun migratie-ervaringen en acculturatiestress allochtonen vatbaarder kunnen maken voor het ontwikkelen van psychische problemen.²⁸ Voor schizofrenie is in onderzoek een verband aangetoond met discriminatie, samenstelling van de buurt en ervaren identiteit: allochtonen die zichzelf niet als Turken, Marokkaanse of Surinaams zien, of negatieve gevoelens hebben over hun etnische afkomst, hebben tot vijf keer zoveel kans op schizofrenie als allochtonen die zich positief identificeren met hun etnische achtergrond.^{29;30} Voor psychische klachten in het algemeen geldt het belang van de ongunstige omstandigheden. Immers, de sociale en fysieke omstandigheden van allochtonen zijn vaak relatief ongunstig: allochtonen hebben minder vaak betaald werk, een lagere opleiding en inkomen, en wonen in oudere huizen dan autochtonen.³¹ Ook de leefstijl (voedingspatronen, sporten, overgewicht en roken) van sommige groepen is niet altijd even gunstig.⁴ De geestelijke en lichamelijke gezondheid hangen bovendien sterk met elkaar samen, zodat de vele lichamelijke klachten van allochtonen zich kunnen vertalen in psychische problemen. Daar komt bij dat allochtonen hun problemen mogelijk deels anders ervaren dan autochtonen, waarbij psychische problemen eerder worden vertaald in lichamelijke klachten. Ook zou op psychische klachten en het gebruik van de GGZ een taboe liggen.³²⁻³⁵ Omdat in sommige gemeenschappen (met name Turkse en Marokkaanse) het hebben van psychische problemen gezichtsverlies kan betekenen voor de hele familie, worden ze vaak niet onderkend. De gevonden toename in het gebruik van de GGZ suggereert echter dat hierin mogelijk een verschuiving heeft plaatsgevonden.

Allochtonen vinden steeds beter de weg naar de GGZ; Surinamers, Antillianen en vrouwelijke allochtonen zijn met een inhaalslag bezig

De afgelopen jaren is de aandacht van beleidmakers en hulpverleners gericht geweest op de verbetering van de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen.²⁴ Inmiddels lijken sommige groepen allochtonen (vooral Turken en Marokkanen) steeds beter de weg te vinden naar de (ambulante) GGZ; in 2004 is de omvang van de groep Turkse GGZ-cliënten in de regio Rijnmond per 1.000 inwoners zelfs hoger dan dat van autochtone en Marokkaanse GGZ-cliënten. Of dit verhoogde zorggebruik een gevolg is van een verhoogd vóórkomen van psychische stoornissen in deze groep is op dit moment niet duidelijk. Zoals eerder vermeld ontbreken betrouwbare landelijke bevolkingscijfers hierover in Nederland. Opvallend is verder dat Surinaamse en Antilliaanse cliënten sinds 1990 met een inhaalslag bezig zijn, al is het aandeel Surinaamse en Antilliaanse GGZ-cliënten in 2004 nog altijd lager dan het aandeel autochtone, Turkse of Marokkaanse cliënten. Allochtone vrouwen emanciperen de laatste jaren sterk wat betreft zorggebruik bij psychische problemen; hun zorggebruik nam sterker toe dan onder allochtone mannen. Wat opvalt is het gedifferentieerde zorgpatroon tussen de vier grootste groepen allochtonen in de regio

Rijnmond; zo bleken relatief meer Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse mannen per 1.000 inwoners in een kliniek opgenomen te worden dan autochtone mannen. Dit verschil in zorgpatroon hangt mogelijk samen met verschillen in de gestelde diagnoses bij binnenkomst in de GGZ; zo worden psychotische stoornissen verhoudingsgewijs vaker vastgesteld binnen de groep Surinaamse en Antilliaanse GGZ-cliënten.

Toegankelijkheid GGZ

De GGZ blijkt inmiddels goed toegankelijk te zijn voor de volgende groepen allochtonen:

- *Turken (en dan met name jonge Turkse vrouwen in de leeftijd van 20-44 jaar)*: Jonge Turkse vrouwen zijn autochtone vrouwen voorbij gestreefd in het (ambulante) GGZ-gebruik.
- *Marokkanen*: jonge (20-44 jaar) en oudere (45-64 jaar) Marokkaanse mannen maken meer gebruik van de ambulante en de klinische GGZ dan autochtone, Turkse en Surinaamse mannen.
- *Jeugdige Antillianen*. De omvang van deze groep is vergelijkbaar met de omvang van autochtone jongeren in de GGZ, zo blijkt uit gegevens van GGZ Nederland (Zorgis).

De volgende groepen zijn verhoudingsgewijs minder in zorg bij de GGZ:

- *Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen*. Surinamers en Antillianen zijn weliswaar sinds 1990 met een inhaalslag bezig, maar hun aandeel is anno 2004 nog steeds lager dan dat van autochtonen, Turken en Marokkanen.
- *(Oudere) Marokkaanse vrouwen*. Marokkaanse vrouwen zijn sinds 1990 met een inhaalslag bezig en zij maken steeds intensiever gebruik van de (ambulante) GGZ, maar het GGZ-gebruik van vooral oudere Marokkaanse vrouwen is over de gehele linie aanzienlijk lager dan dat van autochtone en Turkse vrouwen.
- *Oudere en jongere allochtonen (met uitzondering van bovengenoemde groepen)*. Verhoudingsgewijs zijn jongeren (<17 jaar) en ouderen (> 64 jaar) binnen de groep allochtone GGZ-cliënten minder in zorg dan volwassen allochtonen (18-64 jaar).

3.7.3 WITTE VLEKKEN

Op basis van deze inventarisatie blijven nog veel vragen onbeantwoord. Het is vooral wachten op het eerste landelijke bevolkingsonderzoek naar psychische stoornissen onder allochtonen. Dit onderzoek zou zich onder andere moeten richten op de volgende vragen:

1. Hoe vaak komen psychische stoornissen voor onder de allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen)?
2. Hoe ziet het verband tussen culturele identiteit en psychische stoornissen eruit?
3. Wat zijn risicofactoren op het ontwikkelen van psychische stoornissen onder allochtonen (niveau van acculturatie, Nederlandse taalbeheersing, verblijfsduur etc.)?
4. In hoeverre kunnen bestaande diagnostische instrumenten valide en betrouwbaar psychische stoornissen in kaart brengen onder allochtonen?

REFERENTIES

1. Stronks, K., Ravelli, A.C.J., Reijneveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10): 701-707.
2. RIVM, NIVEL (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/ NIVEL. <http://www.nivel.nl/nationalestudie/>
3. Van Lindert, H., Droomers, M., Wester, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht: NIVEL/RIVM.
4. Van Dijken-Hartemink, S., Cherrat, E.G. (2003). *Turken, Marokkanen en Antillianen/ Arubanen: gezond en wel? Gezondheids- en welzijnsenquête 2002/3 Flevoland*. Lelystad: Hulpverleningsdienst Flevoland; Axion.
5. De Bruijne, L., Haks, K., Quak, S., van Ameijden, E. (2005). *Allochtonen in Utrecht: onderzoek naar etnische gezondheidsverschillen en trends daarin*. Utrecht: GG & GD Utrecht.
6. Kuilman, M., Schouten, G. (2007). *Gezondheidsenquête 2005: onderzoeksmethodiek en gezondheid in relatie tot achtergrondkenmerken: een naslagwerk*. Rotterdam: GGD Rotterdam Rijnmond.
7. Tjihuis, M.A.R. (2002). Zijn er sociaal-demografische verschillen? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl>
8. Reelick, F., Wierdsma, A., van Dijk, A. (2006). Psychische problematiek en zorggebruik van Surinaamse Nederlanders. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84(4): 209-214.
9. De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., Schoemaker, C., Beekman, A., Vollebergh, W. (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit: resultaten van Nemesis. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(7/8): 703-716.
10. Selten, J.P., Sijben, N. (1994). First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands: the Dutch register. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(April): 71-77.
11. Selten, J.P., Slaets, J., Kahn, R.S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27(4): 807-811.
12. Schrier, A.C., Selten, J.P., van de Wetering, B.J.M., Mulder, P.G.H. (1996). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam. *Schizophrenia Research*, 18(2): 103-104.
13. Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., Blom, J.D., Schols, D., Camoenië, W., Oolders, J., Van der Velden, M., Hoek, H.W., Rivero, V.M., Van der Graaf, Y., Kahn, R. (2001). Incidence

- of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178(April): 367-372.
14. Schrier, A.C., van de Wetering, B.J., Mulder, P.G., Selten, J.P. (2001). Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *European Psychiatry*, 16(3): 162-166.
 15. Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J.P., Selten, J.P., Hoek, H.W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165(1): 66-73.
 16. Veling, W., Selten, J.P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J.P., Hoek, H.W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36(4): 761-768.
 17. De Wit, M., Tuinebreijer, W.C., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Gorissen, W.H.M., Penninx, B.W., Komproe, I.H., Mesu, P.S., Verhoeff, A.P. (2006). *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in vóórkomen en zorggebruik naar etniciteit*. Amsterdamse Gezondheidsmonitor. Amsterdam: GGD Amsterdam.
 18. Kamperman, A.M., Komproe, I.H., de Jong, J.T.V.M. (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse immigranten. *Gedrag en gezondheid : tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 31(3): 163-174.
 19. Kunst, A.E., Meerding, W.J., Varenik, N., Polder, J.J., Mackenbach, J.P. (2007). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003: een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst*. Rotterdam/Bilthoven: Erasmus MC; RIVM.
 20. Uiters, E., Devillé, W.L., Foets, M., Groenewegen, P.P. (2006). Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*, 16(4): 388-393.
 21. GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg: update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
 22. Schoemaker, C., Poos, M.J.J.C., Spijker, J. (2005). Hoe vaak komt depressie voor? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning: Nationaal Kompas Volksgesondheid*, Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl>
 23. Wierdsma, A., Uniken Venema, H.P. (1996). GGz-gebruik door migranten in Rotterdam e.o.: prevalentie, incidentie, en zorgpatronen naar sociaal-economische positie. In: R. Giel, F. Sturmans (red.). *Psychiatrische casusregisters in Nederland*, p. 143-153. Groningen: Universiteitsdrukkerij.
 24. Dieperink, C., van Dijk, R., De Vries, S. (2007). Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62(9): 710-720.
 25. Smits, C.H., De Vries, W.M., Beekman, A.T. (2005). The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: an exploratory study into equivalence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5): 436-445.

26. Van 't Land, H. (2000). *Similar questions; different meanings: differences in the meaning of constructs for Dutch and Moroccan respondents: effects of the ethnicity of the interviewer and language of the interview among first and second generation Moroccan respondents*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
27. Spijker, J., van der Wurff, F.B., Poort, E.C., Smits, C.H., Verhoeff, A.P., Beekman, A.T. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6): 538-544.
28. Van Bekkum, D., Van den Ende, M., Heezen, S., Hijmans van den Bergh, A. (1996). Migratie als transitie: de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: J. De Jong, M. Van den Berg (red.). *Transculturele psychiatrie en psychotherapie: handboek voor hulpverlening en beleid*, Lisse: Swets & Zeitlinger.
29. Veling, W., Selten, J.P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J.P., Hoek, H.W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36(4): 761-768.
30. Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J.P., Selten, J.P., Hoek, H.W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165(1): 66-73.
31. Haks, K., De Bruijne, L.M., Quak, S., van Ameijden, E. (2007). Veranderingen in etnische gezondheidsverschillen in de stad Utrecht in de periode 1995-2003. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85(1): 16-22.
32. Smits, C., De Vries, W. (2003). Een som van misverstanden: de GGZ en psychische klachten van oudere Turken en Marokkanen. *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*, 15(6): 10-13.
33. De Vries, W.M., Smits, C.H.M. (2005). Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal: de beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 36(5): 194-202.
34. Smits, C.H.M., Seeleman, M.C., Van Buren, L.P. (2006). Psychische gezondheid bij oudere Chinese migranten: een onderzoeksverkenning. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84(2): 67-75.
35. Rabbae, N., Smits, C. (2007). *Informatiebehoeften van Turkse en Marokkaanse Nederlanders rondom de behandeling van depressie: naar een internetkeuzehulp*. Utrecht: Trimbos-instituut.

E-MENTAL HEALTH: GEBRUIK, TOEGANG EN EFFECTIVITEIT VAN HET AANBOD

J. Grolleman
K. Mutsaers
H. van 't Land

4 E-MENTAL HEALTH: GEBRUIK, TOEGANG EN EFFECTIVITEIT VAN HET AANBOD

4.1 INLEIDING

De samenleving heeft zich in snel tempo gedigitaliseerd. Nederlanders maken veelvuldig gebruik van internet: 13 miljoen Nederlanders (83 procent van de bevolking) hebben toegang tot internet en 11 miljoen maakten hier in 2006 actief gebruik van.¹⁻³ Onderzoek laat zien dat vrijwel alle gezinnen in Nederland beschikken over minimaal één computer en dat ruim de helft van de jongeren (13-18 jaar) een eigen pc met internet op zijn kamer heeft.⁴ In 2005 zocht driekwart van de internetgebruikers online informatie over gezondheid of zorg. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat driekwart van alle internetgebruikers graag via e-mail of internet de huisarts zou willen raadplegen.^{5,6} Gebruikers participeren steeds meer in de mogelijkheden die de virtuele wereld biedt en leveren zelf hun bijdrage op communities, weblogs en in online games. De laatste jaren heeft in toenemende mate een verschuiving plaatsgevonden naar online dienstverlening. Ook op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg wordt het internet als medium verkend; er zijn diverse ontwikkelingen gaande op het gebied van preventie, behandeling en (na)zorg via internet. De overkoepelende term voor het gebruik van ICT en dan met name internettechnologie ter ondersteuning van de gezondheid en de gezondheidszorg, wordt *e-health* genoemd.^{7,8} Een meer specifieke aanduiding voor de toepassing van e-health in de geestelijke gezondheidszorg is *e-mental health*.^{9,10} Analooq aan de reguliere GGZ, kan ook op het terrein van e-mental health onderscheid worden gemaakt tussen preventie, behandeling en zorg. Elk van deze deelgebieden wordt op dit moment in de praktijk via internet verkend:

- Preventie via internet vindt plaats in de vorm van online informatie en advies en zelfhulpprogramma's met en zonder (minimale) begeleiding door een hulpverlener.
- Onder behandelinterventies via het internet wordt online contact tussen cliënt en behandelaar verstaan, waarbij sprake is van een behandelovereenkomst. De hulpverlener voldoet hierbij aan de kwaliteitsrichtlijnen die vanuit de BIG wetgeving worden gesteld. Een voorbeeld hiervan is de aanbieder *Interapy*, waarbij een psycholoog een cliënt individueel, langdurig begeleidt via webbased mail.
- Voor mensen met chronische of langdurige psychische aandoeningen wordt het internet momenteel ingezet voor bijvoorbeeld conditiemanagement, zelfmanagement en (nog spaarzaam) rehabilitatie.

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in het gebruik, het bereik en het aanbod van e-mental health beschreven. Omdat de kwaliteit en de effectiviteit van het e-mental health aanbod momenteel onderwerp van onderzoek is, wordt in dit hoofdstuk daarnaast aandacht besteed aan de eerste resultaten van (kosten)effectiviteitsstudies. Feiten en cijfers worden op een rij gezet over de volgende onderwerpen:

Aanbod en doelgroep e-mental health interventies

- Aanbod van e-mental health interventies
- Doelgroep van e-mental health interventies
- Financiering van e-mental health interventies

Zorgproces

- Aanmeldprocedure van e-mental health interventies
- Wachtijd voor e-mental health interventies
- Behoeft aan e-mental health interventies
- Gebruik en bereikcijfers van e-mental health interventies
- Drop-out bij e-mental health interventies
- Behandelduur van e-mental health interventies

Kwaliteit e-mental health interventies:

- Effectiviteit van e-mental health interventies

De focus in dit hoofdstuk ligt op het e-mental health aanbod van drie stoornissen: depressie, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid. Deze drie stoornissen veroorzaken in Nederland de hoogste ziektelast (DALY's).¹¹ Daarnaast is een categorie 'psychische klachten allerlei' opgenomen. Tot deze categorie worden interventies gerekend die niet één psychisch probleem maar een breed spectrum aan problemen centraal stellen, waaronder angst, depressie en alcoholafhankelijkheid.

4.2 BRONNEN

In Nederland is een beperkte hoeveelheid databronnen beschikbaar die informatie verschaft over bovenstaande onderwerpen. De *Programmeringstudie E-mental Health*¹ vormt op dit moment de belangrijkste bron. In dit rapport zijn diverse bronnen opgenomen:

- De notitie '*Inventarisatie e-health in de GGZ*'^{6,12}
- De internationale overzichtsstudie '*Hands-on help: computer-aided psychotherapy*'¹³
- Diverse nationale en internationale studies en reviews (zie literatuurlijst)
- Overige bronnen (literatuuronderzoek, surveys, interviews, praktijkinventarisaties en focusgroup-interviews)

4.3 AANBOD EN DOELGROEP

4.3.1 PREVENTIE EN BEHANDELINGEN

In Tabel 4.1 wordt het aanbod van e-mental health interventies in Nederland gepresenteerd tot eind 2006. De volgende websites zijn in dit overzicht buiten beschouwing gelaten:

- Informatieve websites
- Websites die niet gelieerd zijn aan een professionele organisatie
- Websites die informatie bieden over psychische gezondheid
- Platforms waar patiënten met elkaar kennis en ervaringen uitwisselen. Meer informatie over patiëntencommunities kan gevonden worden in de notities 'Patiëntencommunities op het web' en 'Online Gezondheidsinformatie en Lotgenotencontact'^{14;15}
- Websites die ingezet worden ter ondersteuning van de reguliere GGZ^a

Uit Tabel 4.1 valt af te leiden dat er eind 2006 in Nederland 65 e-mental health interventies zijn. Aanbieders zijn: 1. Regionale GGZ/IVZ + consortia (66 procent van het aanbod); 2. Vrijgevestigden, nieuwkomers en zorgverzekeraars (25 procent van het aanbod); 3. Landelijke Stichtingen, universiteiten (9 procent van het aanbod). In bijlage 1 wordt per online interventie een uitgebreid overzicht gegeven van:

- De aanbieder
- Het webadres
- Het segment (preventie of behandeling)
- De doelgroep
- De kosten voor deelname

Drie vormen van preventie worden onderscheiden (universele, selectieve en geïndiceerde preventie) (Tabel 4.1). Universele preventie richt zich met voorlichting op het algemene publiek. Deze zijn in onderstaande tabel buiten beschouwing gelaten. Bij selectieve preventie bestaat de doelgroep uit mensen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een specifieke psychische aandoening. Geïndiceerde preventie wordt aangeboden aan mensen met beginnende klachten, maar die (nog) geen stoornis hebben ontwikkeld, afgemeten aan de diagnostische criteria van de DSM-IV. De cijfers in Tabel 4.1 zijn afkomstig uit de *Programmeringsstudie E-mental Health*.⁶

^a Adviesbureau Cap Gemini voerde een onderzoek uit naar de wijze waarop GGZ-instellingen het internet gebruiken ten bate van hun procesondersteuning.¹⁶ Uit dit onderzoek kwam naar voren dat slechts 8 procent van de instellingen de mogelijkheid biedt om een afspraak te maken via hun website en dat 10 procent een forum heeft voor communicatie tussen zorgverleners en cliënten. Geen instelling biedt patiënten de mogelijkheid om via internet toegang te krijgen tot hun patiëntendossier.

TABEL 4.1 OVERZICHT E-MENTAL HEALTH INTERVENTIES EIND 2006⁶

Stoornis	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Behandeling	E-consult	(Na)zorg	Totaal
Depressie	6	6	2	-	-	14
Angstklachten	-	1	5	-	-	6
Psychische klachten allerlei	13	4	-	9	1	27
Alcoholgebruik	10	2	4	-	-	18
Totaal	29	13	11	9	1	65

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Preventie en behandeling

- Ongeveer tweederde van de e-mental health interventies richt zich eind 2006 op preventie, eenderde op behandeling en e-consult.
- Van de preventieve interventies richt tweederde zich op selectieve preventie.

Depressie

- Vrijwel alle interventies bij depressie zijn gericht op preventie. Slechts twee interventies betreffen een online behandeling. De preventieve interventies zijn voornamelijk gratis en anoniem (situatie eind 2006). Bij het selectieve preventieaanbod is er sprake van zelftesten, vraag en antwoorddiensten en discussiefora. Bij de geïndiceerde preventie is er sprake van meer geprotocolleerde zelfhulp, eventueel met hulpverlenerscontact; een voorbeeld hiervan is de internetcursus 'kleurjeven.nl'.
- De behandelinterventies voor depressie worden aangeboden door een regulier consortium van GGZ aanbieders. Dit aanbod kan niet anoniem worden doorlopen. De kosten van de online behandeling wordt in veel gevallen vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet, op voorwaarde dat de behandeling op indicatiestelling wordt uitgevoerd.
- Nazorginterventies voor depressie zijn momenteel in ontwikkeling en nog niet opgenomen in de tabel.

Angstklachten

- Voor angstklachten is eind 2006 vrijwel geen preventief e-mental health aanbod beschikbaar. Aanbod op dit vlak wordt momenteel in pilotvorm beschikbaar gesteld. Eind 2006 is er één preventieve interventie in ontwikkeling, genaamd 'geenpaniekonline.nl'.
- De behandelinterventies voor angstklachten worden aangeboden door een regulier consortium van GGZ aanbieders en ANNAzorg. Het gaat hier om behandelingen voor sociale fobie, PTSS en paniekstoornis.
- Eind 2006 zijn er geen nazorginterventies voor angstklachten gevonden.

Problematisch alcoholgebruik

- Het aanbod gericht op problematisch alcoholgebruik is eind 2006 breed; er zijn 14 interventies gericht op preventie en 4 op behandeling. De interventie 'minderdrinken.nl' is voornamelijk de enige bewezen effectieve geïndiceerde preventieve interventie.
- De behandelinterventies gericht op problematisch alcoholgebruik worden aangeboden door instellingen voor verslavingszorg (Jellinek, De Brijder, Tactus en de landelijke aanbieder ANNAzorg). Ze kunnen voornamelijk kosteloos worden doorlopen.
- Er zijn geen specifieke nazorginterventies gericht op problematisch alcoholgebruik. Nazorg maakt vaak deel uit van de behandelinterventies.

Psychische klachten allerlei

- Er zijn eind 2006 27 interventies gericht op 'psychische klachten allerlei', aangeboden door 26 verschillende aanbieders. Het aanbod bestaat voor een groot deel uit preventie, met name selectieve preventie. De interventies zijn voornamelijk anoniem en gratis. Een voorbeeld is de interventie 'kopstoring.nl' voor jongeren van ouders met psychische klachten; het gaat hierbij om hulpgroepen via chat en ondersteuning via e-mail.
- In totaal 9 e-consultatie sites zijn gevonden, waar een vrijgevestigde professional via e-mail of chat behandeling of advies aanbiedt. E-consultatie is niet anoniem en vereist een bijdrage van de cliënt variërend van 5 tot 50 euro per advies.

4.3.2 DOELGROEP

Leeftijd

In Tabel 4.2 wordt het beschikbare e-mental health aanbod (preventie en behandeling) in Nederland uitgesplitst naar verschillende leeftijdscategorieën. De cijfers in deze tabel zijn afkomstig uit de *Programmeringsstudie E-mental Health* en hebben betrekking op de situatie tot eind 2006.

TABEL 4.2 DOELGROEP INTERVENTIES NAAR LEEFTIJD⁶

Doelgroepen naar leeftijd	Depressie	Angst	Alcohol	Psych. klachten allerlei	Totaal
Jongeren en/of jongvolwassenen (12-25)	4	-	4	5	13
Jongeren (12+) en ouder	1	-	9	7	17
Jongvolwassenen en ouder (16+, 18+ en 50+)	9	6	5	15	35
Totaal	14	6	18	27	65

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Belangrijkste bevindingen:⁶

- Iets meer dan de helft van alle 65 e-mental health interventies richt zich op mensen ouder dan 16 jaar (16+, 18+ en 50+). Eén interventie is specifiek bestemd voor de doelgroep 50+. Het gaat hier om de interventie ‘Kleur je leven’ voor mensen met depressieve klachten (55 jaar en ouder).
- Een vijfde deel van de interventies richt zich specifiek op jongeren en jong volwassenen (12 tot 25 jaar).
- Een kwart van alle interventies richt zich op de doelgroep ouder dan 12 jaar.
- E-mental health interventies gericht op angstklachten bestemd voor jongeren en adolescenten ontbreken.

Voor lang niet alle groepen met psychische problemen zijn online interventies geschikt:¹⁷

- *Cliënten met ernstige stoornissen, zoals een psychose en schizofrenie*. De American Psychiatric Association raadt e-mental health af bij mensen bij wie de realiteitszin verstoord is of bij mensen met sterke cognitieve beperkingen.¹⁷ Zo laat online behandelaar *Interapy* geen mensen toe die last hebben van psychotische en/of dissociatieve klachten. Ook mensen die anti-psychotica gebruiken, bovenmatig alcohol en/of drugs gebruiken, suïcidaal zijn of in een crisissituatie verkeren kunnen niet aan een online behandeling van *Interapy* deelnemen.
- *Situaties waarbij cliënten een gevaar kunnen vormen voor zichzelf (suicide) of voor anderen*. De American Psychiatric Association raadt e-mental health af als er sprake is van een crisissituatie bij cliënten. Mensen nemen immers vaak anoniem deel aan e-mental health interventies en kunnen derhalve niet gemakkelijk getraceerd worden als er sprake is van een crisissituatie.¹⁸ Desalniettemin wordt momenteel de toepasbaarheid van e-mental health onder deze groepen wel onderzocht. Zo

werd in 2007 een subsidie toegekend om een online zelfhulpinterventie voor mensen met suïcidale neigingen te ontwikkelen en in een gerandomiseerde trial op effectiviteit te toetsen.¹⁹ Een ander voorbeeld is '113Online'. Deze site moet op 1 januari 2009 van start gaan. De site biedt eerste hulp aan mensen die wanhopig zijn en overwegen een eind aan hun leven te maken. Bezoekers kunnen als zij dat willen anoniem blijven. De hulp omvat online en telefonische crisiscounseling, oplossingsgerichte chattherapie, zelfhulp en levensbeschouwelijke reflectie. Op internationaal niveau zijn vergelijkbare ontwikkelingen gaande. Zo is aan de universiteit van Tel Aviv in Israël een online interventie genaamd 'SAHAR' ontwikkeld.²⁰ SAHAR biedt mensen in een crisissituatie (waaronder suïcidaliteit) informatie, een lotgenoten forum en persoonlijke ondersteuning van hulpverleners via chat en e-mail.

- *Ongeletterde mensen, mensen met licht verstandelijke beperking of mensen die weinig tot geen ervaring hebben met het gebruik van computers en internet.*^{17;18} Er is een (kleine) groep mensen die geen toegang heeft tot het internet of die last heeft van technofobie (angst voor technologie). Verder lijkt het gebruik van computers minder geschikt voor de groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVG), al zijn er recentelijk initiatieven gestart om e-mental health ook voor deze groep toegankelijk te maken.

Allochtonen en mensen met een lage SES

Het e-mental health aanbod specifiek gericht op allochtonen is nog beperkt. Er is één interventie die zich specifiek richt op allochtonen: 'depri-en-dan.nl', aangeboden door AMC de Meren. Via deze website wordt preventie geboden aan Marokkaanse meisjes met psychosociale klachten. De website bestaat uit een zelftest, vraag en antwoordmogelijkheid via e-mail en lotgenotencontact via een forum en chat. Vooralsnog is het bereik van algemene e-mental health interventies laag onder allochtonen en mensen met een lage SES, ondanks de hoge penetratiegraad van het internetgebruik onder deze groepen.⁶ Mogelijk is het aanbod onvoldoende op maat gesneden of is de bekendheid met e-mental health interventies gering.

4.3.3 FINANCIERING

Over de financiering van het e-mental health aanbod bestaan nog onduidelijkheden.⁶ Aanbieders vragen zich af welk aanbod uiteindelijk tot de verzekerde zorg gaat behoren. Verzekeraars willen weten welk aanbod zij wel of niet kunnen financieren en cliënten willen duidelijkheid over de vraag welke interventies via hun ziektekostenverzekering vergoed worden. De onduidelijke financiële structuur maakt de continuïteit van het aanbod onzeker. Op dit moment wordt voor tweederde van het e-mental health aanbod geen kosten in rekening gebracht bij cliënten; het gaat hierbij met name om preventieve e-mental health interventies. Onzekerheden in de wijze waarop het e-mental

health aanbod in de toekomst gefinancierd zal worden, worden mede veroorzaakt door de algemene stelselwijziging in de zorg. Per 1 januari 2007 werd de collectieve preventie vanuit de AWBZ overgeheveld naar de WMO en met ingang van 1 januari 2008 werd de geneeskundige ambulante GGZ (en de intramurale GGZ korter dan 1 jaar) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en in het basispakket opgenomen. Uitgangspunt is dat het curatieve GGZ-budget neutraal naar deze nieuwe wet overgeheveld wordt. In het verlengde hiervan zou dan gelden dat het curatieve e-mental health aanbod verzekerde zorg blijft, mits het aanbod aan de gestelde kwaliteitseisen en indicatie-eisen voldoet.¹ Echter, de wijze van financieren van het e-mental health aanbod is op dit moment nog niet uitgekristalliseerd. Op dit moment bemoeilijkt een aantal zaken structurele financiering, zoals de beperkte kwaliteitstoetsing van het e-mental health aanbod en de mogelijkheid om anoniem deel te nemen aan online behandelinterventies.⁶

4.4 ZORGPROCES

In deze paragraaf worden de volgende thema's belicht:

- Aanmeldprocedure van e-mental health interventies
- Wachtijd voor e-mental health interventies
- Behoeftte aan e-mental health interventies
- Gebruik en bereikcijfers van e-mental health interventies
- Drop-out van e-mental health interventies
- Gemiddelde behandelduur van e-mental health interventies

4.4.1 AANMELDPROCEDURE

Aanmeldprocedure voor online preventieve interventies

Deelnemers kunnen op allerlei manieren bij de interventie terecht komen, bijvoorbeeld via een zoekmachine, een folder, poster van de interventie, via GGZ websites en wervingskanalen of op advies van de huisarts. Onderscheid wordt gemaakt in interventies met en zonder selectieprocedure aan de 'digitale' poort:

- *Zelfhulpinterventie zonder selectieprocedure.* Bij een interventie als 'minderdrinken.nl' kan iedereen zich aanmelden en vervolgens de zelfhulpmodule zelfstandig doorlopen ('www.minderdrinken.nl').
- *Zelfhulp met selectieprocedure.* Voorbeeld hiervan is 'kleurjeleven.nl'. Aanmelding vindt plaats via het invullen van een vragenlijst. Op basis hiervan wordt bepaald of de cursus geschikt is. Is dat niet het geval, dan wordt geadviseerd over beter passende hulp. De meeste preventieve interventies werken met een selectieprocedure.

Aanmeldprocedure voor online behandelinterventies

Aanmelding vindt plaats via een doorverwijzing van een huisarts of bedrijfsarts. Cliënten komen op de website, bepalen daar welke behandeling zij nodig denken te hebben en melden zich daarna zelf aan voor het betreffende behandelprogramma. Na aanmelding volgt een screening en eventueel een intakegesprek met een psycholoog (zie bijvoorbeeld: 'annazorg.nl'). Op basis van een screening wordt bepaald of mensen in aanmerking komen voor het behandelprogramma. Is dat het geval, dan wordt een persoonlijke behandelaar toegewezen en kan de behandeling beginnen. Is dat niet het geval, dan wordt indien gewenst hulp geboden bij het zoeken naar een alternatief (zie bijvoorbeeld 'www.annazorg.nl' en 'www.pratenonline.nl').

4.4.2 GEMIDDELDE WACHTTIJD

Feiten en cijfers over de gemiddelde wachttijden voor e-mental health interventies zijn voor zover ons bekend niet beschikbaar. Bij onbegeleide zelfhulpprogramma's is er in principe sprake van vrije en directe toegang. De cliënt kan autonoom werken en er is geen inzet van behandelaren nodig. Minimale wachttijd kan zich voordoen als de aanbieder van de interventie gebruik maakt van een screening en op basis hiervan toegang verleent (zie bijvoorbeeld: depri-en-dan.nl'). Bij behandelinterventies kunnen wachttijden zich soms voordoen; zo werd de site 'alcoholdebaas.nl' tijdelijk gesloten wegens grote vraag.²¹

4.4.3 BEHOEFTE AAN E-MENTAL HEALTH

In opdracht van het Trimbos-instituut voerde TNS-NIPO in 2007 een onderzoek uit naar e-mental health onder de algemene bevolking.²² In dit onderzoek werd gevonden dat e-mental health in twee belangrijke behoeften voorziet: 1) de wens om anoniem te blijven als hulp gezocht wordt en 2) de behoefte om de behandeling zélf vorm te kunnen geven.^{9;18;23;24}

- *Anonimiteit van het aanbod.* Anonimiteit maakt het e-mental health aanbod laagdrempelig. Het stelt mensen in staat om hun psychische problemen of alcoholproblemen voor hun omgeving geheim te houden (41,8 procent noemt dit als belangrijkste voordeel van een online interventie). Ook wordt anonimiteit van belang geacht uit schaamte voor de psychische problemen (35 procent) of omdat het moeilijk gevonden wordt om psychische problemen met een hulpverlener te bespreken (31 procent). Persoonlijke problemen hoeven niet langer met een vreemdeling besproken te worden, maar worden aan de computer toevertrouwd (en computers kunnen geen afkeuring tonen).

- *Zélf bepalen tijdstip.* E-mental health stelt cliënten in staat hun eigen behandeling vorm te geven; zij kunnen de interventie thuis, in hun eigen tempo volgen. Het aanbod is 24 uur per dag beschikbaar. In onderzoek werden de volgende voordelen van online interventies genoemd:
 - De mogelijkheid om de dag en het tijdstip waarop hulp gezocht wordt zélf te kunnen bepalen
 - Snel te kunnen starten
 - De mogelijkheid om vanuit huis hulp te krijgen
 - Besparing van tijd en moeite; er hoeft niet heen en weer gereisd te worden van en naar een therapeut

Voor bepaalde groepen zou de stap naar de reguliere hulpverlening wel eens te hoog kunnen zijn en zou e-mental health een uitkomst kunnen bieden, bijvoorbeeld voor:⁶

- Mensen met schaamtegevoelens
- Mensen met angst voor stigma of privacyschending
- Mensen met vooroordelen over therapeuten
- Mensen die niet met een therapeut/hulpverlener over persoonlijke problemen wil praten
- Mensen met mobiliteitsproblemen
- Mensen die in afgelegen gebieden wonen
- Mensen met lichamelijke beperkingen, zoals doven en slechthorenden¹⁸
- Mensen met weinig vrije tijd

4.4.4 GEBRUIK EN BEREIKCIJFERS

E-mental health interventies worden momenteel vooral gebruikt door:^{6;14;22;31;32}

- *Hogeropgeleiden.* De bekendheid van het online hulpaanbod is groter onder hoger- dan onder lageropgeleiden, zo blijkt uit recent onderzoek van TNS-NIPO (respectievelijk 56,1 procent tegenover 21,8 procent). Ook werd gevonden dat hogeropgeleiden eerder het inschakelen van online hulp overwegen, als zij te maken krijgen met psychische problemen dan lageropgeleiden (respectievelijk 66 procent tegenover 38 procent).²²
- *Vrouwen.* De bereikgegevens van 'gripopjedip.nl' laten zien dat het merendeel van de bezoekers (81,5 procent) vrouw is en jongens (en ook lageropgeleiden) ondervertegenwoordigd zijn.^{6;27} Bij een mailservice gekoppeld aan 'gripopjedip.nl' (dipdeskundige) werd dezelfde verhouding gevonden (84 procent was vrouw tegenover 16 procent man).²⁸ Dat meer vrouwen dan mannen e-mental health interventies gebruiken hangt mogelijk samen met het feit dat vrouwen eerder dan mannen geneigd om professionele hulp te zoeken bij psychische problemen.^{25;26}

- *Autochtonen.* Zoals eerder vermeld is het bereik van e-mental health interventies onder allochtonen en mensen met een lage SES laag vergeleken met autochtonen, ondanks de hoge penetratiegraad van het internetgebruik onder allochtonen.⁶ Mogelijk is het aanbod onvoldoende op maat gesneden of is de bekendheid met e-mental health interventies gering.

Nieuwe groepen cliënten

Online interventies bereiken nieuwe doelgroepen die tot nu toe buiten het bereik van de GGZ zijn gebleven.⁶ Onderzoek naar 'Minderdrinken.nl' laat zien dat het merendeel van de gebruikers nooit eerder professionele hulp ontving voor alcoholgerelateerde problemen of in de voorafgaande twaalf maanden een behoefte aan professionele hulp had (88 procent).⁶ Driekwart van de deelnemers van de site 'alcoholdebaas.nl' (TACTUS) bleek nog niet eerder in behandeling te zijn geweest voor alcoholproblemen; het merendeel van de cliënten bestond uit nieuwkomers die geen lange verslavingscarrière achter de rug hadden. Via de website worden opvallend meer vrouwen en hogeropgeleiden bereikt dan via het beschikbare face-to-face aanbod. Daarnaast bereikt de website ook meer vijftigers en mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt dan via het beschikbare face-to-face aanbod.^{21;29;30}

E-mental health: potentie onder jongeren

Verwacht wordt dat e-mental health in de toekomst een belangrijke rol zal spelen onder jongeren. In onderzoek is gevonden dat jongeren eerder geneigd zijn om gebruik te maken van het e-mental health aanbod dan ouderen; zo zou 63 procent in de leeftijdsgroep van 18 tot 34 jaar overwegen om online hulp in te schakelen bij psychische klachten, tegenover 37 procent van de 55+-ers.^{22;35} De anonimiteit van het online aanbod zou volgens onderzoek openheid bij jongeren in de hand werken.²⁷ Uit ander onderzoek blijkt dat jongeren minder snel geneigd zijn om zélf hulp te zoeken bij GGZ-instellingen.³¹⁻³⁴ De praktijk leert dat selectieve en geïndiceerde preventieve groepscursussen (zoals de KOPP-groepen voor kinderen van ouders met psychische problemen en 'Grip op je Dip') moeite hebben om jongeren te werven.³⁶

Bereikcijfers preventieve interventies

Over het bereik van preventieve e-mental health interventies is nog niet veel bekend. Dit hangt met een aantal factoren samen:⁶

- Aanbieders van interventies rapporteren niet systematisch over bereikcijfers
- Bereikgegevens zijn vaak uitsluitend voor interne doeleinden bestemd
- Er is geen uniforme standaard ontwikkeld voor het rapporteren van bereikcijfers
- Er wordt niet altijd onderscheid gemaakt tussen unieke site bezoekers en bezoekers die daadwerkelijk aan een interventie deelnemen

Rekening houdend met bovengenoemde factoren, wordt in Tabel 4.3 een overzicht gegeven van de beschikbare bereikcijfers van e-mental health interventies.⁶ De cijfers in deze tabel zijn afkomstig uit de *Programmeringsstudie E-mental Health* en hebben betrekking op de situatie tot eind 2006. De cijfers zijn verzameld in een survey-onderzoek onder aanbieders van e-mental health interventies en zijn gebaseerd op zelfrapportage. Opgemerkt moet worden dat er sprake is van een grote variëteit in de wijze van registratie door aanbieders en in de wijze van rapporteren van het bereik. In de tabel wordt onderscheid gemaakt in unieke site-bezoekers (een herhalingsbezoek wordt niet meegeteld) en gecumuleerd site-bezoek (elke bezoek aan een site wordt geteld). Tevens wordt onderscheid gemaakt tussen sitebezoek en feitelijke deelname aan een interventie (aanmelding).

TABEL 4.3 BEREIKCIJFERS PREVENTIEVE INTERVENTIES ⁶		
	<i>Meetperiode</i>	<i>Bezoekers</i>
<i>Depressie</i>		
www.gripopjedip.nl	18 maanden	190.000 unieke site-bezoekers, 700 cursus-aanmeldingen, 39 cursussen uitgevoerd voor 230 jongeren
www.depressiecentrum.nl	Maandelijks	7.00 unieke site-bezoekers; 750 bezoekers per maand doen een zelftest
www.depressiezelftest.nl	Maandelijks	10.000 unieke site-bezoekers; 220.084 volledig ingevulde zelftesten (in de periode april 2003- augustus 2006)
www.pratenonline.nl	20 maanden	58.000 unieke site-bezoekers, 700 chatters met gemiddeld 3 chats; 35.000 forumbezoeken.
www.zwaarweer.nl	Jaarlijks	600 mailvragen
<i>Psychische klachten allerlei</i>		
www.familievan.nl	8 maanden	38.000 unieke site-bezoekers in 2006
www.GGZDrenthe.nl	Jaarlijks	300.000 site-bezoekers
www.kopstoring.nl	Maandelijks	3000 unieke site-bezoekers; 24 deelnemers groepscursus tijdens pilot.
www.kiesbeter.nl	2005	1.7 miljoen unieke site-bezoekers
www.korrelatie.nl	2005	187.420 unieke site-bezoekers; 3000 mailvragen per jaar
www.optijderbij.nl	?	In pilot hebben 30 mensen screeningsvragenlijst ingevuld
www.soshulp.nl	2005	5,51 hulpvragen via chat en mail

	<i>Meetperiode</i>	<i>Bezoekers</i>
<i>Alcohol</i>		
www.zogeknogniet.nl	Jaarlijks 2005	366 mailvragen; 50 unieke site-bezoekers per dag
www.depsycholoog.nl	?	Vrijwel geen respons
www.al-non.nl	2004/2005	295 hulpvragen in 2004 via mail en 542 in 2005
www.cokevanjou.nl	Dagelijks/jaarlijks	100 unieke site-bezoekers per dag 300 mailvragen aan systeemtherapeut i
www.alcoholendrugsinbeeld.nl	Dagelijks	80 unieke site-bezoekers per dag
www.drankendrugs.nl	Dagelijks	Nieuwe site; daarom wisselt aantal bezoekers sterk. Op promotie momenten 400 unieke site-bezoekers.
www.drankjewel.nl	Maandelijks	4.00 unieke site-bezoekers
www.drugsinfo.nl	2005	3.00 vragen telefoon waarvan 93 over alcohol
www.drugsrotterdam.nl	Jaarlijks	75.000-100.000 unieke site-bezoekers
www.lerenovergenotmiddelen.nl	?	tijdens pilot 30 scholen
www.minderdrinken.nl	2005	17.000 unieke site-bezoekers per jaar.
www.alcoholinfo.nl, www.dekaterkomlater.nl, www.drinktest.nl	2003	8.000-10.000 unieke site-bezoekers en 150.000 advies-op-maat
www.jellinek.nl	Maandelijks	100 aanmeldingen voor begeleide zelfhulp.

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bereikcijfers behandelinterventies

In Tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van bereikcijfers van online behandelinterventies.⁶ Ook deze cijfers zijn afkomstig uit de *Programmeringsstudie E-mental Health* en hebben betrekking op de situatie tot eind 2006. Uit de tabel valt af te leiden dat de omvang van het e-mental health behandelaanbod en ook het bereik van deze sites nog beperkt is in vergelijking met de eerder genoemde preventieve interventies. Dit verschil hangt mogelijk samen met het feit dat behandelinterventies niet vrij toegankelijk zijn, zij zich richten op mensen met een hoog klachtenniveau, intensief zijn (cliënt en hulpverlener gaan een *online* behandelrelatie aan) en er kosten verbonden zijn aan de behandeling.

TABEL 4.3 BEREIKCIJFERS BEHANDELINTERVENTIES⁶

	<i>Meetperiode</i>	<i>Bezoekers</i>
<i>Depressie</i>		
www.annazorg.nl	Maandelijks	5.500 unieke site-bezoekers; sinds start (juni 2006) tot eind 2006 105 cliënten gescreend; 14 cliënten in behandeling.
www.interapy.nl	Maandelijks	5.000 unieke site-bezoekers; sinds start (2001) tot eind 2006 in totaal ruim 2.000 uitgevoerde behandelingen (inclusief depressie)
<i>Angst</i>		
www.annazorg.nl - angst - sociale fobie - PTSS	Maandelijks	5.500 unieke site-bezoekers Sinds start (juni 2006) tot eind 2006: Prog. angst: 68 cliënten gescreend; 21 cliënten in behandeling. Prog. sociale fobie: 77 cliënten gescreend; 36 cliënten in behandeling Prog. PTSS: 13 cliënten gescreend; 1 cliënt in behandeling
www.interapy.nl - paniek - PTSS	Maandelijks	5.000 unieke site-bezoekers; Sinds start totaal ruim 2.000 uitgevoerde behandelingen (inclusief paniekstoornis en PTSS).
<i>Alcohol</i>		
www.alcoholdebaas.nl	Jaarlijks	500 cliënten vanaf start in 2005.
www.annazorg.nl	Maandelijks	5.500 unieke site-bezoekers Sinds start 79 cliënten gescreend; 26 cliënten in behandeling.
www.brijder.nl, www.alcoholinfoteam.nl	Kwartaal	25.000 unieke site-bezoekers in tweede kwartaal 2006; 212 mailvragen; 59 online aanmeldingen f-t-f hulp; 109 aanmeldingen online behandeling.

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ter illustratie: schatting verwacht bereik online depressie interventies

Depressiepreventie bereikt over het algemeen een kleine groep (naar schatting zo'n 4.000 mensen jaarlijks). Dat is slechts 1 procent van de ruim 350.000 mensen die per jaar een depressie ontwikkelen.¹¹ In de Nederlandse bevolking tussen de 12 en 75 jaar zijn jaarlijks 737.000 mensen depressief volgens de diagnostische criteria van de DSM. Van deze 737.000 personen heeft ongeveer 80 procent toegang tot internet. Hiervan

wordt circa 40 procent bereikt met informatie over een e-mental health interventie voor depressie. Als circa 10 procent besluit deel te nemen aan zo'n interventie, leidt dit tot een groep van circa 23.600 personen die op jaarbasis een e-mental health interventie voor depressie volgt. Een nauwkeuriger berekening, rekening houdend met leeftijdsopbouw en variatie in internetgebruik, levert een schatting van 23.700 personen op. Naast mensen met een stoornis in termen van het diagnostisch handboek DSM, is er een grote groep mensen met een subklinische depressie; in dat geval zijn enkele symptomen van depressie aanwezig die tezamen nog niet aan de criteria voor diagnose voldoen. Deze groep mensen vormt een doelgroep voor preventie, omdat deze beginnende klachten vaak voorloper zijn van een klinische depressie. Volgens een gelijksoortige calculatie als in de voorgenoemde schatting, wordt het verwachte bereik van online depressiepreventie onder mensen met een subklinische depressie geschat op 10.895 personen.

4.4.5 DROP-OUT

Een belangrijk aandachtspunt van e-mental health is de uitval (voortijdige beëindiging van de interventie door cliënten). Verondersteld wordt dat de *drop-out* van online interventies hoger is dan bij face-to-face therapie;^{6;37;38} zo keerde 65 procent van de bezoekers van de online zelfhulpmodule voor probleemdinkers van Jellinek na het aanmaken van een gebruikersnaam niet meer terug. Ruim 30 procent bezocht de module nog minstens één keer, maar maakte deze niet af.^{39;40} De online behandelinterventie 'alcoholdebaas.nl' heeft sinds haar start in 2005 jaarlijks een bereik van ongeveer 500 deelnemers, waarvan jaarlijks ongeveer 200 cliënten de volledige behandeling afronden. De overige 300 cliënten stoppen op een eerder moment.⁴² Er is op dit moment nog onvoldoende zicht op factoren die ten grondslag liggen aan deze hoge uitval (beëindiging van de interventie) en gebrek aan therapietrouw (het op een juiste wijze volgen van de interventie).³² De volgende factoren zouden mogelijk een rol kunnen spelen:^{6;9;18;39;41}

- *Ernstige aandoening.* Problemen van een cliënt kunnen soms te ernstig zijn voor een zelfhulp interventie (zonder begeleiding), waardoor niet de juiste hulp verkregen wordt.
- *Behandeling.* Het zou kunnen zijn dat een cliënt eigenlijk last heeft van een andere stoornis dan waarvoor hij/zij behandeld wordt. Bij e-mental health interventies zonder intake of screening kan dit zich voordoen.
- *Interactie.* In tegenstelling tot een therapeut kan een geautomatiseerde e-mental health interventie (zonder begeleiding) niet alle mogelijke vragen die de gebruiker stelt beantwoorden. De computer kan bovendien niet zien of de patiënt iets goed begrepen heeft of reageren op non-verbale lichaamstaal.

- *Vrijblijvend.* Het e-mental health aanbod is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan het reguliere aanbod. Gebruikers moeten een grote mate van zelfstandigheid en zelfdiscipline hebben om het te voltooien.

4.4.6 GEMIDDELDE BEHANDELDUUR

Er zijn - voor zover ons bekend - geen onderzoeken uitgevoerd naar de duur van e-mental health interventies in Nederland. Cliënten doorlopen interventies vaak in hun eigen tijd en in hun eigen tempo. Bij zelfhulp interventies (zonder begeleiding) wordt een tijdsplan aangeraden waarbinnen een cliënt een interventie zou moeten doorlopen. Zo adviseert de interventie 'minderdrinken.nl' bijvoorbeeld haar gebruikers om het drinkgedrag gedurende minimaal zes weken bij te houden. In deze periode doorloopt de cliënt de stadia van voorbereiden, beslissen en uitvoeren. Omdat de interventie onbegeleid is, kan de cliënt zelf bepalen of van het aanbevolen tijdsplan afgeweken wordt. Bij behandelinterventie (met begeleiding) wordt vaak geen tijdsplan voor behandelonderdelen gesteld (bijvoorbeeld bij behandelingen van ANNAzorg en Interapy). Er wordt wel gewerkt volgens een vaste structuur met vooraf vastgestelde behandelcomponenten. De omvang van de behandeling varieert. Zo biedt Interapy online een depressiebehandeling aan bestaande uit acht modules. Cliënten hebben gemiddeld 16 weken nodig om deze te doorlopen.⁴³ Een online behandeling gericht op mensen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) heeft bijvoorbeeld een voorgeschreven duur van vijf weken. In deze periode worden cliënten geacht om twee schrijfp opdrachten per week uit te voeren.⁴⁴ Beoogd wordt om binnen één werkdag feedback te geven.

4.5 (KOSTEN) EFFECTIVITEIT

De (kosten)effectiviteit van het huidige aanbod

De ontwikkeling van e-mental health interventies is het laatste decennium in een stroomversnelling gekomen. De vraag in hoeverre het ontwikkelde aanbod bewezen effectief genoemd mag worden, is voor vele stakeholders (verzekeraars, aanbieders, politici) van belang als strategische wegwijzer voor het inzetten van e-mental health. Evidentie speelt een cruciale rol in het geven van richting aan ontwikkeling, implementatie en financiering van het e-mental health aanbod.⁶ Echter, kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) van e-mental health interventies zijn nog vrijwel niet uitgevoerd. Er is in Nederland, naast de programmeringsstudie *E-mental Health*, 1 KEA uitgevoerd voor problematisch middelengebruik.²⁸ Internationaal zijn er 2 KEA-studies gepubliceerd op het terrein van de behandeling van depressie via internet.^{45;46} In de programmeringsstudie *E-mental Health* is de status van het effectiviteitsonderzoek beschreven van het geïnventariseerde aanbod in Nederland (tot eind 2006); ongeveer een kwart van de interventies in deze studie is op effectiviteit onderzocht.⁶ Wat opvalt is dat het effec-

tiviteitsonderzoek naar e-mental health gericht op jongeren achterblijft. Er zijn vrijwel geen gerandomiseerde klinische studies (RCT's) uitgevoerd. Eenzelfde discrepantie is zichtbaar op het gebied van problematisch alcoholgebruik; ondanks het omvangrijke aanbod van 18 interventies, zijn er slechts 3 RCT's uitgevoerd.

Meta-analyse

Om zicht te krijgen op de werkzaamheid van e-mental health, is in de programmeringstudie een meta-analyse uitgevoerd.⁶ Naast het effectiviteitsvraagstuk, is tevens een belangrijke (eerste) stap gezet in de vertaalslag naar kosteneffectiviteit van het aanbod. De studies, opgenomen in de meta-analyse, zijn afkomstig uit de Nederlandse en de internationale literatuur over depressie, angststoornissen en problematisch alcoholgebruik. De volgende vragen dienden hierbij als leidraad:

- Wat is er te zeggen over de effectiviteit van e-mental health bij depressie, angststoornissen en problematisch alcoholgebruik?
- Leidt e-mental health tot gezondheidswinst op populatieniveau?
- Wat kost het aanbieden van e-mental health op grote schaal?

Met name de twee laatstgenoemde vragen zijn nog niet eerder in onderzoek beantwoord. Op basis van een uitgebreide literatuursearch, zijn (indien mogelijk) van gerandomiseerde effectstudies de gecombineerde effectgroottes (uitgedrukt in 'd') bepaald (*eerste onderzoeksvraag*). De effectmaat 'd' zegt iets over de grootte van het effect binnen de onderzochte patiëntenpopulatie. Binnen dit onderzoek is de effectgrootte via statistische methoden vertaald naar vermeden ziektelast (gezondheidswinst) op populatieniveau. Ziektelast is uitgedrukt in de door de WHO gehanteerde maat DALY (*disability adjusted life years*). Een DALY drukt zowel het aantal gezonde verloren levensjaren (morbiditeit) als de vroegsterfte die door de ziekte ontstaat (mortaliteit). Het effect op vroegsterfte is echter niet meegenomen. De gezondheidswinst op populatieniveau (*tweede onderzoeksvraag*) kan worden bepaald door het aantal teruggedrongen DALYs te berekenen. Het hanteren van de maat DALY maakt het tevens mogelijk om verschillende aandoeningen op populatieniveau te vergelijken. Bij het berekenen van de kosten van e-mental health interventies (*derde onderzoeksvraag*) zijn ruwe aannames gedaan, omdat kostenspecificaties op afzonderlijk interventieniveau ontbraken. Er is uitgegaan van investeringskosten (ontwikkeling), onderhoudskosten (hosting en beheer) en vernieuwingskosten. Kostenbesparingen (zoals lagere zorgkosten, reistijden) zijn niet verrekend omdat hierover de juiste informatie ontbreekt. Met behulp van de kosteninformatie zijn de kosten per gewonnen gezond levensjaar berekend. Hierbij is via een gevoeligheidsanalyse rekening gehouden met onzekerheid (aannames).

4.5.1 DEPRESSIE

Effectiviteit

In de Programmeringsstudie zijn 8 studies opgenomen die de effectiviteit van online interventies bij depressie meten (zie Tabel 4.4). Hierbij is voortgebouwd op een vergelijkbare meta-analyse.⁴⁷ Belangrijke bevinding:

- Met een random effects model is een gemiddelde effectgrootte van alle *vroege interventies* van 0,66 vastgesteld (studie 1, 2 en 7 zijn buiten beschouwing gelaten). Een effectgrootte van 0,66 duidt op een middelgroot tot een groot effect. Vroege interventies richten zich op personen met een vastgestelde DSM-IV diagnose.

Er is geen meta-analyse uitgevoerd op preventieve interventies.

<i>Id</i>	<i>Referentie</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>95% BI</i>	
1	Clarke (2002) ⁴⁸	299	0,00	-0,23	0,23
2	Patten (2003) ⁴⁹	786	0,00	-0,14	0,14
3	Christensen (2004) ⁵⁰	525	0,37	0,20	0,54
4	Clarke (2005) ²³	255	0,31	0,06	0,56
5	Andersson (2005) ⁵¹	117	0,88	0,50	1,26
6	Van Straten (in press) ⁵²	213	0,61	0,34	0,88
7	Spek (2007) ⁴⁷	202	0,55	0,27	0,83
8	Lange (in prep) ⁴³	46	1,07	0,45	1,69
<i>Vroege interventie</i>	<i>Studies 3, 4, 5 6, 8^a</i>	<i>1183</i>	<i>0,66</i>	<i>0,54</i>	<i>0,78</i>
<i>Preventie</i>	<i>Studie 7^b</i>	<i>202</i>	<i>0,55</i>	<i>0,27</i>	<i>0,83</i>

^a zonder studie 1; ^b zonder studie 2

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gezondheidswinst op populatieniveau

Door de effectiviteit van interventies en het bereik ervan te combineren, is vastgesteld wat de effecten op populatieniveau zijn. Het bereik is vastgesteld voor de Nederlandse situatie aan de hand van een aantal aannames over deelname aan interventies in combinatie met epidemiologische gegevens over de prevalentie van (sub)klinische depressie.

Belangrijke bevinding:

- De gezondheidswinst van vroege interventies op populatieniveau blijkt gemiddeld 1345 gezonde levensjaren te bedragen.

Kosteneffectiviteit

Over de kosten van de in de studies onderzochte interventies zijn geen gedetailleerde kostenspecificaties bekend. Hiervoor zijn aannames gedaan, waarbij uitgegaan is van de volgende schattingen:

- Interventieontwikkeling: € 250.000
- Effectiviteitsonderzoek: € 300.000
- Hosting: € 8.000 / jaar
- Vernieuwing: € 10.000 / 3,5 jaar

Bij hoofdelijke omslag van deze kosten over het verwachte aantal deelnemers, blijkt een interventie € 7 per ontvanger te kosten. Voor de analyse is uitgegaan van gelijke kosten per interventie. Daarnaast zijn er kosten berekend voor intake, arbeidskosten voor contact met een therapeut, training van therapeuten en de tijdskosten (buiten werktijd) voor de ontvanger. In Tabel 4.5. zijn de geschatte gezondheidswinst en de kosten op populatieniveau tegen elkaar afgezet.

TABEL 4.5 KOSTEN PER GEWONNEN GEZOND LEVENSAAR VAN E-MENTAL HEALTH INTERVENTIES VOOR DEPRESSIE: OMVANG DOELPOPULATIE, TOTALE KOSTEN (IN MLN), KOSTEN PER GEWONNEN DALY, ONZEKERHEIDSRANGE⁶

<i>Id</i>	<i>Doel- populatie</i>	<i>Kosten (in mln €)</i>	<i>Gewonnen DALYs</i>	<i>Kosten / DALY</i>	<i>Onzekerheidsrange</i>	
3	23700	7.12	754	9447	2783	52634
4	23700	7.12	632	11275	2711	164838
5	23700	46.43	1794	25885	7814	135348
6	23700	33.89	1243	27255	8119	147468
7	10895	3.37	515	6531	1870	39764
8	23700	65.24	2181	29915	8193	210549
<i>Vroege interventie</i>	<i>23700</i>	<i>7.12</i>	<i>1345</i>	<i>23759</i>	<i>8719</i>	<i>85874</i>
<i>Preventie</i>	<i>10895</i>	<i>3.37</i>	<i>515</i>	<i>6531</i>	<i>1870</i>	<i>39764</i>

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Belangrijke bevindingen:

- Als de studies van Clarke⁴⁸ en Patten⁴⁹ buiten beschouwing gelaten worden, blijken de vroege interventies per DALY € 23.759 te kosten. Het betreft hier een conservatieve schatting; kostenbesparingen zijn hierbij niet meegenomen.
- De enige preventieve interventie bleek kosteneffectief (€ 6.531) te zijn, maar is wel omgeven door een grotere onzekerheid.

4.5.2 ANGSTSTOORNISSEN

Effectiviteit

In de programmeringsstudie zijn 13 studies beschreven die de effectiviteit van online interventies voor angststoornissen meten. Hierbij is voortgebouwd op een meta-analyse die een overzicht biedt van e-mental health interventies voor diverse angststoornissen.⁵³ De interventies richten zich op paniekstoornissen, sociale fobie of op posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Tabel 4.6). Belangrijke bevinding:

- Het gemiddelde effect van interventies gericht op paniekstoornis ($d=1,10$), sociale fobie ($d=1,00$) en PTSS ($d=0,81$) is groot.

TABEL 4.6 INTERNETINTERVENTIES NAAR DOELDIAGNOSE, STEEKPROEFGROOTTE (N) EN GESTANDAARDISEERDE EFFECTGROOTTE (D) MET HUN 95% BETROUWBAARHEIDSINTERVAL (95%BI)⁶

<i>Id</i>	<i>Referentie</i>	<i>Diagnose</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	<i>95% BI</i>	
1	Carlbring (2001) ⁵⁴	Paniek	41	0,99	0,33	1,64
2	Carlbring (2006) ⁵⁵	Paniek	22	0,33	-0,51	1,17
3	Klein (2001) ⁵⁶	Paniek	23	0,40	-0,43	1,23
4	Klein (2006) ⁵⁷	Paniek	37	1,52	0,79	2,25
5	Carlbring (2006b) ⁵⁸	Paniek	60	1,14	0,59	1,69
6	Marks (2004) ¹³	Paniek	36	1,82	1,04	2,60
7	Richards (2006) ⁵⁹	Paniek	21	0,77	-0,12	1,66
8	Andersson (2006) ⁶⁰	Soc fobie	64	0,77	0,26	1,28
9	Carlbring (2006a) ⁶⁰	Soc fobie	57	1,08	0,52	1,64
10	Lange (2001) ⁴⁴	PTSS	30	0,57	-0,16	1,30
11	Lange (2003) ⁶¹	PTSS	101	1,17	0,75	1,59
12	Hirai (2005) ⁶²	PTSS	27	0,81	0,03	1,59
13	Van Straten (in press) ⁵²	Angst	213	0,51	0,24	0,78
A	<i>Alle studies</i>	<i>Alle angst</i>	<i>698</i>	<i>1,02</i>	<i>0,86</i>	<i>1,18</i>
B	<i>Studies 1 t/m 7</i>	<i>Paniek</i>	<i>236</i>	<i>1,10</i>	<i>0,83</i>	<i>1,37</i>
C	<i>Studies 8, 9</i>	<i>Soc fobie</i>	<i>121</i>	<i>1,00</i>	<i>0,62</i>	<i>1,38</i>
D	<i>Studies 10 t/m 12</i>	<i>PTSS</i>	<i>158</i>	<i>0,81</i>	<i>0,49</i>	<i>1,14</i>

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gezondheidswinst op populatieniveau

Er zijn geen kosteneffectiviteitsanalyses voor angststoornissen bekend. In de programmeringsstudie is wel de gezondheidswinst op populatieniveau berekend. Het gemiddelde effect op populatieniveau van interventies gericht op paniekstoornissen komt uit op 933 DALY's en voor sociale fobie op 1810 DALY's.⁶

4.5.3 PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

Er zijn wereldwijd slechts vier studies gepubliceerd gericht op de effectiviteit van e-mental health bij problematisch alcoholgebruik. Het uitvoeren van een meta-analyse blijkt gezien de beperkte data en verschillen in onderzoekspopulatie niet mogelijk. In Nederland zijn de interventie 'Drinktest.nl' en 'MinderDrinken.nl' op effectiviteit getoetst.

- 'Drinktest.nl' is een online test die mensen informatie op maat biedt. Uit recent onderzoek blijkt dat 42,2 procent van de mannelijke bezoekers van de internetsite na een maand niet meer teveel drinkt (minder dan 21 glazen per week).⁶³ In een eerder onderzoek onder mannelijke en vrouwelijke deelnemers werd alleen voor vrouwen gevonden dat er een significante risicoreductie optrad.⁶⁴
- De zelfhulpwebsite 'MinderDrinken.nl' biedt geïndiceerde preventie middels een online geprotocolleerde zelfhulp cursus. Uit onderzoek blijkt dat zes maanden na aanvang van de interventie de experimentele groep significant beter de richtlijnen voor verantwoord alcoholgebruik naleefde dan de controlegroep.⁶⁵ Tevens laat een kosteneffectiviteitsanalyse zien dat 12 maanden na aanvang van de interventie deelname aan 'MinderDrinken.nl' voor ongeveer 73 procent van de gevallen een kosteneffectief scenario is.²⁸

TABEL 4.7 E-MENTAL HEALTH INTERVENTIES VOOR PROBLEEMDRINKEN, STUDIE, NAAM VAN DE INTERVENTIE, WERKWIJZE, CONTACT MET THERAPEUT EN DOELGROEP⁶

<i>Id</i>	<i>Referentie</i>	<i>Naam</i>	<i>Werkwijze</i>	<i>Contact</i>	<i>Doelgroep</i>
1	Moore(2005) ⁶⁶	Alcohol and You	4 modulen	Nee	studenten
2	Kypri(2004) ⁶⁷	Geen naam	2 modulen (screening+advies)	PF-A	studenten AUDIT > 8
3	Riper(2008) ⁶⁵	MinderDrinken	4 modulen	Nee	pop. > richtlijn verantwoord alcoholgebruik
4	Huiberts(in prep)	Drinktest	zelftest en advies	Nee	Algemene populatie

Pop. = uit de algemene populatie gerekruteerd; PF-A = persoonlijke

feedback door assistent; AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health. Utrecht: Trimbos-instituut.

In Tabel 4.8 worden de (kosten)effectiviteits cijfers voor depressie, angststoornissen en problematisch alcoholgebruik gezamenlijk weergegeven.

TABEL 4.8 OVERZICHT VAN DE DOELPOPULATIE, GEZONDHEIDSWINST EN (KOSTEN)EFFECTIVITEIT VAN E-MENTAL HEALTH VOOR DEPRESSIE⁶

<i>Aandoening</i>	<i>Doelpopulatie</i>	<i>Effectiviteit (d)</i>	<i>Gezondheidswinst (gewonnen DALYs)</i>	<i>Kosteneffectiviteit (€/DALY)</i>
Depressie				
<i>Vroege interventie</i>	23700	0,66	1345	23759
<i>Preventie</i>	10895	0,55	515	6531
PTSS	-	0,88	-	-
Sociale Fobie	15800	1,00	1810	-
Paniekstoornis	7400	1,10	933	-
Problematisch alcoholgebruik	-	-	-	-

Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.

4.6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

4.6.1 BEPERKINGEN

Lacune in kennis

E-mental health kent een relatief korte bestaansgeschiedenis. Zowel op het terrein van ontwikkeling, onderzoek als implementatie zijn nog veel 'witte vlekken' (lacune in kennis). Inzicht in het bereik, het gebruik (en voortijdige uitval), de behandelduur en de kwaliteit van het aanbod en de effectiviteit van e-mental health is op dit moment beperkt.

4.6.2 BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

De samenleving heeft zich in snel tempo gedigitaliseerd. Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg zijn diverse ontwikkelingen gaande op het gebied van preventie, behandeling en (na)zorg via internet.

In augustus 2007 is de Programmeringsstudie verschenen met daarin een eerste overzicht van het beschikbare aanbod. Sindsdien gaan de e-mental health ontwikkelingen onverminderd voort. Eind 2006 zijn er in Nederland 65 e-mental health interventies. Doelgroepen van deze interventies zijn: jongeren, volwassenen en ouderen (zie bijlage 1 voor een uitgebreid overzicht). Het aantal interventies is sinds eind 2006 uitgebreid tot rond de 80. Niet tot de doelgroep van e-mental health interventies worden voornamelijk gerekend: mensen met ernstige stoornissen (zoals een psychose en schizofrenie), mensen die een gevaar vormen voor zichzelf (suïcide) of voor anderen, ongeletterde mensen of mensen die weinig tot geen ervaring hebben met het gebruik van computers en internet.¹⁷ Het merendeel van de online interventies is gericht op preventie bij depressie en problematisch alcoholgebruik. Voor angstklachten is vrijwel geen preventief e-mental health aanbod ontwikkeld.

Weinig onderzoek naar effectiviteit van het e-mental health aanbod. De eerste resultaten zijn bemoedigend.

Van de 65 online interventies in Nederland, is slechts 1 op de 7 interventies op effectiviteit onderzocht. De eerste resultaten suggereren dat interventies voor depressie in klinisch en economisch opzicht waarschijnlijk effectief zijn. Voor angststoornissen zijn er tevens aanwijzingen voor gezondheidswinst en kosteneffectiviteit. Maar hierover zijn nog geen definitieve uitspraken te doen. Voor inzicht in de klinische effectiviteit van online interventies voor problematische alcoholgebruik is het aantal beschikbare studies te beperkt om algemene uitspraken te kunnen doen.

Financiering van het e-mental health aanbod is nog onduidelijk.

Over de financiering van het e-mental health aanbod bestaan nog onduidelijkheden.⁶ Niet duidelijk is welk aanbod uiteindelijk tot de verzekerde zorg gaat behoren. Verze-

keren willen weten welk aanbod zij wel of niet kunnen financieren en cliënten willen duidelijkheid over de vraag welke interventies via hun ziektekostenverzekering vergoed worden. De onduidelijke financiële structuur maakt de continuïteit van het aanbod onzeker. Onduidelijkheden in de wijze waarop het e-mental health aanbod in de toekomst gefinancierd zal worden, worden mede veroorzaakt door de algemene stelselwijziging in de zorg. Op dit moment bemoeilijkt een aantal zaken structurele financiering, zoals de beperkte kwaliteitstoetsing van het e-mental health aanbod en de mogelijkheid om anoniem deel te nemen aan online behandelinterventies.⁶ Een belangrijke aanbeveling van de Programmeringsstudie is in overweging genomen, betreffende de vergoeding van geïndiceerde preventie interventie. E-mental health interventies krijgen hun beslag in de door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uit te brengen advies over preventie van depressie als speerpunt van de preventienota in augustus 2008.

De omvang en het bereik van behandelinterventies zijn nog beperkt in vergelijking met preventieve interventies.

Ongeveer tweederde van alle e-mental health interventies richt zich op preventie en eenderde op behandeling en e-consult. Vergeleken met preventieve interventies is het bereik van behandelinterventies nog beperkt. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door het feit dat behandelinterventies niet vrij toegankelijk zijn, ze intensief zijn en er voor het gebruik kosten in rekening gebracht worden. In de periode 2008 - 2009 zal het programma 'Mentaal Vitaal' in samenwerking met de belangrijkste betrokkenen worden ingevoerd. Het programma sluit aan bij de initiatieven van het Partnership Depressiepreventie. Opdrachtgever is het Ministerie van VWS. Het programma gaat vanaf 2008 zorg dragen voor preventie van depressie in de totale zorgketen. ICT en innovatie spelen hierbij een belangrijke rol. Door het gebruik van e-mental health en de inzet van ICT wordt beoogd een stap te maken om depressiepreventie een groter bereik te geven, onder andere via het ontwikkelen en aanvullen van reeds bestaande e-preventie methodes. Dit levert voorbeelden op voor een groot-schalige invoering van e-mental health na 2009.

Groepen cliënten die nog niet eerder in zorg waren worden via e-mental health bereikt. Vooral hogeropgeleiden, vrouwen en autochtonen maken op dit moment gebruik van online interventies. Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de mensen dat een beroep deed op e-mental health interventies gericht op alcoholgerelateerde problemen (www.minderdrinken.nl; www.alcoholdebaas.nl) niet eerder in zorg was. E-mental health lijkt geschikt voor nieuwe groepen mensen met psychische klachten, zoals mensen met fysieke beperkingen - waaronder mobiliteitsproblemen of mensen in afgelegen gebieden - en mensen met lichamelijke beperkingen - zoals doven en slecht-horenden.¹⁸ Verder wordt met enige voorzichtigheid de toepasbaarheid van e-mental health onderzocht onder mensen met suïcidale neiging. Allochtonen en mensen met een lage SES worden momenteel nauwelijks bereikt met online interventies.

Jong volwassenen vormen in de toekomst mogelijk een interessante doelgroep

Slechts een vijfde van de online interventies richt zich op jongeren tussen de 12 en 25 jaar. De helft van het huidige e-mental health aanbod richt zich op mensen ouder dan 16 jaar en de overige 30 procent richt zich op een doelgroep ouder dan 12 jaar. Verwacht wordt dat online interventies in de toekomst een belangrijkere rol gaan spelen onder jong volwassenen: uit onderzoek blijkt dat het merendeel (63 procent) van de jongeren (18 tot 34 jaar) online hulp zou overwegen in te schakelen bij psychische problemen.²²

4.6.3 WITTE VLEKKEN

Op basis van deze inventarisatie blijven nog veel vragen onbeantwoord. Toekomstig onderzoek zou zich onder andere moeten richten op de volgende vragen:

1. E-mental health interventies worden op dit moment vooral gebruikt door hogeropgeleiden, autochtone Nederlanders en vrouwen. Welke factoren liggen ten grondslag aan het relatief lage bereik onder allochtonen en mensen met een lage SES?
2. Wat zijn redenen om anoniem te willen deelnemen aan e-mental health interventies?
3. Kennis over de effectiviteit van e-mental health interventies onder jongeren ontbreekt nagenoeg, terwijl het aanbod voor jongeren ruimschoots ontwikkeld is. Hoe effectief zijn online interventies onder jongeren?

REFERENTIES

1. INTEL (2005). *Digital lifestyle report*. S.n.: Integrated Electronics.
2. Linden, G. (2006). E-mailen en chatten populairste internetactiviteiten. *CBS Webmagazine*, 2006(6 maart). Beschikbaar via: <http://www.cbs.nl/nr/exeres/5D629109-4E7F-48E1-A2A5-CD3CD88EFFF1.htm>
3. Eurostat (2006). Internet usage in the EU25. Beschikbaar via: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
4. Duimel, M., de Haan, J. (2007). *Nieuwe links in het gezin: de digitale leefwereld van tieners en de rol van hun ouders*. Den Haag: SCP.
5. Van Rijen, A.J.G., Ottens, L. (2006). Internetgebruiker en prioriteitenstelling in de zorg. In: RVZ (red.). *Zicht op zinnige en duurzame zorg: achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies zinnige en duurzame zorg*, p. 229-275. Den Haag: RVZ.
6. Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). *High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. RVZ (2002). *E-health in zicht*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
8. COM (2004). *E-health: making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-mental health arena*. Brussel: Commission of the European Communities.
9. Christensen, H., Griffiths, K.M. (2002). The prevention of depression using the internet. *Medical Journal of Australia*, 177 Suppl(October): S122-S125.
10. Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2): E20
11. Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/ Trimbos-instituut.
12. De Kok, F., De Ponti, K. (2005). *Rapportage internet-enquête e-health*. Amersfoort: GGZ Nederland.
13. Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34(1): 9-17.
14. De Bruin, J., Ventevogel, A. (2007). *Patiëntencommunities op het web: theorie en praktijk*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
15. Keijser, W.A. (2008). *Online gezondheidsinformatie en lotgenotencontact*. Utrecht: Wacomed.

16. Buys Ballot, B., Koning, C., Spee, J., Wahle, A. (2007). *Site seeing ggz: webscan GGZ-instellingen 2006*. Utrecht: Capgemini.
17. American Psychiatric Association (2006). Frequently asked questions: e-therapy. American Psychiatric Association Council on Psychiatry and Law. [Geraadpleegd oktober 2006]. Beschikbaar via: http://www.psych.org/psych_pract/clin_issues/etherapyfaqs.cfm
18. Marks, I.M., Cavanagh, K., Gega, L. (2007). *Hands-on help: computer-aided psychotherapy*. Sussex: Psychology Press.
19. Kerkhof, A. (2007). *Reducing suicidal ideation: effectiveness of a web-based self-help intervention: a randomised trial*. Den Haag: ProjectNet ZonMw.
20. Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the internet: a field project report. *Computers in Human Behavior*, 23: 971-984.
21. Westendorp, H. (2005). *Alcohol de baas: ervaringen met het starten van online behandeling: presentatie congres Digitaal Gezond 2005*. Woerden: NIGZ.
22. Riper, H., Mutsaers, K. (2007). *Bekendheid van e-mental health interventies onder de Nederlandse bevolking: resultaten van NIPO panel peiling*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L.L., Lynch, F., Nunley, S., Gullion, C. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7(2): e16.
24. Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2): e10.
25. Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., Toupin, J., Fournier, L. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(6): 291-298.
26. Ten Have, M., Schoemaker, C., Vollebergh, W. (2002). Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(6): 367-375.
27. Van der Zanden, R., Conijn, B., Visscher, R., Gerrits, R. (2005). Grip op je dip online: een preventieve groepsinterventie voor jongeren. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(5): 515-526.
28. Smit, F., Riper, H., Kramer, J., Cuijpers, P. (2008). Economic evaluation of 'Drinking less': rct of an online self-help intervention for problem drinkers. *Submitted*.
29. Trimbos-instituut (2006). *Internet vergroot slagkracht GGZ: jaarverslag 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
30. Postel, M.G., de Jong, C.A., de Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162(12): 2393

31. Nicholas, J., Oliver, K., Lee, K., O'Brien, M. (2007). Help-seeking behaviour and the internet: an investigation among Australian adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1): 1-8.
32. Gerrits, R.S., Van der Zanden, R.A.P., Visscher, R.F.M., Conijn, B.P. (2007). Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3): 1-11.
33. Saunders, S.M., Resnick, M.D., Hoberman, H.M., Blum, R.W. (1994). Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5): 718-728.
34. Voordouw, I., Kramer, J., Cuijpers, P. (2002). *Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
35. Visscher, R.F.M. (2002). *Behoeftetepeiling: veld in beeld*. Utrecht: Indigo.
36. Smit, F., Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
37. Emmelkamp, P.M. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6): 336-343.
38. De Nooijer, J., Oenema, A., Kloek, G., Brug, J., De Vries, H., De Vries, N. (2005). *Bevordering van gezond gedrag via internet: nu en in de toekomst*. Maastricht: Universiteit Maastricht / Erasmus Medisch Centrum.
39. Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internetzelfhulp voor probleemdrinkers. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62(12): 1032-1043.
40. Vercauteren-Visscher, R., Wenting, R., Niewijk, A., Van Londen-Barentsen, M. (2007). 'Bedankt dat jullie zorgvuldig mijn ellendige leven lezen': inzicht in een e-mailservice voor jongeren met depressieve klachten. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62(12): 1044-1055.
41. Cuijpers, P., Riper, H. (2007). Internet-guided self-help for common mental disorders: state of the art and challenges for the future. In: M.J. Sorbi, H. Rüdell, M.E.F. Bühring (red.). *Frontiers in stepped eCare, eHealth methods in behavioural and psychosomatic medicine.*, p. 121-131. Utrecht: Utrecht University.
42. Westendorp, H., Brenninkmeijer, M. (2006). Als ik tegenover je had gezeten, zou ik je dit nooit hebben durven vertellen. In: Trimbos-instituut (red.). *Internet vergroot slagkracht GGZ: jaarverslag 2006*, p. 30-33. Utrecht: Trimbos-instituut.
43. Lange, A., Renckens, C.H., Schrijvers, G., van de Ven, J.P., Schrieken, B., Dekker, J., Vermeulen, H. (2008). Structured treatment of depression via the internet: protocol and results of a randomized trial. *Submitted*.

44. Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B., Emmelkamp, P.M. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2): 73-90.
45. McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D.A., Ilson, S., Gray, J.A., Goldberg, D., Mann, A., Marks, I., Everitt, B., Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185(1): 55-62.
46. Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G., Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(33): iii, xi-iii,168.
47. Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37(12): 1797-1806.
48. Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L.L., Kelleher, C., Lynch, F., Nunley, S. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4(3): E14.
49. Patten, S.B. (2003). Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, 54(3): 396-398.
50. Christensen, H., Griffiths, K.M., Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7434): 265-267.
51. Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(November): 456-461.
52. Van Straten, A., Cuijpers, P., Smit, N. (2008). The effectiveness of a generic web-based self-help intervention for depression, anxiety and stress. *Journal of Medical Internet Research*. *In press*.
53. Cuijpers, P., Marks, I., Van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. (2008). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *In preparation*.
54. Carlbring, P., Westling, B.E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32(4): 751-764.
55. Carlbring, P., Ekselius, L., Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(2): 129-140.

56. Klein, B., Richards, J.C. (2001). A brief internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1): 113-117.
57. Klein, B., Richards, J.C., Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3): 213-238.
58. Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E., Ekselius, L., Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, 163(12): 2119-2125.
59. Richards, J.C., Klein, B., Austin, D.W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10(1): 2-15.
60. Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4): 677-686.
61. Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B., Emmelkamp, P.M. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5): 901-909.
62. Hirai, M., Clum, G.A. (2005). An internet-based self-change program for traumatic event related fear, distress, and maladaptive coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6): 631-636.
63. NIGZ (2007). *Online drinktest blijkt effectief: persbericht 18 december 2007*. Woerden: NIGZ.
64. Boon, B., Huiberts, A. (2008). *Drinking less on fewer drinking days. The effect of computer tailored education on alcohol consumption in a randomized controlled trial. In preparation*.
65. Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103(2): 218-227.
66. Moore, M.J., Soderquist, J., Werch, C. (2005). Feasibility and efficacy of a binge drinking prevention intervention for college students delivered via the internet versus postal mail. *Journal of American College Health*, 54(1): 38-44.
67. Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L., Gallagher, S.J. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99(11): 1410-1417.

BIJLAGEN

TABEL 1.1 OVERZICHT VAN BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN GEÏNVENTARISEERDE ALCOHOL INTERVENTIES

<i>Aanbieder/interventie</i>	<i>Segment</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Kosten/identificatie</i>
<i>Landelijke kenniscentra</i>			
Trimbos-instituut: drugsinfo.nl,	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
lerenovergenotmiddelen.nl,	universele preventie	12-14	25 euro per klas per jaar
uwkindengenotmiddelen.nl	universele preventie	18+	gratis/deels anoniem
en minderdrinken.nl	geïndiceerde preventie	18+	gratis/anoniem
NIGZ: alcoholinfo.nl in combi met	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
dekaterkomtlater.nl en drinktest.nl	(deels universeel)		
<i>Regionale (GGZ) instellingen</i>			
Brijder: brijder.nl in combi met	behandeling en nazorg	12+ (18+ voor	gratis/ anoniem
alcoholinfoteam.nl	(deels selectieve preventie)	behandeling)	
GGD Rotterdam e.o.: drugslotterdam.nl	selectieve preventie	jongeren	gratis/ anoniem
Jellinek: alcoholendugsinbeeld.nl	selectieve preventie	12+	gratis/ anoniem
en jellinek.nl	behandeling (deels	12+	behandeling vergoed bij
	selectieve en geïndiceerde		indicatie via zorgverzekeraar
	preventie)		/ behandeling niet anoniem
Novadic-Kentron: novadic-kentron.nl in combi met digidrugs.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
Parnassia: drugsweb.nl	selectieve preventie	jongeren	gratis/anoniem
Tactus: drankendugs.nl en	selectieve preventie	12-18	gratis/anoniem
tactus.nl in combi met	behandeling en nazorg	16+ (18+ voor	gratis/anoniem
alcoholdebaas.nl	(deels selectieve preventie)	behandeling)	
<i>Consortia</i>			
Trimbos-instituut, NIGZ, Jellinek, De Grift en Tactus: drankjewel.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
<i>Landelijke aanbieders</i>			
ANNAzorg: annazorg.nl	behandeling en nazorg	18+	vergoed via de
			basisverzekering van de
			Zorgverzekeringswet met
			indicatiestelling
Stichting Coke van Jou: cokevanjou.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
Al-non: al-non.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
Teleac: Teleac cursus 'Minder drinken? Doe-het-zelf!'	geïndiceerde preventie	18+	20 euro voor cursusboek
			en 30 euro voor DVD
			TV-afleringen

Bron: Trimbos-instituut

TABEL 1.2 OVERZICHT VAN BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN HET PREVENTIEAANBOD VOOR PSYCHISCHE KLACHTEN ALLERLEI

<i>Aanbieder/interventie</i>	<i>Segment</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Kosten/identificatie</i>
<i>Landelijke kenniscentra</i>			
Fonds Psychische Gezondheid: benjijgek.nl	selectieve preventie	12-18	gratis/anoniem
Stichting Korrelatie: korrelatie.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
VU: allesondercontrole.nl	geïndiceerde preventie	18+	n.v.t./ n.v.t. (onderzoek)
<i>Landelijke stichtingen en organisaties</i>			
Stichting Cliëntgestuurde Initiatieven en Projecten: netclients.nl	zorg	18+	gratis/ anoniem
<i>Aanbieder/interventie</i>			
<i>Segment</i>			
<i>Doelgroep</i>			
<i>Kosten/identificatie</i>			
Stichting Pandora: zogenogniet.nl	selectieve preventie	12-18	gratis/ anoniem
Stichting SOShulp Nederland: soshulp.nl	selectieve preventie	12+	gratis/ anoniem
<i>Regionale (GGZ) instellingen:</i>			
Altrecht: familievan.nl	geïndiceerde preventie	16+	gratis/anoniem
GGZ Delfland: optijderbij.nl	selectieve preventie	18+	gratis/anoniem
GGZ Drenthe: ggzdrenthe.nl en survivalkid.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
	selectieve preventie	12-23	gratis/anoniem
Parnassia Groep: psyq.nl	selectieve preventie	18+	gratis/ deels anoniem
Cliënten Informatiepunt (CLIP): clientsinformatiepunt.nl	selectieve preventie	12+	gratis/anoniem
<i>Consortia</i>			
Consortium: Trimbos-instituut, Spatie, GGNet, de Gelderse Roos en RIAGG IJsselland: kopstoring.nl	geïndiceerde preventie	13-25	gratis/ deels anoniem
<i>Vrijgevestigde aanbieders/Zorgverzekeraars</i>			
Achmea: achmeahealth.nl	selectieve preventie	12+	gratis/ anoniem
NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics (NIPED): preventiekompas.nl	selectieve preventie	18+	gratis/ anoniem
psychotherapeut Von Bönninghausen: depsycholoog.nl	geïndiceerde preventie/ behandeling	12+	Tussen 16,00 en 17,50 euro voor 2 weken toegang zelfhulp + / niet anoniem
VGZ: MSN-gezondheidsbuddy	selectieve preventie	18-27	gratis/ anoniem

Bron: Trimbos-instituut

TABEL 1.3 OVERZICHT VAN BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN GEÏNVENTARISEERDE INTERVENTIES (ANGST)

<i>Aanbieder/interventie</i>	<i>Segment</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Kosten/identificatie</i>
<i>Consortia</i>			
Consortium: Trimbos-instituut & GGNET: geenpaniekonline.nl (nog niet aangeboden)	geïndiceerde preventie	18+	nog niet van toepassing
<i>Landelijke aanbieders</i>			
Interapy Nederland BV: interapy.nl PTSS en paniekstoornis	behandeling	18+	vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet met indicatiestelling
ANNAzorg: annazorg.nl angst, sociale fobie en PTSS.	behandeling en nazorg	16+	vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet met indicatiestelling

Bron: Trimbos-instituut

TABEL 1.4 OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN GEÏNVENTARISEERDE INTERVENTIES VOOR DEPRESSIE

<i>Aanbieder/interventie</i>	<i>Segment</i>	<i>Doelgroep</i>	<i>Kosten/identificatie</i>
<i>Landelijke kenniscentra</i>			
Fonds Psychische Gezondheid: depressiecentrum.nl	selectieve preventie	16+	gratis/anoniem
RIVM: kiesbeter.nl	selectieve preventie	16+	gratis/anoniem
Stichting Korrelatie: zwaarweer.nl	selectieve preventie	12-25	gratis/anoniem
Trimbos-instituut: kleurjeven.nl en tweekleurjeven.nl	geïndiceerde preventie	50+	nog niet van toepassing
	geïndiceerde preventie	18+	nog niet van toepassing
<i>Regionale (GGZ) instellingen</i>			
Altrecht: dip@altrecht.nl	selectieve preventie	18-55	gratis/ anoniem
AMC de Meren: depri-en-dan.nl	geïndiceerde preventie	15-23	gratis/ anoniem
GGZ Delftland: internettherapie.nl	geïndiceerde preventie	18+	gratis/ anoniem
GGZ Drenthe: ggzdrenthe.nl	geïndiceerde preventie	12+	gratis/ anoniem
<i>Consortia</i>			
Altrecht, Parnassia Riagg IJsselland, Stichting Korrelatie en Trimbos Instituut: gripopjedip.nl	geïndiceerde preventie	16-25	gratis/ anoniem
Stichting Tieners on Line en Jeugdriagg NHZ: pratenonline.nl	geïndiceerde preventie	12-22	gratis/ anoniem
Wyeth (met Mentrum GGZ Amsterdam en patiëntenvereniging Fobievrienden): depressiezelftest.nl	selectieve preventie	18+	gratis/ anoniem
<i>Landelijke aanbieders</i>			
Interapy Nederland BV: interapy.nl	behandeling	16+	vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet met indicatiestelling
ANNAzorg: annazorg.nl	behandeling en nazorg	18+	vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet met indicatiestelling

Bron: Trimbos-instituut

Centraal streven van de overheid is het creëren van een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg. Twee doelen van de overheid springen hierbij in het oog: enerzijds is er het streven om de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk te maken voor alle groeperingen in de Nederlandse samenleving. Centraal uitgangspunt hierbij is dat de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor alle mensen met psychische klachten, ongeacht etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau of sekse. Anderzijds is er het streven naar doelmatigheid, waarbij gefaseerde zorg wordt nagestreefd: niet meer dan nodig, maar ook niet minder dan noodzakelijk. Goede informatievoorziening is essentieel om zicht te houden op de prestaties en ontwikkelingen op dit domein. In dit rapport wordt deze informatie geboden.

Dit rapport is het tweede deel van een drietal Trendrapportages die het Trimbos-instituut in 2008 uitbrengt over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. In deze drie rapporten komen aan bod:

Deel 1: Organisatie, structuur en financiering

Deel 2: Toegang en gebruik

Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit

In de komende jaren zullen voortgangs- en verdiepingsrapportages verschijnen. De Trendrapportages GGZ worden samengesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.