

# Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: zorgelijk of niet?

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health survey and incidence study-2' (NEMESIS-2)





Tendrapportage GGZ  
Themarapport

# Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: zorgelijk of niet?

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

Trimbos-instituut,  
Utrecht, 2014

## Colofon

*Opdrachtgever*  
Ministerie van VWS

*Financiering*  
Ministerie van VWS

*Projectuitvoering*  
Dr. J. Nuijen  
Dr. M. ten Have  
Drs. M. Tuithof  
Drs. S. van Dorsseleer  
Dr. M. van Bon-Martens  
Dr. R. de Graaf

*Projectleiding*  
Dr. J. Nuijen

*Productiebegeleiding*  
Dhr. M. Fraterman

*Opmaak en druk*  
Canon Nederland N.V.

ISBN 978-90-5253-756-6

Deze uitgave is te bestellen via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1312**  
U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2014, 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

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2 Resultaten</b>	<b>15</b>
2.1 Beantwoording onderzoeksvraag 1: omvang en kenmerken van de groep niet-recente zorggebruikers	15
2.2 Beantwoording onderzoeksvraag 2: omvang en kenmerken van de groep langdurig niet-zorggebruikers	20
2.3 Beantwoording onderzoeksvraag 3: langere termijn uitkomst van stemmings- en angststoornissen bij langdurig niet-zorggebruikers	25
<b>3 Beschouwing, conclusie en aanbevelingen</b>	<b>31</b>
<b>Referenties</b>	<b>39</b>
Bijlage 1 Uitgebreide bespreking van de literatuur	43
Bijlage 2 Methode	53
Bijlage 3 Uitgebreidere tabellen	63



# Samenvatting

## Aanleiding

Stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de algemene volwassen bevolking. Het is bekend dat een deel van de volwassenen met deze aandoeningen niet in aanraking komt met de professionele psychische hulpverlening, dat wil zeggen een professional werkzaam in de algemene gezondheidszorg (AGZ) of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De vraag is echter of dit zorgelijk is. Om die vraag te beantwoorden hebben we onderzoek uitgevoerd naar:

- de omvang en kenmerken van de groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis die hiervoor langdurig (d.w.z. vier jaar) geen gebruik heeft gemaakt van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers); en
- de omvang en kenmerken van de groep langdurige niet-zorggebruikers met een ongunstige langere termijn uitkomst. Dit zijn degenen die na een follow-up periode van drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden.

Het onderzoek baseert zich op gegevens afkomstig van NEMESIS-2, een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders. Uitgegaan werd van gegevens verzameld tijdens de nulmeting (november 2007 – juli 2009) en de eerste vervolgmeting drie jaar later (november 2010 – juni 2012).

## Bevindingen

### ***Eén op de drie volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt over een periode van vier jaar geen gebruik van professionele zorg***

Ongeveer een derde (34%) van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting had in dat jaar geen contact met een professionele hulpverlener vanwege psychische problemen, en had dat ook niet in de drie daaropvolgende jaren. Deze volwassenen noemen we de langdurige niet-zorggebruikers.

### ***Zeven op de acht langdurige niet-zorggebruikers hebben na drie jaar geen stemmings- of angststoornis meer***

De langere termijn uitkomst van de in het jaar voorafgaand aan de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis was bij de langdurige niet-zorggebruikers in verreweg de meeste gevallen gunstig. Ongeveer zeven op de acht (88%) voldeed namelijk bij de volgende meting na drie jaar niet meer aan de criteria van een stemmings- of angststoornis, oftewel de stoornis was in remissie. Ook was hun sociaal functioneren en hun psychisch rolfunctioneren (op het werk en andere levensgebieden) na drie jaar niet lager dan het algemeen landelijk gemiddelde in de Nederlandse volwassen bevolking. Een

aanvullende analyse gaf aan dat bij bijna al deze langdurig niet-zorggebruikers (98%) remissie al in het eerste jaar na de nulmeting was bereikt. Deze bevindingen tezamen wijzen erop dat de psychische problematiek van verreweg de meeste langdurige niet-zorggebruikers van voorbijgaande aard was. Dit komt hoogstwaarschijnlijk doordat de (aanleiding van de) stemmings- of angststoornis verdwenen is, of doordat men zelf manieren heeft gevonden om over de problemen heen te komen, zonder daarbij te hoeven aankloppen bij de professionele hulpverlening.

Het hebben van sociale steun (van de partner, familie en vrienden, en buurtgenoten) lijkt een belangrijke rol te spelen bij het bereiken van remissie van een stemmings- of angststoornis zonder daarbij professionele hulp in te schakelen. Daarnaast lijkt schaamte voor het ontvangen van professionele psychische hulp een belemmerende rol te spelen bij het bereiken van remissie. Een verklaring hiervoor is niet makkelijk te geven, maar het zou kunnen zijn dat personen die zich niet schamen om professionele hulp te zoeken, ook vaker geneigd zijn om zelf hun psychische problemen aan te pakken.

Om de zelfredzaamheid van volwassenen met stemmings- en angststoornissen te bevorderen zou het de moeite waard zijn om na te gaan van welke hulpmiddelen of -bronnen de niet-zorggebruikers die in het eerste jaar na de nulmeting remissie bereikten, die ook ten minste drie jaar aanhield, gebruik hebben gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld door hen en naastbetrokkenen te interviewen. In de interviews zou ook kunnen worden nagegaan of lichte e-mental health interventies hen wellicht geholpen hadden om (sneller) remissie te bereiken.

### ***Eén op de acht langdurige niet-zorggebruikers heeft na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis***

Bij een minderheid van de langdurige niet-zorggebruikers was de langere termijn uitkomst van de op de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis dus niet gunstig: bijna één op de acht (12%) had bij de vervolgmeting na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis. Ten opzichte van de totale groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting betrof het een procentueel gezien kleinere groep: 4% (in absolute termen ruim 43.000 volwassenen).

Deze langdurige niet-zorggebruikers zouden wellicht gebaat zijn geweest bij het krijgen van professionele hulp. Temeer omdat het bij een ruime meerderheid van hen (71%) na drie jaar ging om een matig ernstige of ernstige stoornis. De huisarts zou een rol kunnen spelen bij het tijdig identificeren van deze risicogroep van langdurige niet-zorggebruikers, uitgaande van de veronderstelling dat de meesten zich wel bij de huisarts zullen presenteren vanwege algemene gezondheidsklachten. Op basis van onze bevindingen zou de huisarts alert moeten zijn op langer bestaande signalen van een stemmings- of angststoornis bij volwassenen met een beperkt sociaal netwerk en/of degenen die zich schamen voor het ontvangen van professionele psychische hulp.

Een andere benadering is om (bv. via interviews) beter te begrijpen waardoor het komt dat deze volwassenen met aanhoudende of herhaald optredende stemmings- of angststoornissen desondanks niet op zoek gaan naar professionele psychische hulp. Op deze wijze kan nagegaan worden of 'nieuwe' vormen van hulp (bv. e-mental health)



of het aanbieden van psychische zorg door een 'minder traditionele' professional (bv. wijkverpleegkundige, POH-GGZ) of in een andere setting (bv. de huisartsenpraktijk) minder drempels voor hen opwerpt.

***Twee op de vijf volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in datzelfde jaar gebruik van professionele zorg; één op de vijf doet dat alsnog in de daaropvolgende drie jaar***

Ruim twee op de vijf (44%) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting had in datzelfde jaar ten minste één keer contact met een professionele hulpverlener vanwege psychische problemen. Deze volwassenen noemen we de recente zorggebruikers. Zij hadden relatief vaak te kampen met ernstigere of meerdere stemmings- of angststoornissen. Daarnaast verhoogden ook het zelf (h)erkennen van psychische problemen en het zich op zijn/haar gemak voelen om met een professionele hulpverlener psychische problemen te bespreken de kans op gebruik van professionele hulp. Een beter sociaal functioneren ging daarentegen gepaard met een kleinere kans op professioneel zorggebruik.

Ongeveer één op de vijf (22%) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting maakte in datzelfde jaar geen gebruik van professionele psychische zorg, maar deed dat alsnog op enig moment in de drie daaropvolgende jaren. Deze volwassenen noemen we de afwachtende zorggebruikers. Het aanhouden of opnieuw optreden van een stemmings- of angststoornis en het hebben van suïcidale gedachten in de drie daaropvolgende jaren hingen samen met het alsnog gebruik maken van professionele zorg. Daarnaast verhoogde het zich op zijn/haar gemak voelen om met een professionele hulpverlener psychische problemen te bespreken de kans op het alsnog invoeren van professionele hulp.

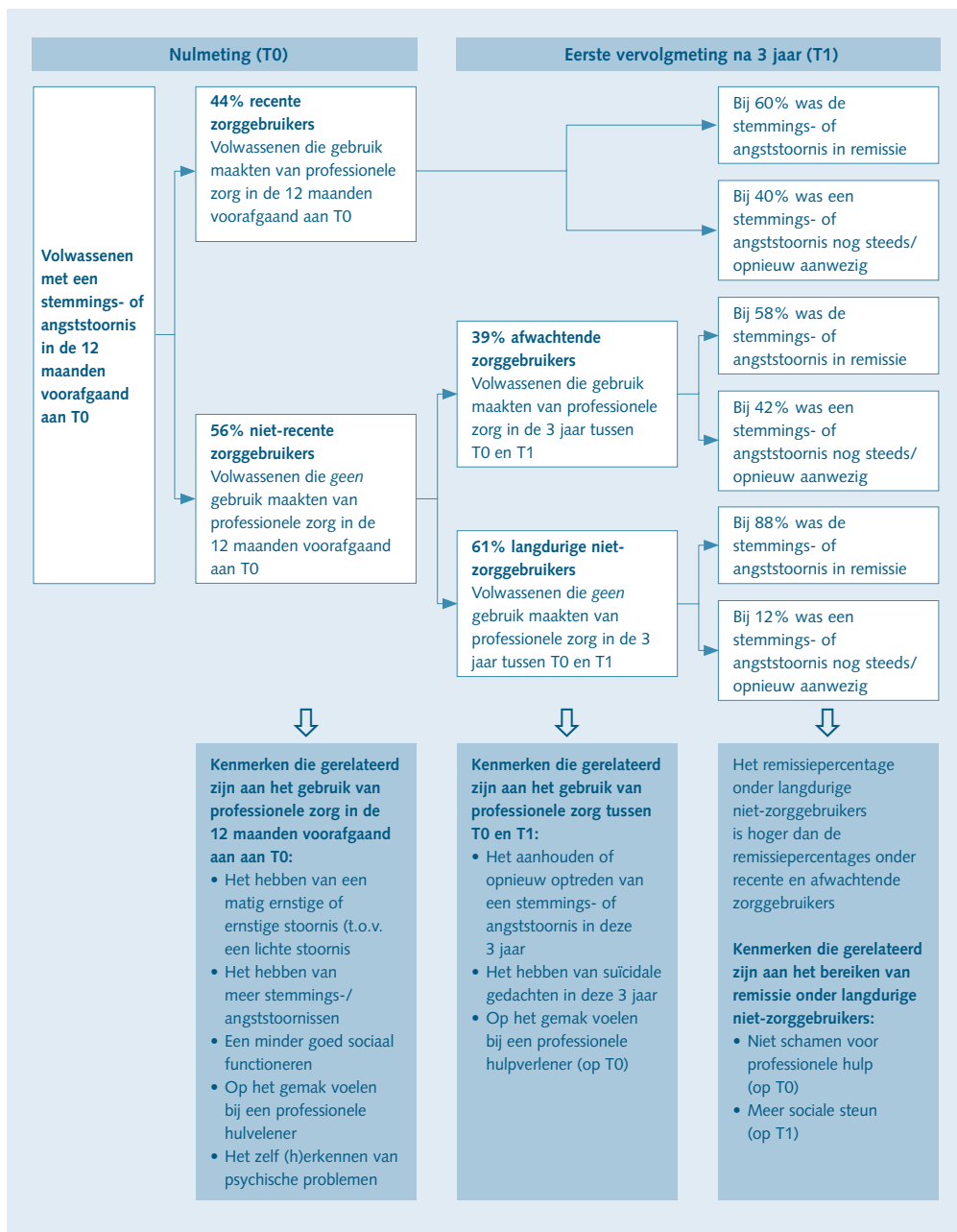
Sociaaldemografische variabelen hingen niet samen met het (alsnog) gebruik maken van professionele hulp, wat aangeeft dat de toegankelijkheid van de professionele psychische zorg niet afhankelijk is van geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen.

***Vier op de tien zorggebruikers heeft na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis***

Relatief veel volwassenen die in het jaar voorafgaand aan de nulmeting of in de drie daaropvolgende jaren gebruik maakten van professionele psychische hulp (40%), hadden na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis. Deze stoornis was in veruit de meerderheid van de gevallen ook nog eens matig ernstig of ernstig van aard. Mogelijke verklaringen:

- De volwassenen die (alsnog) in aanraking kwamen met een professionele hulpverlener hadden vaker te kampen met ernstiger stemmings- of angststoornissen die – juist vanwege hun ernstiger karakter – een ongunstiger beloop hadden.
- Een deel van de zorggebruikers heeft mogelijk 'minimale' zorg (bv. enkele consulten met een huisarts) ontvangen, die onvoldoende was om remissie van een stemmings- of angststoornis te kunnen bewerkstelligen, gegeven de ernst van de aandoening.

## Samenvattende figuur



## Conclusie

Ruim twee op de vijf (44%) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in datzelfde jaar gebruik van professionele zorg; ruim een vijfde (22% [56% x 39%]) doet dit alsnog ergens in de drie jaar daaropvolgend. Deze zorggebruikers hebben relatief vaak te kampen met ernstige en aanhoudende/opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen. Circa één op de drie (34% [56% x 61%]) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in datzelfde jaar geen gebruik van professionele hulp en doet dat ook niet in de drie daaropvolgende jaren. De meeste van deze langdurige niet-zorggebruikers (88%) lijken misschien geen professionele hulp nodig te hebben, omdat zij te maken hebben met psychische problemen van voorbijgaande aard, maar zouden wellicht sneller geholpen zijn met lichte e-mental health interventies. Echter, een relatief kleine groep langdurige niet-zorggebruikers (12%; 4% van alle volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar; ruim 43.000 volwassenen) zou wel baat kunnen hebben bij professionele hulpverlening, omdat zij na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hebben. Deze risicogroep lijkt zich te kenmerken door het hebben van beperkte sociale steun en/of het zich schamen voor het krijgen van professionele psychische hulp.

## Aanbevelingen

### ***Nagaan welke professionele hulp past bij 'risicovolle' langdurige niet-zorggebruikers***

Wellicht kan het aanbieden van 'nieuwe' vormen van professionele hulpverlening (qua type en/of setting) aan volwassenen met aanhoudende of opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen die nu geen professionele hulp zoeken hen ertoe aan zetten om dit wel te gaan doen. Dit kan bijvoorbeeld worden nagegaan door hen en naastbetrokkenen te interviewen.

### ***Nagaan welke hulpmiddelen of –bronnen zelfredzaamheid bij stemmings- of angststoornissen bevorderen***

Dit kan bijvoorbeeld worden nagegaan door het interviewen van de niet-zorggebruikers die in het eerste jaar na de nulmeting remissie bereikten, die ook ten minste drie jaar aanhield, en van hun naastbetrokkenen. In de interviews kan ook worden achterhaald in hoeverre zij gebaat zouden zijn geweest met ondersteunende e-mental health interventies.

### ***Nagaan welke professionele hulp zorggebruikers met aanhoudende of opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen ontvangen***

In ons onderzoek hebben we bij zorggebruikers met aanhoudende/opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen alleen vastgesteld dat zij ten minste één contact hebben gehad met een professional werkzaam in de AGZ of GGZ. Kennis over de aard en de intensiteit van de hulp die hen is geboden is belangrijk om de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg in de huisartsenpraktijk en GGZ voor mensen met een stemmings- en angststoornis verder te verbeteren.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding: wat is er bekend en wat niet?

- Stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de algemene bevolking. In Nederland hadden bijna 650.000 volwassenen een stemmingsstoornis in het afgelopen jaar; ruim 1 miljoen volwassenen had in het afgelopen jaar te kampen met een angststoornis (De Graaf e.a., 2010). Deze groepen overlappen voor een deel.
- Een substantieel deel van de volwassenen met deze psychische aandoeningen maakt in datzelfde jaar geen gebruik van professionele psychische zorg. Zo had 49% van de volwassenen met een stemmingsstoornis in diezelfde periode geen contact met een professional werkzaam in de algemene gezondheidszorg (AGZ) vanwege psychische problemen; 63% kwam niet in aanraking met de GGZ (De Graaf e.a., 2010).
- Er zijn verscheidene factoren die de kans verhogen dat personen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar wel gebruik maken van professionele psychische zorg, waaronder het hebben van een ernstiger stoornis (bv. Ten Have e.a., 2013a), het zelf (h)erkennen van een psychisch probleem (Verhaak e.a., 2009), het hebben van een zorgbehoefte (Van Beljouw e.a., 2010), het hebben van een positieve opvatting over het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen (bv. Van Beljouw e.a., 2010; Ten Have e.a., 2010a) en diverse sociaaldemografische kenmerken (bv. zonder partner leven, geen betaalde baan hebben) (Verhaak e.a., 2009; Ten Have e.a., 2013a).
- Is het zorgelijk dat veel personen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar hiervoor geen professionele zorg ontvangen? Hierover bestaat nog volop discussie. Enerzijds kan worden verondersteld dat veel van deze personen te kampen hebben met problemen van voorbijgaande aard die zij zelf het hoofd weten te bieden zonder te hoeven aankloppen bij de professionele hulpverlening (Regier e.a., 1998; Regier e.a., 2004; Wakefield & Schmitz, 2013). Anderzijds kan beargumenteerd worden dat deze personen een belangrijke risicogroep vormen voor het ontwikkelen van een ernstiger stoornis, met ernstiger beperkingen in het functioneren (bv. Kessler e.a., 2003a). Maatschappelijk gezien zou het daarom kosteneffectiever kunnen zijn om de niet-zorggebruikers toe te leiden naar professionele zorg om hun problemen effectief te verhelpen met kortdurende (goedkopere) behandelingen, in plaats van hen in een later stadium intensiever te moeten behandelen vanwege ernstiger problematiek.
- Een belangrijke bijdrage aan deze discussie kan worden geleverd door bevolkingsonderzoek waarin gekeken wordt naar de langere termijn uitkomst van de stemmings- of angststoornis bij de personen die geen gebruik maken van

professionele hulp: in hoeverre is deze gunstig of ongunstig? Een gunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd niet meer aanwezig, ook wel in remissie genoemd) wijst erop dat de stemmings- of angststoornis van voorbijgaande aard was en dat iemand hiervoor wellicht geen professionele hulp nodig had. Een ongunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd nog steeds aanwezig of opnieuw opgetreden) wijst erop dat iemand mogelijk gebaat zou zijn geweest bij professionele hulp.

- Echter, dergelijk longitudinaal bevolkingsonderzoek naar de langere termijn uitkomst van een stemmings- of angststoornis onder personen die geen gebruik maken van professionele zorg is internationaal tot nu toe nauwelijks uitgevoerd, en in Nederland helemaal niet (zie Bijlage 1 voor een uitgebreide bespreking van eerdere uitgevoerde bevolkingsstudies). De *'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'* (NEMESIS-2), een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassenen Nederlanders met meer meetmomenten, biedt de mogelijkheid om deze lacune in kennis op te vullen (De Graaf e.a., 2010; De Graaf e.a., 2012).
- In het longitudinale onderzoek dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat een deel van de mensen met een stemmings- of angststoornis in eerste instantie geen gebruik maakt van professionele zorg, maar dit na verloop van tijd alsnog doet (Ten Have e.a., 2013b). Deze afwachterende zorggebruikers dienen onderscheiden te worden van de personen met een stemmings- en angststoornis die gedurende een langere periode geen professionele hulp ontvangen, de langdurige niet-zorggebruikers. De discussie over het al dan niet zorgelijk zijn van het niet gebruik maken van professionele hulp bij een stemmings- of angststoornis vereist vooral kennis over de langere termijn uitkomst van deze stoornissen onder de langdurige niet-zorggebruikers.

## 1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit rapport is om kennis te verkrijgen over :

- de omvang en kenmerken van de groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis die hiervoor langdurig (d.w.z. vier jaar) geen gebruik maken van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers); en
- de omvang en kenmerken van de groep langdurige niet-zorggebruikers met een ongunstige langere termijn uitkomst, oftewel degenen die na een follow-up periode van drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hebben.

Zoals gezegd baseert dit onderzoek zich op gegevens afkomstig van NEMESIS-2. Uitgegaan werd van de volwassenen die ten tijde van de nulmeting (november 2007 – juli 2009) een stemmings- of angststoornis hadden in de voorafgaande 12 maanden, en in deze periode al dan niet gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen. Professionele zorg betekent dat een persoon in het afgelopen jaar ten minste

één keer contact heeft gehad met een professional werkzaam in de AGZ of GGZ vanwege psychische problemen. Met de gegevens van de eerste vervolgmeting (november 2010 – juni 2012) konden de uitkomsten van de stemmings- of angststoornissen drie jaar na de nulmeting worden nagegaan, en kon ook het professionele zorggebruik in de driejarige periode tussen de nulmeting en de vervolgmeting in kaart worden gebracht.

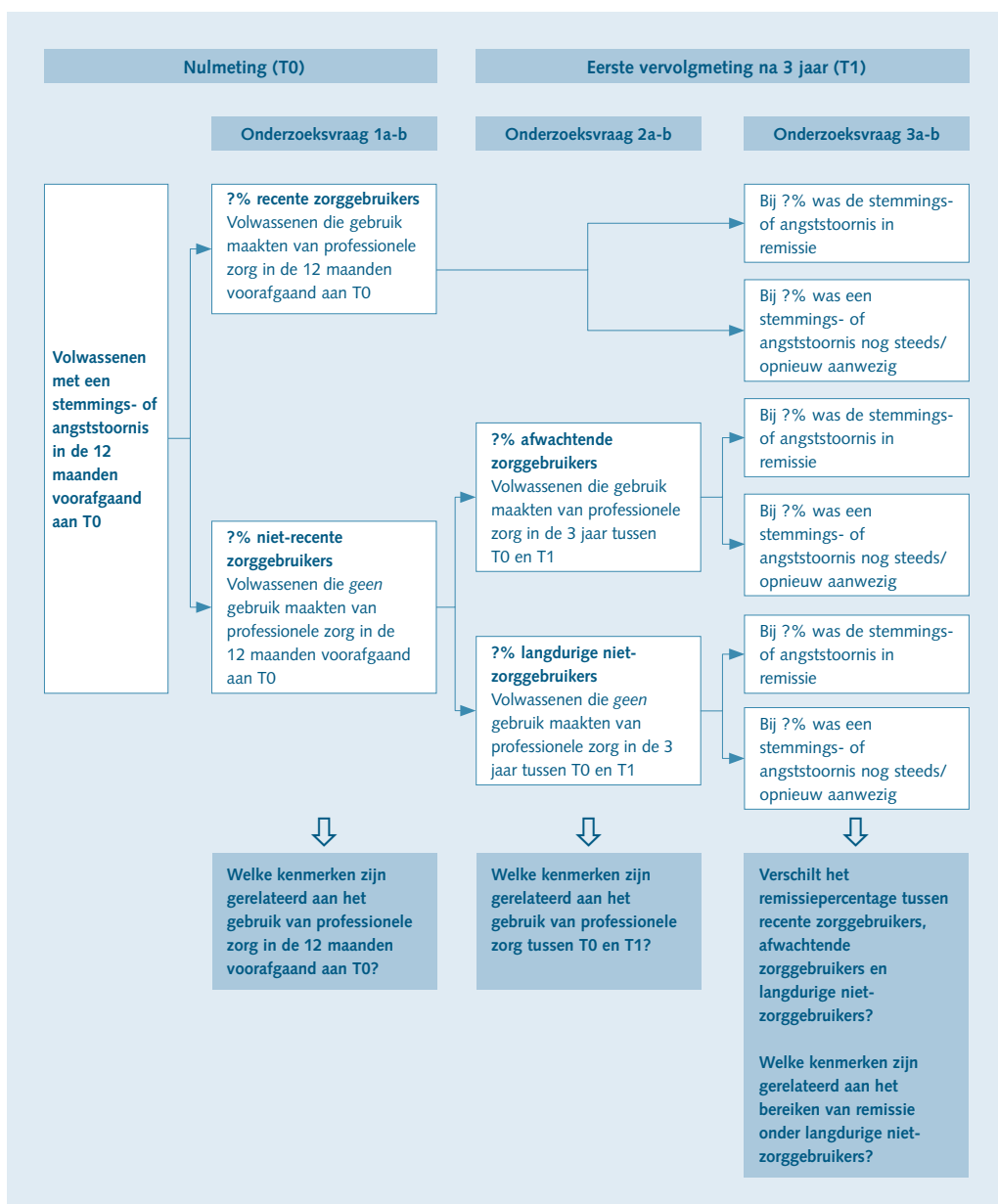
De volgende onderzoeksvragen zullen worden beantwoord:

- 1) a) Welk percentage van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting maakte in diezelfde periode geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (niet-recente zorggebruikers<sup>1</sup>)?  
b) Op welke kenmerken verschilden de niet-recente zorggebruikers van degenen die dat wel deden (recente zorggebruikers)?
- 2) a) Welk percentage van de niet-recente zorggebruikers maakte ook in de drie jaar volgend op de nulmeting geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (langdurige niet-zorggebruikers)?  
b) Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers van degenen die gedurende de drie jaar follow-up op enig moment alsnog gebruik gingen maken van professionele zorg (afwachtende zorggebruikers)?
- 3) a) Bij welk percentage van de langdurige niet-zorggebruikers was drie jaar na de nulmeting de stemmings- of angststoornis niet meer aanwezig (in remissie)?  
b) Verschilde het remissiepercentage onder de langdurige niet-zorggebruikers van de remissiepercentages onder de recente en afwachtende zorggebruikers?  
c) Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers die drie jaar na de nulmeting nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden van de langdurige niet-zorggebruikers bij wie de stemmings- of angststoornis in remissie was?

De onderzoeksvragen worden in de figuur op de volgende pagina gevisualiseerd.

---

1 Er is voor de term 'niet-recente zorggebruikers' gekozen en niet voor de term 'niet-zorggebruikers', omdat een deel van de volwassenen een voorgeschiedenis van professioneel zorggebruik zal hebben.



### 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 presenteert de onderzoeksbevindingen. In Hoofdstuk 3 worden de bevindingen besproken en aanbevelingen gegeven. In de bijlagen is extra informatie te vinden. Bijlage 1 bespreekt uitgebreid de bevindingen van eerder uitgevoerd onderzoek; Bijlage 2 gaat in op de onderzoeksmethode; en Bijlage 3 presenteert de uitgebreide resultatentabellen.

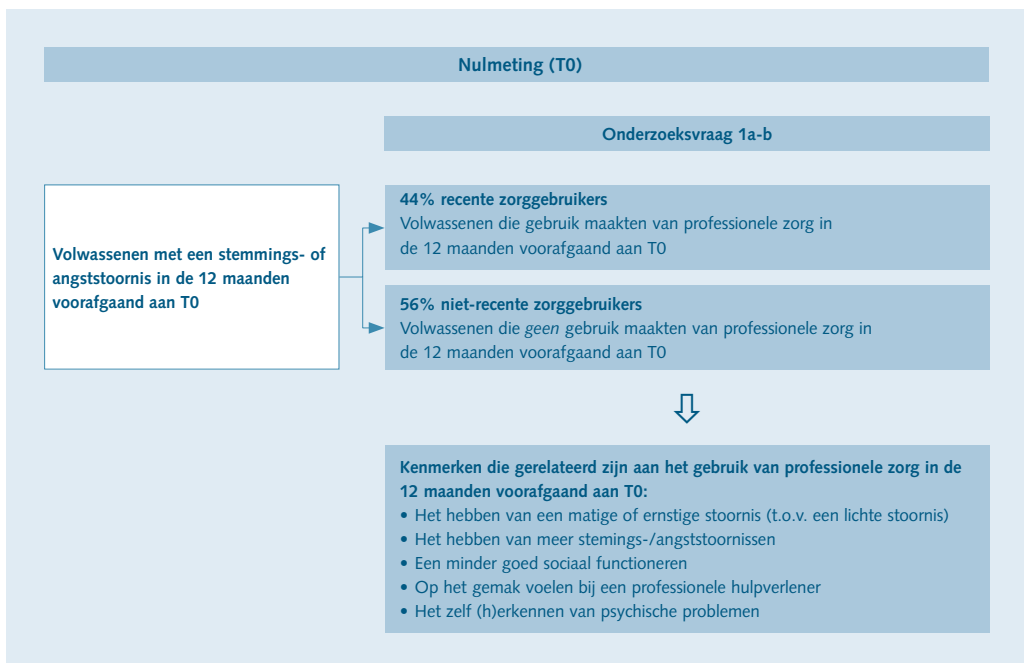


## 2 Resultaten

### 2.1 Beantwoording onderzoeksvraag 1

- a) Welk percentage van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting maakte in diezelfde periode geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (niet-recente zorggebruikers)?
- b) Op welke kenmerken verschilden de niet-recente zorggebruikers van degenen die dat wel deden (recente zorggebruikers)?

#### Bevindingen samengevat



## ***Bevindingen uitgebreid besproken***<sup>2</sup>

### Onderzoeksvraag 1a

Kijkend naar de volwassenen die ten tijde van de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden in de voorafgaande 12 maanden (n = 659), maakte ruim de helft (56%) in deze periode geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen. Deze personen kunnen bestempeld worden als niet-recente zorggebruikers. Het is mogelijk dat een deel van hen een voorgeschiedenis qua professioneel zorggebruik had (dus zorggebruik dat plaatsvond eerder dan het jaar voorafgaand aan de nulmeting).

### Onderzoeksvraag 1b

De niet-recente zorggebruikers verschilden op diverse kenmerken van de volwassenen die wel professionele hulpverlening ontvingen, de recente zorggebruikers. Hieronder worden de uitkomsten van de analyses op hoofdlijnen besproken. Voor wie de exacte resultaten wil zien verwijzen we naar Bijlage 3 (Tabel I).

De resultaten van de *univariate analyses* – waarbij per analyse naar één kenmerk werd gekeken – zijn te zien in de vierde kolom van Tabel 2.1 (zie de vetgedrukte ‘plussen’ en ‘minnen’). Zoals verwacht op basis van uitkomsten van eerder onderzoek, hadden de recente zorggebruikers in vergelijking met de niet-recente zorggebruikers vaker een ernstige of matige stemmings- of angststoornis (i.p.v. een lichte stoornis), vaker meer stemmings- of angststoornissen en vaker suïcidegedachten. Daarnaast hadden de recente zorggebruikers vaker een bijkomende chronische lichamelijke ziekte en vaker negatieve levensgebeurtenissen meegemaakt dan de niet-recente zorggebruikers. Ook ervoeren de recente zorggebruikers een slechter sociaal functioneren (meer beperkingen door lichamelijke of psychische problemen in sociale activiteiten zoals bezoek aan vrienden of familie) en een slechter psychisch rolfunctioneren (meer beperkingen bij het werk of andere bezigheden door emotionele of psychische problemen). Ze (h)erkenden vaker zelf psychische problemen te hebben en voelden zich vaker op hun gemak bij een hulpverlener om psychische problemen te bespreken. Ten slotte werd gevonden dat de recente zorggebruikers in vergelijking met de niet-recente zorggebruikers minder vaak samenwoonden met een partner en minder vaak betaald werk hadden. Andere sociaaldemografische factoren (geslacht, leeftijd, opleiding, huishoudinkomen, al dan niet woonachtig in een stad) waren niet gerelateerd aan het gebruik van professionele psychische zorg in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting.

De resultaten van de *multivariate analyse* – waarbij in één analyse naar verschillende kenmerken wordt gekeken en rekening wordt gehouden met hun onderlinge verbanden – staan weergegeven in de laatste kolom van Tabel 2.1. Zonder partner leven en geen betaald werk hebben bleken niet meer samen te hangen met recent gebruik van professionele zorg wanneer gecontroleerd werd voor de invloed van de andere factoren (zoals ernst van de stoornis). Ook de effecten van het hebben van suïcidegedachten, het hebben van een chronische lichamelijke aandoening, het hebben

---

2 Genoemde percentages zijn gewogen en wijken daarom af van de percentages die kunnen worden berekend op basis van de genoemde (ongewogen) aantallen.

meegemaakt van (meer) negatieve levensgebeurtenissen en een slechter psychisch rolfunctioneren, vielen weg wanneer rekening gehouden werd met de invloed van de andere kenmerken. De volgende factoren bleven wel significant gerelateerd aan recent professioneel zorggebruik (zie de vetgedrukte 'plussen' en 'minnen' in de laatste kolom van Tabel 2.1):

- *Ernst van de stemmings- of angststoornis*  
Volwassenen met een ernstige stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting hadden een grotere kans om in diezelfde periode gebruik te maken van professionele zorg dan volwassenen met een lichte stemmings- of angststoornis. Ook volwassenen met een matige stemmings- of angststoornis hadden meer kans op het ontvangen van professionele zorg ten opzichte van degenen met een lichte stemmings- of angststoornis.
- *Aantal stemmings- of angststoornissen*  
Hoe hoger het aantal stemmings- of angststoornissen in het jaar voorafgaand aan de nulmeting was, hoe hoger de kans was op het gebruik van professionele zorg in diezelfde periode.
- *Sociaal functioneren*  
Hoe beter volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting hun sociaal functioneren ervoeren, hoe lager de kans was dat zij in diezelfde periode gebruik maakten van professionele hulp.
- *Het zich op zijn of haar gemak voelen bij een hulpverlener*  
Volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting en die zich op hun gemak voelden bij een professionele hulpverlener om psychische problemen te bespreken hadden meer kans om in diezelfde periode gebruik te maken van professionele zorg dan de volwassenen die zich niet op hun gemak voelden bij een hulpverlener.
- *Het (h)erkennen van psychische problemen*  
Volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting en die (h)erkenden dat zij psychische problemen hadden, hadden meer kans om in diezelfde periode gebruik te maken van professionele hulpverlening dan degenen die geen psychische problematiek bij zichzelf (h)erkenden.

**Tabel 2.1 Kenmerken van volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting (n=659), uitgesplitst naar degenen die in datzelfde jaar gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen (*recente zorggebruikers*) en degenen die dat niet deden (*niet-recente zorggebruikers*). De laatste twee kolommen presenteren de relaties tussen de kenmerken en het gebruik van professionele zorg in het jaar voorafgaand aan de nulmeting. Bij de univariate resultaten (4<sup>e</sup> kolom) is geen rekening gehouden met de invloed van andere kenmerken; bij de multivariate resultaten (5<sup>e</sup> kolom) is dat wel het geval. Significante verbanden staan vetgedrukt, waarbij een 'plus' wijst op een positief verband en een 'min' op een negatief verband. Het aantal 'plussen' of 'minnen' geeft de mate van significantie aan.**

Kenmerken t.t.v. TO		Recente zorggebruikers	Niet-recente zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met recent gebruik van professionele zorg?	
		n=310 (44,1%)	n=349 (55,9%)	Univariaat	Multivariaat <sup>a</sup>
Geslacht: vrouw (%)		64,4	56,1	Nee	Nee
Leeftijd (%)	18-24	13,9	15,7	Referentie-categorie	
	25-34	23,3	21,1	Nee	
	35-44	22,1	27,4	Nee	
	45-54	26,3	19,6	Nee	
	55-64	14,5	16,2	Nee	
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	8,1	8,8	Referentie-categorie	
	Lbo, mavo	25,0	30,1	Nee	
	Mbo, havo, vwo	41,4	37,6	Nee	
	Hbo, universiteit	25,6	23,5	Nee	
Zonder partner wonen (%)		55,4	42,5	++	Nee
Geen betaald werk (%)		41,5	27,2	++	Nee
Huishoudinkomen (%)	Laag	46,5	41,6	Referentie-categorie	
	Midden	39,3	42,6	Nee	
	Hoog	14,2	15,8	Nee	
In de stad wonen %		70,2	70,2	Nee	
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	12,1	33,7	Referentie-categorie	Referentie-categorie
	Matig	33,6	38,6	+++	+
	Ernstig	54,3	27,7	+++	++
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)		1,6	1,2	+++	+
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)		9,7	4,3	Nee	Nee
Suïcidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)		14,6	3,1	++	Nee
Chronische somatische aandoening (%)		52,2	41,6	++	Nee
Negatieve levensgebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	21,0	36,0	Referentie-categorie	Referentie-categorie
	1	34,2	29,6	+	Nee
	2 of meer	44,8	34,4	++	Nee

## Vervolg Tabel 2.1

Kenmerken t.t.v. TO	Recente zorggebruikers	Niet-recente zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met recent gebruik van professionele zorg?	
	n=310 (44,1%)	n=349 (55,9%)	Univariaat	Multivariaat <sup>B</sup>
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>A</sup>	68,9	83,4	- - -	-
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken)(gem.) <sup>A</sup>	63,9	86,4	- - -	Nee
Zelf (h)erkennen van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)	65,9	38,3	+++	+++
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)	81,7	70,1	++	+++
Niet schamen voor professionele hulp (%)	75,9	75,8	Nee	

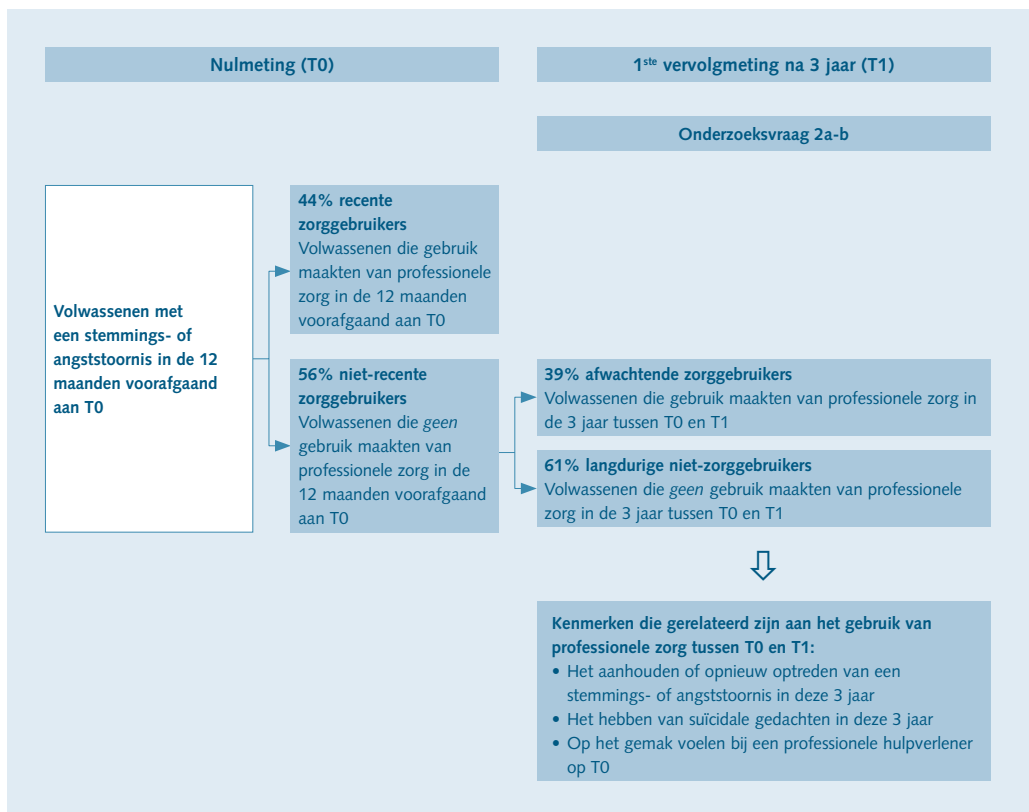
<sup>A</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

<sup>B</sup> Alleen variabelen met een significantieniveau van 0,10 in univariate analyses zijn meegenomen in de multivariate analyse.

## 2.2 Beantwoording onderzoeksvraag 2

- Welk percentage van de niet-recente zorggebruikers maakte ook in de drie jaar volgend op de nulmeting geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (langdurige niet-zorggebruikers)?
- Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers van degenen die gedurende de drie jaar follow-up op enig moment alsnog gebruik gingen maken van professionele zorg (afwachterende zorggebruikers)?

### Bevindingen samengevat



## ***Bevindingen uitgebreid besproken***<sup>3</sup>

### Onderzoeksvraag 2a

Uitgegaan werd van de volwassenen die in het jaar voorafgaand aan de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden, maar in diezelfde periode geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen: de niet-recente zorggebruikers (n = 279).<sup>4</sup> Het bleek dat circa zes op de tien (61,3%; n = 171) van de niet-recente zorggebruikers ook in de drie daaropvolgende jaren tussen de nulmeting en de vervolgmeting niet in aanraking kwamen met professionele hulpverlening. Dit noemen wij de langdurige niet-zorggebruikers. De resterende volwassenen (n = 108) die op enig moment in de driejarige follow-up periode alsnog gebruik maakten van professionele zorg, werden bestempeld als de afwachtende zorggebruikers.

### Onderzoeksvraag 2b

De langdurige niet-zorggebruikers verschilden op een aantal kenmerken van de afwachtende zorggebruikers. Hieronder worden de uitkomsten van de analyses op hoofdlijnen besproken. Voor wie de exacte resultaten wil zien verwijzen we naar Bijlage 3 (Tabel II).

De resultaten van de *univariate analyses* – waarbij per analyse dus naar één kenmerk werd gekeken – zijn te zien in de vierde kolom van Tabel 2.2. In vergelijking met de langdurige niet-zorggebruikers hadden de afwachtende zorggebruikers vaker nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis en vaker suïcidegedachten in de driejarige follow-up periode. Daarnaast woonden de afwachtende zorggebruikers ten tijde van de nulmeting minder vaak samen met een partner en hadden zij op dat moment minder vaak een huishoudinkomen in de middencategorie (t.o.v. een laag huishoudinkomen) dan de langdurige niet-zorggebruikers. Tot slot ervoeren de afwachtende zorggebruikers ten tijde van de vervolgmeting minder sociale steun dan de langdurige niet-zorggebruikers. Het gaat hier om de ervaren hulp en steun die men krijgt van de partner, familie en vrienden, en buurtgenoten.

De resultaten van de *multivariate analyse* – waarbij in één analyse naar verschillende kenmerken wordt gekeken en rekening wordt gehouden met hun onderlinge verbanden – staan weergegeven in de laatste kolom van Tabel 2.2. Zonder partner leven en huishoudinkomen bleken niet meer samen te hangen met het alsnog gebruik maken van professionele zorg in de drie jaar volgend op de nulmeting. Ook het effect van het ervaren van minder sociale steun viel weg wanneer gecontroleerd werd voor de invloed van de andere kenmerken. Alleen de twee factoren die iets zeggen over de ernst van de stoornissen bleven significant gerelateerd aan het alsnog gebruik maken van professioneel zorggebruik in de driejarige follow-up periode:

- *Het aanhouden of opnieuw optreden van een stemmings- of angststoornis*  
Volwassenen bij wie een stemmings- of angststoornis in de drie jaar tussen de

---

3 Genoemde percentages zijn gewogen en wijken daarom af van de percentages die kunnen worden berekend op basis van de genoemde (ongewogen) aantallen.

4 De afname van 349 (zie Tabel 2.1) naar 279 wordt verklaard door uitval van respondenten waardoor er geen vervolgmeting beschikbaar was.

nulmeting en de vervolgmeting aanhield of opnieuw optrad hadden meer kans om alsnog in aanraking te komen met de professionele hulpverlening dan volwassenen die geen stemmings- of angststoornis meer hadden in deze driejarige periode.

- *Suicidegedachten*

Volwassenen die suïcidegedachten hadden gedurende de driejarige follow-up periode hadden meer kans om alsnog gebruik te maken professionele zorg dan volwassenen zonder suïcidegedachten in de drie jaar.

Daarnaast had in de multivariate analyse *het zich op zijn of haar gemak voelen bij een hulpverlener* een significante invloed:

- Volwassenen die zich op hun gemak voelden bij een professionele hulpverlener om psychische problemen te bespreken hadden meer kans om in de driejarige follow-up periode alsnog gebruik te maken van professionele zorg dan de volwassenen die zich niet op hun gemak voelden bij een professionele hulpverlener.



Tabel 2.2 Kenmerken van volwassenen die in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting (T0) een stemmings- of angststoornis hadden, maar in dat jaar geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen (n=279). Er is een uitsplitsing gemaakt naar degenen die in de daaropvolgende drie jaar tussen T0 en de vervolgmeting (T1) wel gebruik maakten van professionele hulp (*afwachterende zorggebruikers*) en degenen die dat niet deden (*langdurige niet-zorggebruikers*). De laatste twee kolommen presenteren de relaties tussen de kenmerken en het alsnog gebruik maken van professionele zorg in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1. Bij de univariate resultaten (4<sup>e</sup> kolom) is geen rekening gehouden met de invloed van andere kenmerken; bij de multivariate resultaten (5<sup>e</sup> kolom) is dat wel het geval. Significante verbanden staan vetgedrukt, waarbij een 'plus' wijst op een positief verband en een 'min' op een negatief verband. Het aantal 'plussen' of 'minnen' geeft de mate van significantie aan.

Kenmerken t.t.v. T0:		Afwachterende zorggebruikers	Langdurige niet-zorg- gebruikers	Welke kenmerken hangen samen met het alsnog gebruiken van professionele zorg tussen T0 en T1?	
		n=108 (38,5%)	n=171 (61,5%)	Univariaat	Multivariaat <sup>c</sup>
Geslacht: vrouw (%)		61,4	59,5	Nee	
Leeftijd (%)	18-24	15,0	18,4	Referentie- categorie	
	25-34	26,8	14,7	Nee	
	35-44	25,7	27,9	Nee	
	45-54	15,9	23,8	Nee	
	55-64	16,5	15,2	Nee	
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	4,4	8,8	Referentie- categorie	
	Lbo, mavo	30,5	26,5	Nee	
	Mbo, havo, vwo	42,7	40,1	Nee	
	Hbo, universiteit	22,4	24,7	Nee	
Zonder partner wonen (%)		54,7	33,0	++	Nee
Geen betaald werk (%)		25,2	23,6	Nee	
Huishoudinkomen (%)	Laag	50,7	33,4	Referentie- categorie	Referentie- categorie
	Midden	35,2	46,4	-	Nee
	Hoog	14,0	20,3	Nee	Nee
In de stad wonen (%)		75,8	66,0	Nee	
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	37,6	35,1	Referentie- categorie	
	Matig	35,5	37,0	Nee	
	Enstig	27,0	27,8	Nee	
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)		1,3	1,1	Nee	Nee

Vervolg Tabel 2.2

		Afwachtende zorggebruikers	Langdurige niet-zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met het alsnog gebruiken van professionele zorg tussen T0 en T1?	
		n=108 (38,5%)	n=171 (61,5%)	Univariaat	Multivariaat <sup>c</sup>
<b>Kenmerken t.t.v. T0:</b>					
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)		3,8	5,1	Nee	
Suicidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)		2,7	3,6	Nee	
Chronische somatische aandoening (%)		40,3	42,0	Nee	
Negatieve levensgebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	36,9	31,6	Referentie-categorie	
	1	25,6	29,8	Nee	
	2 of meer	37,5	38,6	Nee	
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		80,2	84,6	Nee	
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		88,9	83,7	Nee	
Zelf (h)erkenken van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)		44,1	37,6	Nee	
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)		75,6	61,5	Nee	+
Niet schamen voor professionele hulp (%)		79,8	71,8	Nee	
<b>Kenmerken tussen T0-T1:</b>					
Sterke inkomensdaling (%)		22,3	16,7	Nee	
Aanhouden/opnieuw optreden stemmings- of angststoornis (%)		54,1	13,4	+++	+++
Middelenafhankelijkheid (%)		1,7	3,7	Nee	
Suicidegedachten (%)		14,6	0,1	+++	+++
Negatieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	21,3	15,6	Referentie-categorie	
	1	21,7	26,5	Nee	
	2 of meer	57,1	58,0	Nee	
Positieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	24,3	22,2	Referentie-categorie	
	1	37,8	29,9	Nee	
	2 of meer	37,9	48,0	Nee	
<b>Kenmerk t.t.v. T1:</b>					
Sociale steun (gem.) <sup>b</sup>		3,0	3,2	-	Nee

<sup>a</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

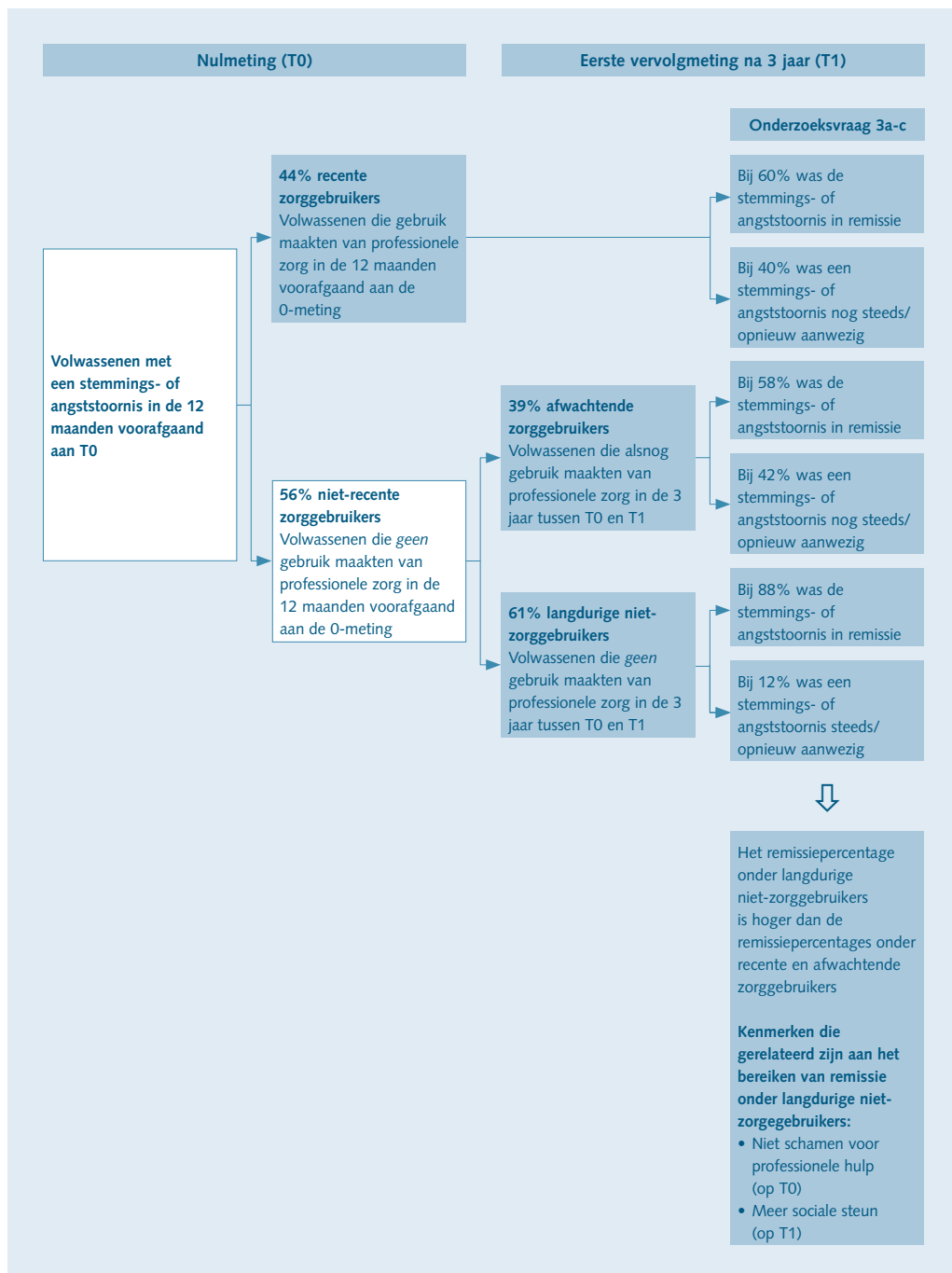
<sup>b</sup> Schaal van 1 tot 4, waarbij een hogere score duidt op meer sociale steun.

<sup>c</sup> Alleen variabelen met een significantieniveau van 0,10 in univariate analyses zijn meegenomen in de multivariate analyse.

## 2.3 Beantwoording onderzoeksvraag 3

- a) Bij welk percentage van de langdurige niet-zorggebruikers was drie jaar na de nulmeting de stemmings- of angststoornis niet meer aanwezig (in remissie)?
- b) Verschilde het remissiepercentage onder de langdurige niet-zorggebruikers van de remissiepercentages onder de recente en afwachtende zorggebruikers?
- c) Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers die drie jaar na de nulmeting nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden van de langdurige niet-zorggebruikers bij wie de stemmings- of angststoornis in remissie was?

## Bevindingen samengevat



## ***Bevindingen uitgebreid besproken***<sup>5</sup>

### Onderzoeksvraag 3a

Uitgegaan werd van de volwassenen die in het jaar voorafgaand aan de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden en die zowel in dat jaar als in de drie jaar volgend op de nulmeting geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen: de langdurige niet-zorggebruikers (n = 171). Het bleek dat bij bijna zeven op de acht (88,2%) de stemmings- of angststoornis in remissie was in het derde jaar van follow-up na de nulmeting. Remissie betekent dat een persoon niet meer voldeed aan de diagnostische criteria voor een stemmings- of angststoornis. Uit aanvullende analyses (resultaten niet gepresenteerd) bleek verder dat het sociaal functioneren en psychische rolfunctioneren van de personen bij wie er sprake was van remissie (n= 155) niet significant verschilde van het algemeen landelijk gemiddelde in de Nederlandse volwassen bevolking. Een andere aanvullende analyse gaf aan dat bij bijna al deze 155 volwassenen (98,2%) al in het eerste jaar na de nulmeting remissie van de stemmings- of angststoornis was opgetreden.

Andersom bekeken had dus bijna één op de acht (11,8%) van de langdurige niet-zorggebruikers drie jaar na de nulmeting nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis. Kijkend naar deze 16 volwassenen, ging het in 40,2% van de gevallen om een ernstige stoornis, in 31,1% van de gevallen om een matige stoornis, en in 28,7% van de gevallen om een lichte stoornis.

### Onderzoeksvraag 3b

Het remissiepercentage (88,2%) onder de langdurige niet-zorggebruikers was significant hoger dan de remissiepercentages onder de recente zorggebruikers (60,0%) en de afwachterende zorggebruikers (58,0%) (zie Tabel 2.3). Anders geformuleerd: ongeveer vier op de tien van de recente en afwachterende zorggebruikers had drie jaar na de nulmeting nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis.

---

5 Genoemde percentages zijn gewogen en wijken daarom af van de percentages die kunnen worden berekend op basis van de genoemde (ongewogen) aantallen.

**Tabel 2.3** Het percentage volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting (T0) dat na drie jaar follow-up (T1) geen stemmings- of angststoornis had (remissiepercentage), uitgesplitst naar de recente zorggebruikers, de afwachterende zorggebruikers en de langdurige niet-zorggebruikers.

	Remissiepercentage		Het remissiepercentage verschilt t.o.v.?
	%	95% betrouwbaarheidsinterval <sup>D</sup>	
Recente zorggebruikers (n = 252) <sup>A</sup>	60,0	(52,5-66,4)	Langdurige niet-zorggebruikers
Afwachterende zorggebruikers (n = 108) <sup>B</sup>	58,0	(45,8-69,3)	Langdurige niet-zorggebruikers
Langdurige niet-zorggebruikers (n = 171) <sup>C</sup>	88,2	(78,9-93,7)	Recente en afwachterende zorggebruikers

<sup>A</sup> Volwassenen die in het jaar voorafgaand aan T0 gebruik maakten van professionele zorg.

<sup>B</sup> Volwassenen die in het jaar voorafgaand aan T0 geen gebruik maakten van professionele zorg, maar wel in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1.

<sup>C</sup> Volwassenen die zowel in het jaar voorafgaand aan T0 als in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1 geen gebruik maakten van professionele zorg.

<sup>D</sup> Geeft met 95% zekerheid aan dat het werkelijke remissiepercentage zich tussen de aangegeven waarden bevindt.

### Onderzoeksvraag 3c

De resultaten van de *univariate analyses* – waarbij per analyse naar één kenmerk werd gekeken – zijn te zien in de laatste kolom van Tabel 2.4. Hieronder worden de uitkomsten van de analyses op hoofdlijnen besproken. Voor wie de exacte resultaten wil zien verwijzen we naar Bijlage 3 (Tabel III).

In vergelijking met de langdurige niet-zorggebruikers die na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden, gaven de langdurige niet-zorggebruikers bij wie remissie was opgetreden tijdens de nulmeting vaker aan dat zij zich niet zouden schamen als vrienden zouden weten dat ze professionele hulp voor een psychische probleem zouden krijgen. Anders gezegd, langdurige niet-zorggebruikers die ten tijde van de nulmeting geen schaamte tegenover vrienden zouden voelen als zij professionele psychische hulp zouden krijgen, hadden minder kans om na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis te hebben dan de langdurige niet-zorggebruikers die zich hiervoor schaamden. Een ander verschil was dat de langdurige niet-zorggebruikers bij wie na drie jaar remissie was opgetreden op dat moment meer sociale steun ervoeren dan degenen bij wie geen sprake was van remissie. Anders geformuleerd, onder langdurige niet-zorggebruikers hing het ervaren van meer sociale steun in het derde jaar na de nulmeting samen met een lagere kans om op dat jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis te hebben. Het gaat hier om de ervaren hulp en steun die men krijgt van de partner, familie en vrienden, en buurtgenoten.

In de andere univariate analyses werden geen aanvullende kenmerken gevonden die significant samenhangen met het drie jaar na de nulmeting aanhouden of opnieuw optreden van een stemmings- of angststoornis. Hierbij moet worden opgemerkt dat de univariate analyses een lage statistische power hadden vanwege het lage aantal langdurig niet-zorggebruikers dat na drie jaar geen remissie van de stemmings- of angststoornis bereikte (n=16). Dit betekent dat niet kan worden uitgesloten dat aanvullende kenmerken een invloed hadden. Het lage aantal langdurig niet-zorggebruikers bij wie drie jaar na de nulmeting geen remissie optrad, verhinderde ook het uitvoeren van een multivariate analyse, waarbij in één analyse naar verschillende kenmerken wordt gekeken, terwijl gecontroleerd wordt voor hun onderlinge verbanden.

**Tabel 2.4 Kenmerken van volwassenen die in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting (T0) een stemmings- of angststoornis hadden, maar zowel in datzelfde jaar als in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1 geen gebruik maakten van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers) (n=171). Er is een uitsplitsing gemaakt naar de langdurige niet-zorggebruikers die in de 12 maanden voorafgaand aan T1 geen stemmings- of angststoornis meer hadden (in remissie) en degenen die in dat jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden. De laatste kolom presenteert de relaties tussen de kenmerken en het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan T1. Significante verbanden staan vetgedrukt, waarbij een 'plus' wijst op een positief verband en een 'min' op een negatief verband.**

Kenmerken t.t.v. T0:		Langdurige niet-zorggebruikers		Welke kenmerken hangen samen met het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis op T1?
		Stemmings- of angststoornis in remissie op T1	Nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis op T1	
		n=155 (88,2%)	n=16 (11,8%)	Univariaat
Geslacht: vrouw (%)		61,2	46,7	Nee
Leeftijd (%)	18-24	15,5	40,2	Referentiecategorie
	25-34	13,7	22,3	Nee
	35-44	29,1	18,8	Nee
	45-54	25,2	13,1	Nee
	55-64	16,5	5,6	Nee
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	10,0	0,0	<i>Niet getoetst</i>
	Lbo, mavo	23,9	45,6	Nee
	Mbo, havo, vwo	42,9	19,2	Nee
	Hbo, universiteit	23,3	35,2	Referentiecategorie
Zonder partner wonen (%)		33,8	27,1	Nee
Geen betaald werk (%)		24,4	18,1	Nee
Huishoudinkomen (%)	Laag	31,8	44,3	Referentiecategorie
	Midden	47,1	41,2	Nee
	Hoog	21,1	14,5	Nee
In de stad wonen (%)		63,3	86,5	Nee

Vervolg Tabel 2.4

		Langdurige niet-zorgegebruikers		Welke kenmerken hangen samen met het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis op T1?
		Stemmings- of angststoornis in remissie op T1	Nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis op T1	
Kenmerken t.t.v. T0:		n=155 (88,2%)	n=16 (11,8%)	Univariaat
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	37,4	18,0	Referentiecategorie
	Matig	36,0	44,7	Nee
	Ernstig	26,5	37,3	Nee
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)		1,1	1,3	Nee
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)		5,7	0,9	Nee
Suicidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)		4,1	0,0	<i>Niet getoetst</i>
Negatieve levensgebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	32,9	21,6	Referentiecategorie
	1	29,3	33,3	Nee
	2 of meer	37,7	45,2	Nee
Chronische somatische aandoening (%)		42,8	35,8	Nee
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>A</sup>		84,7	83,6	Nee
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>A</sup>		84,9	74,7	Nee
Zelf (h)erkennen van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)		37,4	38,9	Nee
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)		64,7	37,3	Nee
Niet schamen voor professionele hulp (%)		75,9	40,8	-
<b>Kenmerken tussen T0-T1:</b>				
Sterke inkomensdaling (%)		18,4	3,8	Nee
Middelenafhankelijkheid (%)		4,1	0,9	Nee
Suicidegedachten (%)		0,1	0,0	<i>Niet getoetst</i>
Negatieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	16,2	10,8	Referentiecategorie
	1	26,5	26,3	Nee
	2 of meer	57,3	62,9	Nee
Positieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	22,9	16,4	Referentiecategorie
	1	30,9	22,2	Nee
	2 of meer	46,2	61,4	Nee
<b>Kenmerk t.t.v. T1:</b>				
Sociale steun (gem.) <sup>B</sup>		3,3	2,9	-

<sup>A</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

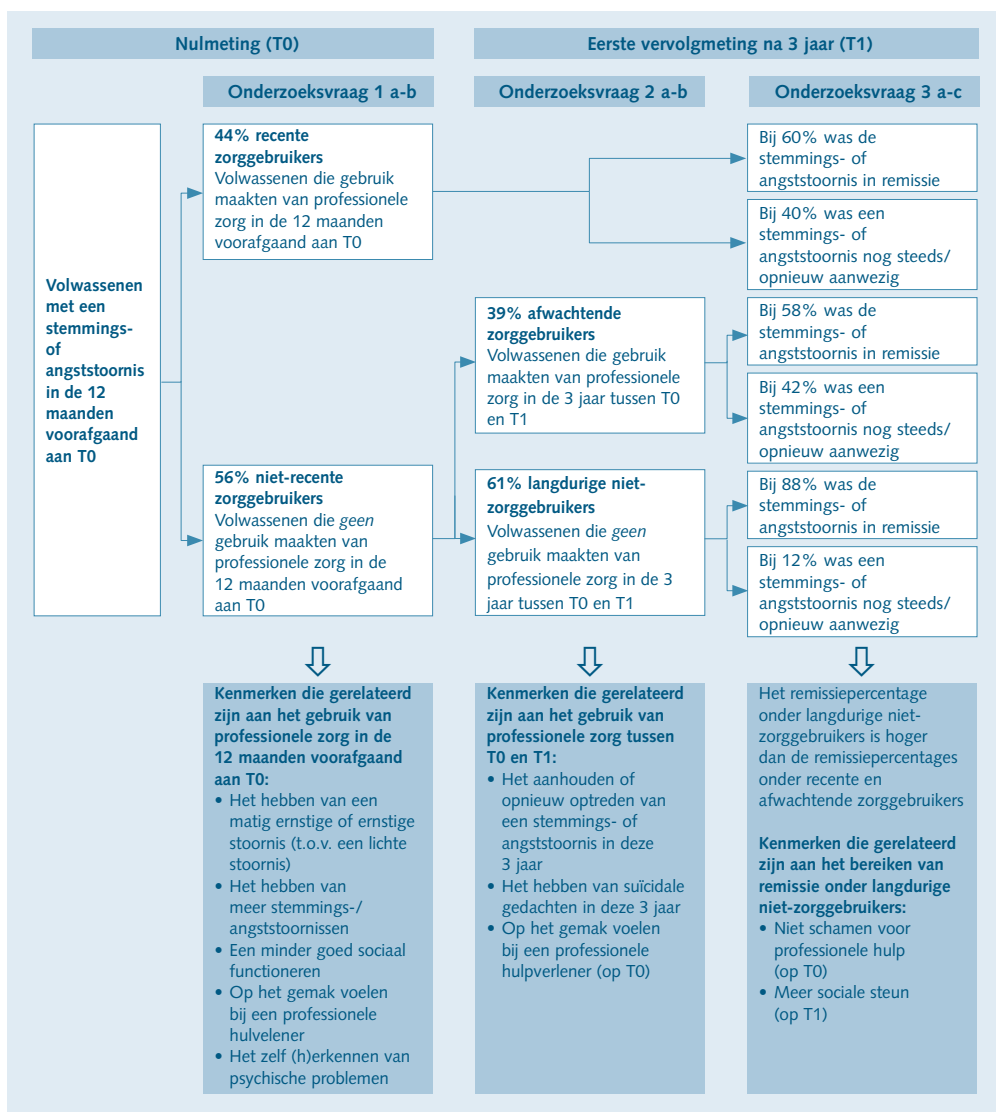
<sup>B</sup> Schaal van 1 tot 4, waarbij een hogere score duidt op meer sociale steun.



# 3 Beschouwing, conclusie en aanbevelingen

## 3.1 Bevindingen samengevat

In onderstaande Figuur 3.1 worden alle resultaten nog eens samengevat.



## 3.2 Bevindingen met betrekking tot het langdurig geen gebruik maken van professionele zorg bij een stemmings- of angststoornis

### *Eén op de drie volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt over een periode van vier jaar geen gebruik van professionele zorg*

Ongeveer een derde ( $56\% \times 61\% = 34\%$ ; zie Figuur 3.1) van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting had in dat jaar geen contact met een professionele hulpverlener in de algemene gezondheidszorg (AGZ) of geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanwege psychische problemen, en had dat ook niet in de drie daaropvolgende jaren. Deze volwassenen noemen we de langdurige niet-zorggebruikers.

### *Zeven op de acht langdurige niet-zorggebruikers hebben na drie jaar geen stemmings- of angststoornis meer*

De langere termijn uitkomst van de in het jaar voorafgaand aan de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis was bij de langdurige niet-zorggebruikers in verreweg de meeste gevallen gunstig. Ongeveer zeven op de acht (88%) voldeed bij de vervolgmeting na drie jaar niet meer aan de criteria van een stemmings- of angststoornis, oftewel de stoornis was in remissie (zie Figuur 3.1). Ook was hun sociaal functioneren<sup>6</sup> en psychisch rolfunctioneren<sup>7</sup> na drie jaar niet lager dan het algemeen landelijk gemiddelde in de Nederlandse volwassen bevolking. Een aanvullende analyse gaf aan dat bij bijna al deze langdurig niet-zorggebruikers (98%) remissie al in het eerste jaar na de nulmeting was bereikt. Deze bevindingen tezamen wijzen erop dat de psychische problematiek van verreweg de meeste langdurige niet-zorggebruikers van voorbijgaande aard was. Dit komt hoogstwaarschijnlijk doordat de (aanleiding van de) stemmings- of angststoornis verdwenen is, of doordat men zelf manieren heeft gevonden om over de problemen heen te komen, zonder daarbij te hoeven aankloppen bij de professionele hulpverlening.

Het hebben van sociale steun (van de partner, familie en vrienden, en buurtgenoten) lijkt een belangrijke rol te spelen bij het bereiken van remissie van een stemmings- of angststoornis zonder daarbij professionele hulp in te schakelen. Dit sluit aan op de bevindingen van eerder onderzoek waaruit blijkt dat het hebben van voldoende sociale steun een gunstige invloed heeft op de langere termijn uitkomst van een depressieve stoornis (o.a. Leskelä e.a., 2006; Cruwys e.a., 2013). Daarnaast lijkt schaamte voor het ontvangen van professionele psychische hulp een belemmerende rol te spelen bij het bereiken van remissie. Langdurige niet-zorggebruikers die na drie jaar een remissie hadden bereikt gaven namelijk vaker aan dat zij zich niet zouden schamen wanneer vrienden zouden weten dat zij professionele hulp voor een psychisch probleem zouden krijgen dan langdurige niet-zorggebruikers die na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden. Een verklaring hiervoor is niet makkelijk te geven,

---

6 De mate van beperkingen door lichamelijke of psychische problemen in sociale activiteiten zoals bezoek aan vrienden of familie.

7 De mate van beperkingen bij het werk of andere bezigheden door emotionele of psychische problemen.

maar het zou kunnen zijn dat personen die zich niet zouden schamen om professionele psychische hulp te zoeken, ook vaker geneigd zijn om zelf hun psychische problemen aan te pakken. Opgemerkt dient te worden dat het vanwege de lage 'statistische power' niet kan worden uitgesloten dat andere factoren een significante invloed hadden op het bereiken van remissie onder langdurige niet-zorggebruikers. Zo was het op zijn/haar gemak voelen bij een professionele hulpverlener om psychische problemen te bespreken bijna significant.

Om de zelfredzaamheid van volwassenen met stemmings- en angststoornissen te bevorderen zou het de moeite waard zijn om na te gaan van welke hulpmiddelen of -bronnen de niet-zorggebruikers die in het eerste jaar na de nulmeting remissie bereikten, die ook ten minste drie jaar aanhield, gebruik hebben gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld door hen en naastbetrokkenen te interviewen. In de interviews zou ook kunnen worden nagegaan of lichte e-mental health interventies hen wellicht geholpen hadden om (sneller) remissie te bereiken.

Tot slot dient erop gewezen te worden dat in dit rapport is gekeken over een follow-up periode van drie jaar. Het is mogelijk dat over een langere tijdsperiode gezien bij een deel van de bovengenoemde niet-zorggebruikers uiteindelijk alsnog opnieuw een stemmings- of angststoornis optreedt, waarvoor zij al dan niet gebruik maken van professionele zorg. De tweede vervolgmeting van NEMESIS-2, die momenteel wordt uitgevoerd, biedt de mogelijkheid om een langere follow-up periode te onderzoeken.

### ***Eén op de acht langdurige niet-zorggebruikers heeft na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis***

Bij een minderheid van de langdurige niet-zorggebruikers was de langere termijn uitkomst van de op de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis dus niet gunstig: bijna één op de acht (12%) had na drie jaar nog steeds of opnieuw te kampen met een stemmings- of angststoornis. Ten opzichte van de totale groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting ging het procentueel gezien om een kleinere groep: 4% (56% x 61% x 12%; zie Figuur 3.1). Dit komt in absolute termen neer op ruim 43.000 volwassenen op jaarbasis.

Deze langdurige niet-zorggebruikers zouden wellicht gebaat zijn geweest bij het krijgen van professionele hulp. Temeer omdat het bij de ruime meerderheid van hen (71%) na drie jaar ging om een matig ernstige of ernstige stoornis. De huisarts zou een rol kunnen spelen bij het tijdig identificeren van deze risicogroep van langdurige niet-zorggebruikers, uitgaande van de veronderstelling dat de meesten zich wel bij de huisarts zullen presenteren vanwege algemene gezondheidsklachten.<sup>8</sup> Op basis van onze bevindingen zou de huisarts alert moeten zijn op langer bestaande signalen van een stemmings- of angststoornis bij volwassenen met een beperkt sociaal netwerk en/of degenen die schaamte voelen bij het ontvangen van professionele hulp voor psychische problemen. Een andere benadering is om (bv. via interviews) beter te begrijpen waardoor het komt dat deze volwassenen met aanhoudende of herhaald optredende stemmings- of angststoornissen desondanks niet op zoek gaan naar professionele psychische hulp.

---

8 <http://www.nivel.nl/NZR/aantal-patienten-met-minimaal-1-contact-met-de-huisartsenpraktijk>

Op deze wijze kan nagegaan worden of 'nieuwe' vormen van hulp (bv. e-mental health) of het aanbieden van psychische zorg door een 'minder traditionele' professional (bv. wijkverpleegkundige, POH-GGZ) of in een andere setting (bv. de huisartsenpraktijk) minder drempels voor hen opwerpt.

### ***Een vergelijkbaar Amerikaans onderzoek vindt minder positieve resultaten: wat zijn mogelijke verklaringen?***

Dit is de eerste Nederlandse studie die de langere termijn uitkomst van stemmings- of angststoornissen onderzocht heeft onder langdurige niet-zorggebruikers.<sup>9</sup> Een Amerikaans bevolkingsonderzoek heeft een soortgelijke analyse gedaan, waarbij ook gekeken werd over een driejarige follow-up periode (Sareen e.a., 2013). Uitgegaan werd van volwassenen die in het jaar voorafgaand aan de nulmeting (2001-2002) een stemmings-, angst- of middelenstoornis hadden, maar nog nooit professionele hulp vanwege psychische problemen hadden ontvangen. Het bleek dat bij ongeveer de helft (51%) van de volwassenen die ook in de drie daaropvolgende jaren geen contact hadden met een professionele hulpverlener, na drie jaar geen sprake meer was van een stemmings-, angst- of middelenstoornis (Sareen e.a., 2013). Dit is een aanzienlijk lager percentage dan onze bevinding dat 88% van de langdurige niet-zorggebruikers na drie jaar geen stemmings- of angststoornis meer had. Mogelijke verklaringen voor onze positievere bevinding zijn:

- *Verschillen tussen Nederland en Verenigde Staten qua toegankelijkheid zorg*  
GGZ is in de Verenigde Staten mogelijk minder toegankelijk dan in Nederland en/of Amerikanen zijn minder dan Nederlanders geneigd om professionele hulp te zoeken voor psychische problemen (bv. doordat minder Amerikanen verzekerd zijn). Zo ja, dan kan dit tot gevolg hebben gehad dat de groep langdurige niet-zorggebruikers in de Amerikaanse studie meer volwassenen omvatte met een stoornis die ernstiger van aard was met een minder gunstig beloop.
- *Methodologische verschillen*  
Onderzoekstechnische en methodologische verschillen tussen onze studie en de Amerikaanse studie kunnen verklaringen vormen voor de verschillende uitkomsten. Zo werd in de Amerikaanse studie gekeken naar de langere termijn uitkomst van een bredere groep stoornissen: specifieke fobie (een angststoornis) en middelenstoornissen werden ook meegenomen. Ons onderzoek focuste op stemmings- en angststoornissen, met uitzondering van specifieke fobie. We hebben ervoor gekozen om specifieke fobie en middelenmisbruik niet mee te nemen, omdat dit stoornissen zijn die relatief weinig functionele beperkingen met zich meebrengen (bv. Bijl e.a., 2000) en waarbij het de vraag is of professionele hulp altijd aangewezen is. In onze analyses is wel rekening gehouden met de (mogelijke) invloed van de aanwezigheid van middelenafhankelijkheid. Een ander verschil tussen de studies is dat de Amerikaanse studie ook volwassenen van 65 jaar of ouder onderzocht tijdens de nulmeting, terwijl onze studie zich richtte op volwassenen van 18 tot en met 64 jaar. Verder onderzocht de Amerikaanse studie volwassenen die nog nooit in hun

---

9 Zie Bijlage 1 voor een uitgebreide bespreking van de literatuur.

leven in aanraking waren gekomen met professionele zorg. In onze studie was het mogelijk dat de langdurige niet-zorggebruikers een voorgeschiedenis hadden van professioneel zorggebruik.<sup>10</sup>

### **3.3 Bevindingen met betrekking tot het gebruik maken van professionele zorg bij een stemmings- of angststoornis**

#### ***Twee op de vijf volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in dat jaar gebruik van professionele zorg***

Ruim twee op de vijf (44%; zie Figuur 3.1) van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting had in dat jaar ten minste één keer contact met een professionele hulpverlener vanwege psychische problemen. Deze volwassenen noemen we de recente zorggebruikers. Overeenkomstig eerdere studies (o.a. Spijker e.a., 2001; Demyttenaerre e.a., 2004; Ten Have e.a., 2009; Ten Have e.a., 2013a) werd gevonden dat de recente zorggebruikers vaker te kampen hadden met ernstigere of meer stemmings- of angststoornissen dan de niet-recente zorggebruikers. Daarnaast verhoogden ook het zelf (h)erkennen van psychische problemen en het zich op zijn/haar gemak voelen om met een professionele hulpverlener psychische problemen te bespreken de kans op het gebruik van professionele hulp. Een beter sociaal functioneren<sup>11</sup> hing daarentegen samen met een kleinere kans op recent professioneel zorggebruik. Deze bevindingen bevestigen de uitkomsten van eerder onderzoek (o.a. Spijker e.a., 2001, Verhaak e.a., 2009; Ten Have e.a., 2010). Tot slot is nog interessant om te benadrukken dat sociaaldemografische variabelen niet samenhangen met recent gebruik van professionele hulp vanwege psychische problemen. Dit geeft aan dat de toegankelijkheid van de professionele psychische zorg niet afhankelijk is van geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen.

#### ***Eén op de vijf volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in diezelfde periode geen gebruik van professionele zorg, maar doet dat alsnog in de daaropvolgende drie jaar***

Ongeveer één op de vijf (56% x 39% = 22%; zie Figuur 3.1) van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting maakte in dat jaar geen gebruik van professionele psychische zorg, maar deed dat alsnog op enig moment in de drie daaropvolgende jaren. Deze volwassenen noemen we de afwachtende zorggebruikers. Welke factoren van invloed zijn op het alsnog gebruik maken van professionele hulp vanwege psychische problemen is in het buitenland nauwelijks onderzocht, en in Nederland helemaal niet. Wij vonden dat het aanhouden van of opnieuw optreden van een stemmings- of angststoornis en het hebben van suïcidale gedachten bepalende factoren waren. Dit komt overeen met de bevindingen

---

10 Contact met een professionele hulpverlener dat plaatsvond eerder dan het jaar voorafgaand aan de nulmeting.

11 De mate van beperkingen door lichamelijke of psychische problemen in sociale activiteiten zoals bezoek aan vrienden of familie.

van het bovengenoemde Amerikaanse onderzoek van Sareen en collega's (2013). Daarnaast verhoogde het zich op zijn/haar gemak voelen om met een professionele hulpverlener psychische problemen de kans op het alsnog inroepen van professionele hulp. Sociaaldemografische factoren hadden wederom geen invloed, een bevestiging dat de toegankelijkheid van de professionele psychische zorg niet afhankelijk is van geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen.

### ***Vier op de tien zorggebruikers had na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis***

Relatief veel volwassenen die in het jaar voorafgaand de nulmeting of in de drie daaropvolgende jaren gebruik maakten van professionele hulp vanwege psychische problemen, hadden desondanks geen gunstige langere termijn uitkomst van de op de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis. Na drie jaar had respectievelijk 40% van de recente zorggebruikers en 42% van de afwachende zorggebruikers namelijk nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis (zie Figuur 3.1). Daarbij ging het in veruit de meerderheid van de gevallen om een matig ernstige of ernstige stemmings- of angststoornis (92% van de recente zorggebruikers; 87% van de afwachende zorggebruikers<sup>12</sup>). Mogelijke verklaringen voor deze bevindingen zijn:

- Zoals beschreven verhoogden ernstfactoren de kans op het (alsnog) gebruik maken van professionele zorg vanwege psychische problemen. Dus: de volwassenen die (alsnog) in aanraking kwamen met een professionele hulpverlener hadden vaker te kampen met ernstiger stemmings- of angststoornissen die – juist vanwege hun ernstiger karakter – een ongunstiger beloop hadden.
- Gebruik maken van professionele zorg is in ons onderzoek gedefinieerd als het hebben gehad van ten minste één contact met een professional werkzaam in de AGZ of GGZ vanwege psychische problemen. Vanwege de focus van het onderzoek op langdurig niet-zorggebruik, hebben we niet gekeken naar de aard en de intensiteit van de professionele hulp die zorggebruikers ontvingen. Het is mogelijk dat een deel van de recente en de afwachende zorggebruikers 'minimale' zorg (bv. enkele consulten met een huisarts) heeft ontvangen (Ten Have e.a., 2013a), die onvoldoende was om remissie van een stemmings- of angststoornis te kunnen bewerkstelligen, gegeven de ernst van de aandoening. Het is wenselijk om dit in toekomstig onderzoek na te gaan, omdat dit aangrijpingspunten kan geven voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg die in de huisartsenpraktijk en de GGZ geboden wordt aan mensen met een stemmings- en angststoornis.

---

12 Aanvullende resultaten, niet gepresenteerd in Hoofdstuk 2.

### 3.3 Conclusie en aanbevelingen

#### Conclusie

Ruim twee op de vijf (44%) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in datzelfde jaar gebruik van professionele zorg; ruim een vijfde (22%) doet dit alsnog ergens in de drie jaar daaropvolgend. Deze zorggebruikers hebben relatief vaak te kampen met ernstige en aanhoudende/opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen. Circa één op de drie (34%) volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maakt in datzelfde jaar geen gebruik van professionele hulp en doet dat ook niet in de drie daaropvolgende jaren. De meeste van deze langdurige niet-zorggebruikers (88%) lijken misschien geen professionele hulp nodig te hebben, omdat zij te maken hebben met psychische problemen van voorbijgaande aard, maar zouden wellicht sneller geholpen zijn met lichte e-mental health interventies. Echter, een relatief kleine groep langdurige niet-zorggebruikers (12%; 4% van alle volwassenen met stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar; ruim 43.000 volwassenen) zou wel baat kunnen hebben bij professionele hulpverlening, omdat zij na drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hebben. Deze risicogroep lijkt zich te kenmerken door het hebben van beperkte sociale steun en/of het zich schamen voor het krijgen van professionele psychische hulp.

#### Aanbevelingen

***Nagaan welke professionele hulp past bij 'risicovolle' langdurige niet-zorggebruikers***  
Wellicht kan het aanbieden van 'nieuwe' vormen van professionele hulpverlening (qua type en/of setting) aan volwassenen met aanhoudende of opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen die nu geen professionele hulp zoeken hen ertoe aan zetten om dit wel te gaan doen. Dit kan bijvoorbeeld worden nagegaan door hen en naastbetrokkenen te interviewen.

***Nagaan welke hulpmiddelen of -bronnen zelfredzaamheid bij stemmings- of angststoornissen bevorderen***

Dit kan bijvoorbeeld worden nagegaan door het interviewen van de niet-zorggebruikers die in het eerste jaar na de nulmeting snel remissie bereikten, die ook ten minste drie jaar aanhield, en van hun naastbetrokkenen. In de interviews kan ook worden achterhaald in hoeverre zij gebaat zouden zijn geweest met ondersteunende e-mental health interventies.

***Nagaan welke professionele hulp zorggebruikers met aanhoudende of opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen ontvangen***

In ons onderzoek hebben we bij zorggebruikers met aanhoudende/opnieuw optredende stemmings- of angststoornissen alleen vastgesteld dat zij ten minste één contact hebben gehad met een professional werkzaam in de AGZ of GGZ. Kennis over de aard en de intensiteit van de hulp die hen is geboden is belangrijk om de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg in de huisartsenpraktijk en GGZ voor mensen met een stemmings- en angststoornis verder te verbeteren.



# Referenties

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., e.a. (2004). Use of mental health services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl 420), 47-54.
- Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., e.a. (2013). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44, 1303-1317.
- Beljouw, I.M.J. van, Verhaak, P.F., Cuijpers, P., e.a. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome. *BMC Psychiatry*, 10:86.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.
- Cruwys, T., Dingle, G.A., Haslam, C., e.a. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science and Medicine*, 98, 179-186.
- Cuijpers, P., Graaf, R. de & Dorsselaer, S. van (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Tuithof, M. & Dorsselaer, S. van (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2*. Trimbos-instituut: Utrecht.

- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., e.a. (2008). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety*, 25, 27-37.
- Have, M. ten, Vollebergh, W., Bijl, R.V. & Graaf, R. de (2001). Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 141-149.
- Have, M. ten, Land, H. van 't & Graaf, G. de (2009). *Voorspellers van zorggebruik. Trendrapportage GGZ 2009*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Have, M. ten, Graaf, R. de & Ormel, J., e.a. (2010) Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 205-217.
- Have, M. ten, Nuijen, J., Beekman, A. & Graaf, R. de (2013a). Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems. *Psychological Medicine*, 43, 2203-2215.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorselaer, S. van & Beekman, A. (2013b). Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services*, 64, 981-989.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Berglund, P., e.a. (2003a). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-22.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., e.a. (2003b). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Leskelä, U., Rytsälä, H., Komulainen, E., e.a. (2006). The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 36, 779-788.
- Mojtabai, R. (2009). Unmet need for treatment of major depression in the United States. *Psychiatric Services*, 60, 297-305.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N.A., e.a. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41, 1751-1761.
- Park, S., Cho, M.J., Bae, J.N., e.a. (2012). Comparison of treated and untreated major depressive disorder in a nationwide sample of Korean adults. *Community Mental Health Journal*, 48, 363-371.

- Regier, D.A., Kaelber, C.T., Rae D.S., e.a. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Regier, D.A., Narrow, W.E. & Rae, D.S. (2004). For DSM-V, it's the "disorder threshold," stupid. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1051; author reply 1051-1052.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., e.a. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 357-364.
- Sareen, J., Henriksen, C.A., Stein, M.B., Affi, T.O., e.a. (2013). Common mental disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from a population-based longitudinal survey. *Psychological Medicine*, 43, 1941-1951.
- Spijker, J., Bijl, R.V., Graaf, R. de & Nolen, W.A. (2001). Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 122-30.
- Veerbeek, M., Knispel, A. & Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen 2011*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Verhaak, P.F., Prins, M.A., Spreeuwenberg, P., e.a. (2009). Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry*, 31, 46-55.
- Wakefield, J.C. & Schmitz, M.F. (2013). Normal vs. disordered bereavement-related depression: are the differences real or tautological? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 159-168.
- Wang, J. (2004). A longitudinal population-based study of treated and untreated major depression. *Medical Care*, 42, 543-550.
- Wang, P.S., Berglund, P.A. & Kessler, e.a. (2005a). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wang, P.S., Lane, M., Kessler, R.C., e.a. (2005b). Twelve-month use of mental health services in the U.S.: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-40.

Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., e.a. (2007a). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177-185.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., e.a. (2007b). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370, 841-850.

# Bijlage 1

## Uitgebreide bespreking van de literatuur

In de bespreking van relevante literatuur wordt uitgegaan van de bevindingen uit algemene bevolkingsstudies. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de resultaten van Nederlandse bevolkingsstudies, te weten:

- a) NEMESIS-1 (gegevensverzameling: 1996-1999).
- b) Een Nederlands onderzoek dat werd uitgevoerd binnen het kader van de wereldwijde bevolkingsstudie World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS) (gegevensverzameling: 2001-2003).
- c) NEMESIS-2 (gegevensverzameling: 2007-lopend).

Daarnaast worden enkele studies besproken die gebaseerd zijn op gegevens van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) (gegevensverzameling: 2004-2007). Hoewel NESDA geen representatief bevolkingsonderzoek betreft, zijn de bevindingen van deze klinische studie toch interessant om aandacht aan te geven.

Nagenoeg alle bevindingen die worden besproken hebben betrekking op het gebruik van professionele zorg. Hiermee wordt de zorg bedoeld die geboden wordt door een hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg (AGZ) of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Wanneer ingegaan wordt op bevindingen die betrekking hebben op een bredere definitie van zorg – informele of niet-professionele zorg wordt ook meegenomen – wordt dit expliciet vermeld.

### 1 Stemmings- en angststoornissen komen vaak voor

Stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de algemene volwassen bevolking. De bevolkingsstudie 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2) (gegevensverzameling: 2007-2009) vond dat 6,1% van de volwassenen (18-64 jaar) in Nederland een stemmingsstoornis had in het afgelopen jaar, wat neerkomt op bijna 650.000 volwassenen. De 12-maands prevalentie van angststoornis lag met 10,1% nog hoger, wat betekent dat ruim één miljoen volwassenen in het afgelopen jaar te kampen had met een angststoornis (De Graaf e.a., 2010). Er bestaat een overlap tussen deze groepen, stemmings- en angststoornissen komen vaak gelijktijdig voor bij dezelfde persoon. Uit NEMESIS-2 gegevens blijkt dat bijna de helft (48%) van de volwassenen met een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden daarnaast een angststoornis had. Omgekeerd, had ruim een kwart (28%) van de volwassenen met een angststoornis ook een stemmingsstoornis (Veerbeek e.a., 2012).

## **2 Relatief veel volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar maken in datzelfde jaar geen gebruik van professionele zorg**

Uit NEMESIS-2 komt ook naar voren dat een aanzienlijk deel van de volwassenen in Nederland met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar in diezelfde periode niet in aanraking komt met de professionele hulpverlening. Bijna de helft (49%) van de volwassenen met een stemmingsstoornis in het afgelopen jaar had in datzelfde jaar geen contact met een professional werkzaam in de algemene gezondheidszorg (AGZ) vanwege psychische problemen; 63% kwam niet in aanraking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (De Graaf e.a., 2010). Voor volwassenen met een angststoornis in het afgelopen jaar zijn deze percentages respectievelijk 70% en 78% (De Graaf e.a., 2010). Bevolkingsstudies uitgevoerd in het buitenland vinden vergelijkbare hoge percentages (Kessler e.a., 2003b; Alonso e.a., 2004b; Wang e.a., 2005b; Härmäläinen e.a., 2008; Mojtabai, 2009).

Hoe groot het percentage volwassenen dat geen gebruik maakt van professionele zorg is ten opzichte van de totale groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar is nog niet bepaald op basis van NEMESIS-2 gegevens. Een studie gebaseerd op gegevens van NESDA (dataverzameling: 2004-2007) vond dat 43% van de personen (18-65 jaar) met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen half jaar in diezelfde periode geen gebruik maakte van professionele zorg vanwege psychische problemen (Verhaak e.a., 2009). Echter, dit percentage is een onderschatting, omdat NESDA gebaseerd is op een steekproef van personen die in de afgelopen vier maanden hun huisarts bezocht hebben, om willekeurig welke reden.

## **3 Verscheidene factoren verhogen de kans dat gebruik gemaakt wordt van professionele zorg bij een stemmings- of angststoornis**

### ***3.1 Ernst van de stemmings- of angststoornis***

Bevolkingsstudies hebben duidelijk aangetoond dat naarmate psychische problemen ernstiger zijn, de kans toeneemt dat mensen hiervoor gebruik maken van professionele zorg (o.a. Spijker e.a., 2001; Cuijpers e.a., 2004; Demyttenaere e.a., 2004; Wang, 2007b; Ten Have e.a., 2009; Park e.a., 2012; Ten Have e.a., 2013a). De meest recente Nederlandse gegevens over deze relatie zijn afkomstig van een studie gebaseerd op gegevens van NEMESIS-2 (verzameld tussen 2007-2009) (Ten Have e.a., 2013a). Uitgegaan werd van volwassenen (18-64 jaar) met een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middelenstoornis, of ADHD in de afgelopen 12 maanden. De ernst van de psychische stoornis (onderverdeeld in ernstig, matig en licht) werd bepaald door de mate waarin het iemands functioneren op het gebied van huishouden, werk, vrienden, en sociale contacten in de weg stond, zoals ervaren door de persoon zelf.<sup>13</sup> Het bleek dat naar-

---

<sup>13</sup> Daarnaast werden personen met een bipolaire I stoornis, personen met middelenafhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidssyndroom en personen die recentelijk een suïcidepoging ondernomen hadden, direct geclassificeerd als hebbende een ernstige psychische stoornis (Ten Have e.a., 2013a).

mate men in het afgelopen jaar een meer ernstige psychische aandoening had, men vaker in dezelfde periode gebruik maakte van professionele zorg vanwege psychische problemen. Zo maakte 51,9% van de mensen met een ernstige psychische aandoening gebruik van algemene gezondheidszorg (AGZ) tegenover 10,8% van de mensen met een lichte psychische aandoening (Ten Have e.a., 2013a).

In eerdere Nederlandse studies werd eveneens een duidelijke relatie gevonden tussen de ernst van een psychische stoornis (blijkens uit de mate van functionele beperkingen) en zorggebruik. Onderzoek gebaseerd op gegevens van NEMESIS-1 (verzameld in 1997) focuste daarbij op volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis (Ten Have e.a., 2009). Gevonden werd dat 80,6% van degenen met een ernstige depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden professionele zorg vanwege psychische problemen ontvangen had, tegenover 70,7% van degenen met een matige depressieve stoornis en 39,2% van degenen met een lichte depressieve stoornis. Een andere Nederlandse studie werd uitgevoerd binnen het kader van de wereldwijde bevolkingsstudie WMHS (gegevensverzameling: 2001-2003) en onderzocht een bredere groep: volwassenen van 18 jaar en ouder met een stemmingsstoornis, angststoornis, impulscontrole stoornis of middelenstoornis (Demyttenaere e.a., 2004). Het bleek dat de helft (50,2%) van degenen met een ernstige stoornis in het afgelopen jaar professionele hulp had ontvangen. Onder degenen met een matige of een lichte psychische stoornis lag het percentage zorggebruikers een stuk lager, respectievelijk 35% en 26,5%. Uit dezelfde studie kwam naar voren dat de relatie tussen de ernst van de psychische problematiek en zorggebruik ook in andere landen, zowel hoge inkomenslanden als landen met minder hoge inkomens, aanwezig was (Demyttenaere e.a., 2004). Deze bevinding is later bevestigd in een andere studie op basis van WMHS-gegevens uit 17 landen uit verschillende werelddelen (Wang e.a., 2007b).

### ***3.2 Het (h)erkennen van psychisch problemen en het ervaren van een zorgbehoefte***

Nederlandse studies op basis van NESDA-gegevens (verzameld tussen 2004-2007) geven aan dat het zelf (h)erkennen van een psychisch probleem of het hebben van een zorgbehoefte factoren zijn die de kans verhogen dat mensen met een stemmings- of angststoornis gebruik maken van professionele zorg. Zo werd gevonden dat slechts 3% van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in de afgelopen zes maanden en die in diezelfde periode professionele hulp ontvingen, zelf geen psychisch probleem (h)erkende. Onder degenen die geen gebruik maakten van professionele zorg was dit percentage 25% (Verhaak e.a., 2009). Verdere analyse gaf aan dat de (h)erkenning door de volwassenen zelf dat zij psychische problemen hadden, de factor was die het sterkst samenhang met het ontvangen van professionele zorg, waarbij rekening gehouden werd met de ernst van de stemmings- of angstproblemen.

Een andere studie op basis van NESDA splitste de groep personen die geen gebruik maakten van professionele zorg verder uit op basis van ervaren zorgbehoefte (Beljouw e.a., 2010). Het bleek dat 26% van de niet-zorggebruikers geen behoefte aan professionele zorg had, hoewel ze zelf wel herkenden een psychisch probleem te

hebben. Het ontbreken van een zorgbehoefte is ook in internationale bevolkingsstudies naar voren gekomen als een belangrijke reden van mensen met een psychische stoornis om geen gebruik te maken van zorg (Mojtabai e.a., 2011; Andrade e.a., 2013). Zoals men zou verwachten, werd in deze studies ook een duidelijke relatie aangetoond tussen de ernst van de psychische stoornis en het ervaren van zorgbehoefte. In een Amerikaanse studie werd bijvoorbeeld gevonden dat 57% van de personen met een lichte psychische stoornis weinig zorgbehoefte ervoer, tegenover 39,3% van degenen met een matige psychische stoornis en 25,9% van degenen met een ernstige psychische stoornis (Mojtabai e.a., 2011).

### **3.3 *Opvattingen over psychische problemen en professionele hulpverlening***

Opvattingen over psychische problemen en het zoeken van professionele hulp daarvoor, zijn van invloed op de kans dat personen met veel voorkomende psychische stoornissen gebruik maken van professionele zorg. Dat blijkt uit studies die zich specifiek richtten op de personen met een psychische stoornis die niet in aanraking komen met professionele zorg, terwijl zij hier wel behoefte aan hebben (o.a. Andrade e.a., 2013; Mojtabai e.a., 2011; Van Beljouw e.a., 2010; Mojtabai, 2009; Sareen e.a., 2007). Hieronder wordt ter illustratie ingegaan op twee studies die gekeken hebben naar de Nederlandse situatie.

Een studie gebaseerd op gegevens van NEMESIS-1 (verzameld in 1996) onderzocht volwassenen met een stemmings-, angst- of middelenstoornis in het afgelopen jaar en die aangaven een zorgbehoefte te hebben (Sareen e.a., 2007). De meest genoemde redenen om desondanks toch geen professionele hulp te zoeken waren:

- het zelf willen oplossen van het problemen (63%)
- het denken dat de problemen vanzelf zouden overgaan (51%)
- het verwachten dat de geboden zorg waarschijnlijk niet zou helpen (47%)
- het niet tevreden zijn met de beschikbare hulpverlening (42%)

Een recentere studie op basis van NESDA gegevens (verzameld tussen 2004-2007) rapporteerde overeenkomstige bevindingen (Van Beljouw e.a., 2010). Deze studie focuste op volwassenen met een stemmings- of angststoornis in de afgelopen zes maanden en die een zorgbehoefte ervoeren. Het liever zelf willen oplossen van de psychische problemen werd door hen het vaakst als reden genoemd om geen professionele hulp te zoeken. Daarnaast werd door 20 tot 35% aangegeven dat zij wel behoefte hadden aan informatie, medicatie, counseling of een verwijzing, maar twijfels hadden over de effectiviteit van deze vormen van hulp in hun eigen situatie.

Naast deze twee studies, is een onderzoek dat werd uitgevoerd binnen het kader van de WMHS (verzameld tussen 2001-2003) het vermelden waard (Ten Have e.a., 2010). Dit onderzoek richtte zich niet specifiek op personen met een psychische stoornis die een zorgbehoefte hadden, maar onderzocht de opvattingen over het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen onder de algemene bevolking (18 jaar en ouder) van Nederland en vijf andere Europese landen.<sup>14</sup> Gevonden werd dat relatief veel

---

14 België, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje.



Nederlandse respondenten minder positief waren over de effectiviteit van professionele hulp voor psychische problemen: 45,6% vond dat professionele hulp slechter was dan of gelijk was aan geen hulp. In de vijf andere onderzochte landen lag dit percentage aanmerkelijk lager, variërend tussen 19,1%-34,3%. Ruim een derde (35,4%) van de Nederlandse respondenten gaf aan waarschijnlijk niet of zeker niet naar een professionele hulpverlener te zullen gaan in het geval van ernstige psychische problemen. Eveneens een derde (32,5%) zou zich niet erg of helemaal niet op zijn of haar gemak voelen wanneer met een hulpverlener gesproken zou moeten worden over persoonlijke problemen. Schaamte tegenover vrienden kwam wat minder vaak voor: 20% van de Nederlandse respondenten zou zich zeer of enigszins schamen als vrienden zouden weten dat ze professionele hulp gingen zoeken voor een emotioneel probleem. Nederland nam wat betreft deze drie opvattingen (over naar een hulpverlener gaan, op je gemak voelen en schaamte) een middenpositie in ten opzichte van de vijf andere onderzochte landen. In verdere analyses (alle landen tezamen genomen) werd de relatie tussen de opvattingen over het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en daadwerkelijk zorggebruik onderzocht. Het bleek dat personen met positievere opvattingen vaker gebruik maakten van zorgvoorzieningen bij psychische problemen.

Het is verder nog interessant om te vermelden dat Nederlands onderzoek uitwijst dat opvattingen over psychische problemen en de professionele hulpverlening hiervoor, vaker redenen zijn om geen professionele zorg te zoeken dan redenen van praktische of financiële aard (o.a. Sareen e.a., 2007; Van Beljouw e.a., 2010).

### **3.4 Sociaaldemografische kenmerken**

Diverse studies naar beïnvloedende factoren bij professioneel zorggebruik vanwege stemmings- en angststoornissen, vonden effecten van sociaaldemografische variabelen (o.a. Alonso e.a., 2004; Wang e.a., 2005b; Verhaak e.a., 2009; Ten Have e.a., 2013a). De meest recente Nederlandse informatie hierover is afkomstig van een studie gebaseerd op NEMESIS-2 gegevens (verzameld tussen 2007-2009) (Ten Have e.a., 2013a). Uitgegaan werd van volwassenen (18-64 jaar) met een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middenstoornis, of ADHD in de afgelopen 12 maanden. Gevonden werd dat – rekening houdend met de ernst van de aanwezige psychische stoornis – mensen tussen 35 en 54 jaar oud (t.o.v. 55-64 jarigen) en mensen die zonder partner leven een grotere kans hadden om gebruik te maken van professionele zorg vanwege psychische problemen. Wanneer specifiek gekeken werd naar hulpverlening in de GGZ (en psychische hulpverlening in de algemene gezondheidszorg buiten beschouwing werd gelaten), dan bleken opleidingsniveau en het hebben van een betaalde baan nog aanvullende beïnvloedende factoren te zijn. In vergelijking met mensen die een universitaire of hbo-opleiding hadden voltooide bleken zowel mensen die een lbo- of mavo-opleiding hadden gevolgd als degenen die een mbo-, havo- of vwo-opleiding hadden gevolgd een kleinere kans te hebben om in aanraking te komen met de GGZ. Mensen zonder een betaalde baan hadden een hogere kans om gebruik te maken van GGZ dan mensen met een betaalde baan.

## **4 Geen gebruik maken van professionele zorg bij stemmings- of angststoornissen: zorgelijk of niet?**

Op basis van de hierboven beschreven bevindingen kan beargumenteerd worden dat het niet zorgelijk is dat relatief veel personen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar in diezelfde periode geen gebruik maken van professionele zorg. De besproken studies geven aan dat het vaak gaat om personen met een lichte stoornis (blijkens uit milde beperkingen in het dagelijks functioneren) (Ten Have e.a., 2013a), personen die zelf niet herkennen psychische problemen te hebben (Verhaak e.a., 2009) of personen die geen zorgbehoefte hebben (Van Beljouw e.a., 2010; Andrade e.a., 2013). Verder wordt door een groot deel van de personen die geen gebruik maken van professionele hulpverlening, maar wel een zorgbehoefte ervaren, aangegeven dat ze de problemen liever zelf willen oplossen of dat ze er vanuit gaan dat de problemen vanzelf overgaan (o.a. Sareen e.a., 2007; Van Beljouw e.a., 2010). Deze bevindingen ondersteunen de veronderstelling dat relatief veel personen die voldoen aan de criteria voor een stemmings- of angststoornis en die hiervoor geen professionele zorg ontvangen, te kampen hebben met problemen van mogelijkerewijs voorbijgaande aard die zij zelf het hoofd weten te bieden (o.a. Regier e.a., 1998; Regier e.a., 2004; Wakefield & Schmitz, 2013).

Aan de andere kant kan beargumenteerd worden dat het wel zorgelijk is dat relatief veel personen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar in diezelfde periode geen gebruik maken van professionele zorg. De redenering is dat deze personen een belangrijke risicogroep vormen voor het ontwikkelen van een ernstiger stoornis, met ernstiger beperkingen in het dagelijks functioneren (Kessler e.a., 2003a). Maatschappelijk gezien zou het daarom kosteneffectiever kunnen zijn om niet-zorggebruikers toe te leiden naar professionele zorg om hun problemen tijdig te verhelpen met kortdurende (goedkopere) behandelingen, in plaats van hen in een later stadium intensiever te moeten behandelen vanwege ernstiger problematiek.

## **5 Longitudinaal onderzoek naar de langere termijn uitkomst van stemmings- of angststoornissen onder langdurig niet-zorggebruikers is gewenst**

### ***5.1 Er is weinig longitudinaal bevolkingsonderzoek uitgevoerd***

Om een uitspraak te kunnen doen over in hoeverre het niet gebruik maken van professionele zorg bij stemmings- of angststoornissen al dan niet een probleem vormt, is bevolkingsonderzoek nodig waarin gekeken wordt naar in hoeverre de langere termijn uitkomst van de stemmings- of angststoornis gunstig of ongunstig is onder niet-zorggebruikers. Een gunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd niet meer aanwezig, ook wel in remissie genoemd) wijst erop dat iemand de stemmings- of angststoornis zelf het hoofd heeft weten te bieden, zonder te hoeven aankloppen bij de professionele hulpverlening. Een ongunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd nog steeds aanwezig of opnieuw opgetreden) wijst erop dat iemand gebaat zou zijn geweest bij professionele hulp.

Echter, dergelijk longitudinaal bevolkingsonderzoek naar de langere termijn uitkomst van een stemmings- of angststoornis onder niet-zorggebruikers is internationaal tot nu toe weinig uitgevoerd (o.a. Wang, 2004; Sareen e.a., 2013) en in Nederland helemaal niet. Er bestaat alleen een Nederlandse studie waarin is gekeken naar de korte termijn uitkomst (d.w.z. na één jaar) van een depressieve stoornis onder niet-zorggebruikers. Deze studie maakte gebruik van NEMESIS-1 gegevens uit 1996-1997 en was gericht op volwassenen (18-64 jaar) met een depressieve stoornis in de zes maanden voorafgaand aan de nulmeting (1996) (Spijker e.a., 2001). Het bleek dat meer dan de helft (54,7%) geen gebruik maakte van professionele zorg in het jaar volgend op de nulmeting. Bij de overgrote meerderheid (85,2%) van deze niet-zorggebruikers was de depressieve stoornis na één jaar in remissie, wat erop wijst dat zij te maken hadden met psychische problemen van voorbijgaande aard. Een minderheid van de niet-zorggebruikers (14,8%) had na een jaar nog steeds of opnieuw een depressieve stoornis: een aanwijzing dat deze personen baat zouden hebben gehad van professionele zorg. Het is echter onduidelijk in hoeverre er sprake is van een ongunstige uitkomst van de depressieve stoornis onder niet-zorggebruikers wanneer over een langere periode wordt gekeken. Daarnaast zijn deze bevindingen behoorlijk oud, wat de vraag oproept of met de veranderingen die sindsdien qua behandelaanbod, organisatie en de financiering van de GGZ hebben plaatsgevonden nog steeds dezelfde resultaten worden gevonden.

## ***5.2 Er dient rekening mee gehouden te worden dat een deel van de mensen met een stemmings- of angststoornis na verloop van tijd alsnog gebruik maakt van professionele hulp***

De meeste studies die in de voorgaande paragrafen zijn besproken hebben betrekking op een korte tijdsperiode, doorgaans een jaar. Studies die kijken naar het zorggebruik over de hele levensloop, geven een belangrijke nuance. Uit deze studies blijkt namelijk dat na verloop van tijd een aanzienlijk deel van de personen met een stemmings- of angststoornis na verloop van tijd alsnog gebruik maakt van professionele hulpverlening (o.a. Wang e.a., 2005a; Wang e.a., 2007a; Ten Have e.a., 2013b). Zo werd op basis van NEMESIS-2 gevonden dat 81,8% van de volwassenen met een stemmingsstoornis op enig moment in het leven gebruik maakte van enigerlei hulp voor hun problemen. Van hen deed 68,1% dat in hetzelfde jaar als waarin de stemmingsstoornis ontstond, bij de resterende 31,9% duurde dat minimaal één jaar (Ten Have e.a., 2013b). Onder de volwassenen met een angststoornis maakte 60,9% op enig moment in het leven gebruik van zorg, waarvan 71,2% ten minste één jaar na het ontstaan van de angststoornis. Opgemerkt moet worden dat in deze studie zorggebruik breed gedefinieerd werd en ook informele (niet-professionele) zorg omvatte. De percentages personen die in aanraking kwamen met professionele zorg zullen daarom lager liggen. Nochtans maakt deze studie, evenals vergelijkbare buitenlandse studies (Wang e.a., 2005a; Wang e.a., 2007a), duidelijk dat een substantieel deel van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis snel (binnen het eerste jaar) na het ontstaan van de aandoening gebruik maakt van professionele zorg, dat een deel dit alsnog na verloop van tijd doet, en dat het resterende deel helemaal geen professionele hulp ontvangt voor hun problemen (langdurige niet-zorggebruikers).

Longitudinale studies naar het al dan niet zorgelijk zijn van het niet ontvangen van professionele hulp bij een stemmings- of angststoornis vereist vooral kennis over de langere termijn uitkomst van deze stoornissen onder langdurige niet-zorggebruikers. Echter, voor zover ons bekend heeft tot nu toe slechts één Amerikaanse bevolkingsstudie hier naar gekeken (Sareen e.a., 2013).

### ***5.3 Langere termijn uitkomst van stemmings- of angststoornissen onder langdurige niet-zorggebruikers: resultaten van een Amerikaanse studie***

De Amerikaanse studie onderzocht volwassenen (18 jaar en ouder) die in het jaar voorafgaand aan de nulmeting (2001-2002) een stemmings-, angst- of middelenstoornis hadden, maar hiervoor nog nooit professionele hulp hadden ontvangen. Gekeken werd naar de uitkomsten van de stoornissen drie jaar na de nulmeting, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen de volwassenen die ook in de driejarige follow-up periode geen gebruik maakten van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers) en degenen die dat op enig moment wel deden (afwachterende zorggebruikers). Het bleek dat 49% van de langdurige niet-zorggebruikers na drie jaar nog steeds, of opnieuw, een stemmings-, angst- of middelenstoornis had. Deze bevinding geeft aan dat een substantieel deel van de langdurige niet-zorggebruikers profijt gehad zou kunnen hebben bij het ontvangen van professionele hulpverlening. Wel dient hierbij bedacht te worden dat ook specifieke fobie en alcoholmisbruik meegenomen werden in de studie, veel voorkomende stoornissen die relatief weinig functionele beperkingen met zich meebrengen (Bijl e.a., 2000), en waarbij het de vraag is of professionele hulp in alle gevallen aangewezen is.

In de studie van Sareen en collega's (2013) werd geen vergelijking gemaakt tussen de langdurige niet-zorggebruikers die nog steeds, of opnieuw, een stemmings-, angst- of middelenstoornis hadden en degenen bij wie remissie was opgetreden. Zodoende is het onduidelijk wat de onderscheidende kenmerken zijn van de groep langdurige niet-zorggebruikers met een ongunstige langere termijn uitkomst. Deze informatie is relevant voor hulpverleners om deze personen vroegtijdig te kunnen herkennen. Daarnaast kan deze informatie worden gebruikt om deze personen gericht te stimuleren om zelf hulp te vragen bij een professionele hulpverlener.

In Nederland is nog geen onderzoek uitgevoerd waarin over een langere tijdsperiode gekeken wordt naar de uitkomsten van stemmings- of angststoornissen, en waarbij een uitsplitsing gemaakt wordt tussen langdurige niet-zorggebruikers en afwachterende zorggebruikers. Het is de vraag of de resultaten van het Amerikaanse onderzoek (Sareen e.a., 2013) geldig zijn voor de Nederlandse situatie, temeer omdat de gezondheidszorgstelsels tussen beide landen verschillen.

## Samenvatting

- Een substantieel deel van de Nederlandse volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar heeft in diezelfde periode geen contact met een professional werkzaam in algemene gezondheidszorg (AGZ) of geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- Verscheidene factoren beïnvloeden de kans dat volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar in diezelfde periode gebruik maken van professionele zorg, waaronder de ernst van de stoornis, het zelf (h)erkennen van psychische problemen, het ervaren van een zorgbehoefte, de opvattingen over psychische problemen en het zoeken van professionele hulp daarvoor, en sociaaldemografische kenmerken.
- Er bestaat nog volop discussie over of het zorgelijk is dat veel personen met een stemmings- of angststoornis in het afgelopen jaar hiervoor geen professionele zorg ontvangen. Enerzijds kan worden beargumenteerd dat veel van deze personen te maken hebben met problemen van voorbijgaande aard die zij zelf het hoofd weten te bieden. Anderzijds kan beargumenteerd worden dat deze personen een belangrijke risicogroep vormen voor het ontwikkelen van een ernstiger stoornis, met ernstiger beperkingen in het functioneren. Maatschappelijk gezien zou het daarom kosteneffectiever kunnen zijn om niet-zorggebruikers toe te leiden naar professionele zorg om hun problemen effectief te verhelpen met kortdurende (goedkopere) behandelingen, in plaats van hen in een later stadium intensiever te moeten behandelen vanwege ernstiger problematiek.
- Een belangrijke bijdrage aan deze discussie kan worden geleverd door bevolkingsonderzoek waarin gekeken wordt naar de langere termijn uitkomst van de stemmings- of angststoornis bij personen die geen gebruik maken van professionele hulp: in hoeverre is deze gunstig of ongunstig? Een gunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd niet meer aanwezig, ook wel in remissie genoemd) wijst erop dat de stemmings- of angststoornis van voorbijgaande aard was en dat iemand hiervoor wellicht geen professionele hulp nodig had. Een ongunstige langere termijn uitkomst (de stoornis is na verloop van tijd nog steeds aanwezig of opnieuw opgetreden) wijst erop dat iemand mogelijk gebaat zou zijn geweest bij professionele hulp.
- Echter, dergelijk longitudinaal bevolkingsonderzoek naar de langere termijn uitkomst van een stemmings- of angststoornis onder niet-zorggebruikers is internationaal tot nu toe nauwelijks uitgevoerd, en in Nederland helemaal niet.
- In het longitudinale onderzoek dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat een deel van de mensen met een stemmings- of angststoornis in eerste instantie geen gebruik maakt van professionele zorg, maar dit na verloop van tijd alsnog doet. Longitudinale studies naar het al dan niet zorgelijk zijn van het niet ontvangen van professionele hulp bij een stemmings- of angststoornis

vereist vooral kennis over de langere termijn uitkomst van deze stoornissen onder de personen die gedurende een langere periode geen professionele hulp ontvangen, de langdurige niet-zorggebruikers.

- Tot nu toe heeft alleen een Amerikaanse bevolkingsstudie hier naar gekeken. NEMESIS-2 biedt de mogelijkheid om deze lacune in kennis op te vullen voor de Nederlandse situatie.

# Bijlage 2

## Methodes

### 1 Steekproef NEMESIS-2: deelname en representativiteit

#### 1.1 Nulmeting

In NEMESIS-2 werd een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure gevolgd (zie De Graaf e.a., 2010 voor een uitgebreide beschrijving). Het veldwerk voor de nulmeting werd uitgevoerd in de periode november 2007 tot juli 2009. Aan de nulmeting deden uiteindelijk 6.646 personen van 18 tot en met 64 jaar mee, wat neerkwam op een respons van 65,1%. De respondenten kwamen volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek redelijk goed overeen met de hele Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, leeftijd, woonsituatie (al of niet met partner wonen), opleidingsniveau en urbanisatiegraad van de woonplaats. Respondenten van 18 tot 25 jaar waren enigszins ondervertegenwoordigd. Om aan het onderzoek mee te kunnen doen moest de persoon goed Nederlands kunnen spreken. Daardoor valt aan te nemen dat etnische minderheden ondervertegenwoordigd waren.

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

#### 1.2 Eerste vervolgmeting

Het veldwerk voor de eerste vervolgmeting vond drie jaar na dat van de nulmeting plaats, van november 2010 tot juni 2012 (zie De Graaf e.a., 2012 voor een uitgebreide beschrijving). Alle 6.646 respondenten die participeerden in de nulmeting werden opnieuw benaderd om aan de eerste vervolgmeting deel te nemen. Hiervan konden 5.303 opnieuw worden geïnterviewd, wat neerkomt op een respons van 80,4%.<sup>15</sup>

Om de resultaten van de eerste vervolgmeting te kunnen generaliseren naar de algemene bevolking werd een wegingsfactor geconstrueerd. Daartoe werd eerst onderzocht of de uitval selectief was: of variabelen die in de nulmeting waren bepaald, samenhangen met de uitval van respondenten op de eerste vervolgmeting. Significante determinanten van uitval van respondenten op de eerste vervolgmeting bleken: jongere leeftijd, lager opleidingsniveau, het niet hebben van betaald werk en niet in Nederland geboren zijn. Het niet hebben van een partner was bijna significant geassocieerd ( $p=0,06$ ). Het hebben van een 12-maands psychische aandoening bleek uitval niet te voorspellen, na controle voor demografie.

---

15 In deze berekening zijn 50 respondenten die overleden waren buiten beschouwing gelaten.

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

## **2 Diagnostisch instrument**

Om vast te stellen of psychische aandoeningen al dan niet aanwezig zijn, is in NEMESIS-2 gebruik gemaakt van het diagnostische interview CIDI, Composite International Diagnostic Interview, versie 3.0. De CIDI is ontwikkeld door de WHO-World Mental Health Survey Initiative, een wereldwijd consortium van psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies. Het is een volledig gestructureerd interview: het antwoord van een respondent op een vraag leidt volgens vaste regels tot de volgende vraag. De CIDI kan worden afgenomen door getrainde interviewers die geen clinicus zijn. Het vraagt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die de respondent daarvan ondervindt. Uit de antwoorden valt af te leiden of de persoon voldoet aan de criteria van onderscheiden psychische aandoeningen volgens het classificatiesysteem DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-IV. De CIDI 3.0 wordt in veel landen wereldwijd toegepast en is een betrouwbaar en valide instrument om de in dit rapport onderzochte psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a., 2006; Fayyad e.a., 2007).

Het vaststellen van psychische aandoeningen op de nulmeting is gebaseerd op de CIDI waarin werd gevraagd naar psychische symptomen ooit in het leven (kortweg aangeduid met lifetime CIDI). Bij de eerste vervolgmeting werd een aangepaste versie van de CIDI gebruikt: gevraagd werd naar symptomen sinds het vorige gesprek.

## **3 Gebruikte gegevens en analyses voor het in dit rapport gepresenteerde onderzoek**

### **3.1 Onderzoeksvraag 1**

- a) Welk percentage van de volwassenen met een stemmings- of angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting maakte in diezelfde periode geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (niet-recente zorggebruikers)?
- b) Op welke kenmerken verschilden de niet-recente zorggebruikers van degenen die dat wel deden (recente zorggebruikers)?



### 3.1.1 Studiepopulatie

In de beantwoording van onderzoeksvraag 1 is uitgegaan van de 659 volwassenen die op de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden in het afgelopen jaar (zoals bepaald met de CIDI 3.0). Een stemmingsstoornis kon een depressieve stoornis, een dysthyme stoornis of een bipolaire stoornis betreffen. Bij angststoornissen ging het om een paniekstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis, agorafobie of sociale fobie. Volwassenen met een specifieke fobie zijn niet meegenomen omdat dit een stoornis is die relatief weinig functionele beperkingen met zich mee brengt en waarbij het de vraag is of professionele altijd hulp aangewezen is (bv. Bijl e.a., 2000).

### 3.1.2 Onderzoeksvraag 1a: gebruik van professionele zorg

Het al dan niet gebruik maken van professionele zorg in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting werd voor 16 typen hulpverleners, instellingen of voorzieningen bepaald met de vraag: 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan...?' De hulpverleners of voorzieningen die werden nagevraagd, zijn gerubriceerd naar twee zorgsectoren:

- Algemene gezondheidszorg (AGZ): huisarts; bedrijfsarts of arbo-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de AGZ;
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg.

Op basis van de bevindingen kon een uitsplitsing gemaakt worden naar recente en niet-recente zorggebruikers, en kon onderzoeksvraag 1a worden beantwoord.

### 3.1.3 Onderzoeksvraag 1b: onderzochte kenmerken

De hieronder genoemde kenmerken zijn (mede) geselecteerd op basis van de bevindingen van eerder onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het gebruik van professionele psychische hulp (zie Bijlage 1).

#### *Sociaaldemografische kenmerken*

- Geslacht (vrouw, man).
- Leeftijd (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 jaar).
- Opleidingsniveau (lager onderwijs, lbo/mavo, mbo/havo/vwo, hbo/universiteit).
- Woonsituatie (met partner, zonder partner).
- Werksituatie (betaald werk, geen betaald werk).
- Huishoudinkomen (laag, midden, hoog).
- Urbanisatiegraad (platteland, stad).

### *Ernst van de stemmings- of angststoornis*

De ernst van de op de nulmeting aanwezige stemmings- of angststoornis is bepaald op een vergelijkbare wijze als in eerdere studies (Ten Have e.a., 2013; Demyttenaere e.a., 2004; Medina-Mora e.a., 2005).

- Iemand heeft een ernstige stemmings- of angststoornis indien hij of zij ernstige beperkingen in het functioneren op ten minste twee gebieden, vastgesteld met de Sheenan Disability schaal (Leon e.a., 1997). Deze schaal meet de last die mensen van hun psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden hebben ervaren in hun meest ernstige periode op vier gebieden: huishouden; werk; vrienden; sociale contacten. Op elk gebied wordt de last die men van de aandoening had, gescoord op een schaal van 0 tot en met 10: geen last (0), milde last (1-3), matige last (4-6), ernstige last (7-9) en zeer ernstige last (10).
- Iemand heeft een matige stemmings- of angststoornis indien hij of zij geen ernstige stemmings- of angststoornis heeft en ten minste matige beperkingen in het functioneren op ten minste één gebied, vastgesteld met de Sheenan Disability schaal.
- Iemand heeft een lichte stemmings- of angststoornis indien hij of zij een stemmings- of angststoornis heeft die niet aan bovenstaande criteria voldoet.

### *Aantal stemmings- of angststoornissen*

Het aantal stemmings- of angststoornissen dat een volwassene had in het afgelopen jaar ten tijde van de nulmeting, zoals vastgesteld op basis van de CIDI 3.0 (minimaal 1 – maximaal 7).

### *Middelenaafhankelijkheid*

Vastgesteld op basis van de CIDI 3.0.

### *Suïcidegedachten*

Dit is bepaald aan de hand van de suïcidaliteit-sectie van de CIDI 3.0.

### *Chronische somatische aandoening*

De aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening werd uitgevraagd aan de hand van een lijst van 17 somatische aandoeningen.

### *Negatieve levensgebeurtenissen*

De aanwezigheid van 10 negatieve levensgebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden is nagevraagd. Voorbeelden hiervan zijn: dood van een partner, familielid of goede vriend, scheiding, en ernstige financiële moeilijkheden. Deze lijst was gebaseerd op de 'Brugha Life events section' (Brugha et al., 1985).

### *Sociaal functioneren en psychisch rolfunctioneren*

De mate waarin de volwassenen met een stemmings- of angststoornis beperkingen ervaarden in hun functioneren werd bepaald met twee schalen uit de 'Short Form'-36 (Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992):

- Psychisch rolfunctioneren. Deze schaal meet problemen bij het werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen vier weken als gevolg van een emotioneel probleem. De schaal bestaat uit drie items met elk twee antwoordmogelijkheden, en is betrouwbaar (Cronbachs alfa=0,88).
- Sociaal functioneren. Deze schaal meet problemen in sociale activiteiten in de afgelopen vier weken als gevolg van lichamelijke of emotionele problemen. De schaal bestaat uit twee items met elk zes antwoordmogelijkheden, en is betrouwbaar (Cronbachs alfa=0,75).

De antwoorden op beide schalen werden getransformeerd naar een schaal, lopend van 0 (bijzonder slecht functioneren) tot en met 100 (uitstekend functioneren).

### *Zelf (h)erkennen van psychische problemen*

Dit werd gemeten aan de hand van de volgende vraag: "Neemt u nu de afgelopen 12 maanden in gedachten. Had u in die periode emotionele problemen, spanningen, of problemen door het gebruik van alcohol of andere middelen?"

### *Attitude ten aanzien van professionele hulp*

Dit werd gemeten aan de hand van twee vragen die ook opgenomen waren in de ESEMeD-versie van de CIDI 3.0:

- "In welke mate zou u zich op uw gemak voelen wanneer u uw psychische problemen met een hulpverlener zou bespreken?" (erg, redelijk, niet erg, of helemaal niet)
- "In welke mate zou u zich schamen als uw vrienden zouden weten dat u professionele hulp voor een psychisch probleem zou krijgen?" (erg, redelijk, niet erg, of helemaal niet)

De antwoorden op de twee vragen werden voor de analyses gedichotomiseerd in respectievelijk:

- 'Op gemak voelen' vs. 'Niet op gemak voelen/weet niet'
- 'Niet schamen' vs. 'Wel schamen/weet niet'

### 3.1.4 Onderzoeksvraag 1b: toegepaste statistische analyses

Onderzoeksvraag 1b is beantwoord met behulp van univariate en multivariate logistische regressieanalyses.

Met behulp van univariate regressieanalyses is nagegaan of de volwassenen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld zonder partner wonen, een hogere of lagere kans hadden om in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting gebruik te maken van professionele zorg dan de referentiegroep (in dit voorbeeld: degenen die wel met een partner wonen). Alle hierboven genoemde kenmerken zijn onderzocht in afzonderlijke

univariate regressieanalyses.

Vervolgens zijn de kenmerken met een significantieniveau  $p < 0,10$  meegenomen in een multivariate regressieanalyse. Zodoende kon onderzocht worden in hoeverre een bepaald kenmerk samenhangt met de kans op het gebruik van professionele zorg in het jaar voorafgaand aan de nulmeting, waarbij gecorrigeerd werd voor de invloed van de andere kenmerken.

### **3.2 Onderzoeksvraag 2**

- a) Welk percentage van de niet-recente zorggebruikers maakte ook in de drie jaar volgend op de nulmeting geen gebruik van professionele zorg vanwege psychische problemen (langdurige niet-zorggebruikers)?
- a) Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers van degenen die gedurende de drie jaar follow-up op enig moment alsnog gebruik gingen maken van professionele zorg (afwachtende zorggebruikers)?

#### 3.2.1 Studiepopulatie

In de beantwoording van onderzoeksvraag 2 is uitgegaan van de volwassenen:

- die op de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden in het afgelopen jaar; en
- die in datzelfde jaar geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen; en
- die deelgenomen hadden aan de eerste vervolgmeting drie jaar later.

Dit resulteerde in een studiepulatie van 279 volwassenen.

#### 3.2.2 Onderzoeksvraag 2a: gebruik van professionele zorg

Het al dan niet gebruik maken van professionele zorg in de drie jaar sinds de nulmeting werd bepaald met de vraag: 'Heeft u sinds het vorige interview voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan...?' Deze vraag werd wederom gesteld voor de eerder genoemde 16 typen hulpverleners, instellingen of voorzieningen. Op basis van de bevindingen kon een uitsplitsing gemaakt worden naar afwachtende zorggebruikers en langdurige niet-zorggebruikers, en onderzoeksvraag 2a worden beantwoord.

#### 3.2.3 Onderzoeksvraag 2b: onderzochte kenmerken

Dezelfde kenmerken werden onderzocht als bij onderzoeksvraag 1b. Daarnaast werd gekeken naar de volgende kenmerken die tussen de nulmeting en de eerste vervolgmeting konden optreden:

### *Sterke inkomensdaling*

Dit werd gemeten aan de hand van de volgende vraag: "In hoeverre is uw eigen inkomen veranderd sinds het vorige interview? We bedoelen wat uzelf in totaal verdient of uit andere bronnen ontvangt. Is het sterk gestegen, een beetje gestegen, gelijk gebleven, een beetje gedaald, of sterk gedaald?"

### *Aanhouden/opnieuw optreden van een stemmings- of angststoornis*

Vastgesteld op basis van de aangepaste versie van de CIDI die tijdens de eerste vervolgmeting werd gebruikt.

### *Middelenafhankelijkheid*

Idem.

### *Suicidegedachten*

Idem.

### *Negatieve en positieve levensgebeurtenissen*

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

### *Sociale steun*

Sociale steun ten tijde van de eerste vervolgmeting van drie bronnen (partner; familie of vrienden; burens) werd bepaald met twee vragen per bron over de mate waarin respondenten op deze personen konden rekenen voor hulp en of ze hun hart bij hen konden luchten (vier antwoordcategorieën variërend van "helemaal niet" tot "veel"). De gemiddelde score op deze twee vragen werd gebruikt om ervaren sociale steun per bron te bepalen, met inachtneming van de beleving van de respondent. De totale sociale steun schaal (variërend van 1 tot 4) werd berekend als het gemiddelde van de ervaren steun van ten minste twee bronnen, omdat niet alle respondenten een partner hadden (ten Have e.a., 2014).

### 3.2.4 Onderzoeksvraag 2b: toegepaste statistische analyses

Onderzoeksvraag 2b is beantwoord met behulp van univariate en multivariate logistische regressieanalyses.

Met behulp van univariate regressieanalyses is onderzocht of de volwassenen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld zonder partner wonen, een hogere of lagere kans

hadden om alsnog gebruik te maken van professionele zorg in de driejarige follow-up periode dan de referentiegroep (in dit voorbeeld: degenen die wel met een partner woonden). De hierboven genoemde kenmerken zijn onderzocht in afzonderlijke univariate regressieanalyses.

Vervolgens zijn de kenmerken met een significantieniveau  $p < 0,10$  meegenomen in een multivariate regressieanalyse. Zodoende kon onderzocht worden in hoeverre een bepaald kenmerk samenhangt met de kans op het alsnog gebruik maken van professionele zorg in de driejarige follow-up periode, waarbij gecorrigeerd werd voor de invloed van de andere kenmerken.

### **3.3 Onderzoeksvraag 3**

- a) Bij welk percentage van de langdurige niet-zorggebruikers was drie jaar na de nulmeting de stemmings- of angststoornis niet meer aanwezig (in remissie)?
- b) Verschilde het remissiepercentage onder de langdurige niet-zorggebruikers van de remissiepercentages onder de recente en afwachtende zorggebruikers?
- c) Op welke kenmerken verschilden de langdurige niet-zorggebruikers die drie jaar na de nulmeting nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden van de langdurige niet-zorggebruikers bij wie de stemmings- of angststoornis in remissie was?

#### 3.3.1 Studiepopulatie

In de beantwoording van onderzoeksvraag 3 is uitgegaan van de langdurige niet-zorggebruikers. Dit zijn de volwassenen:

- die op de nulmeting een stemmings- of angststoornis hadden in het afgelopen jaar; en
- die in datzelfde jaar geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen; en
- die ook geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen in de driejarige follow-up periode tussen de nulmeting en de eerste vervolgmeting.

Dit betrof een studiepoulatie van 171 volwassenen.

#### 3.3.2 Onderzoeksvraag 3a: remissie stemmings- of angststoornis

Op basis van de aangepaste (driejaars) versie van de CIDI die tijdens de eerste vervolgmeting werd gebruikt, werd bepaald of iemand in de 12 maanden voorafgaand aan de eerste vervolgmeting wel of niet voldeed aan de criteria voor een stemmings- of angststoornis. Op basis van de bevindingen kon een uitsplitsing gemaakt worden naar langdurige niet-zorggebruikers bij wie drie jaar na de nulmeting remissie van de stemmings- of angststoornis was opgetreden en de langdurige niet-zorggebruikers die nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden.

### 3.3.3 Onderzoeksvraag 3b: toegepaste statistische analyse

De remissiepercentages onder de recente en afwachende zorggebruikers werden op een dezelfde wijze bepaald als hierboven beschreven voor de langdurige niet-zorggebruikers. Op basis van de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de remissiepercentages van de drie groepen is nagegaan of er verschillen bestaan. Indien twee 95%-betrouwbaarheidsintervallen niet overlappen, kan geconcludeerd worden dat er een significant verschil bestaat tussen twee groepen wat betreft remissiepercentage.

### 3.3.4 Onderzoeksvraag 3c: onderzochte kenmerken

Dezelfde kenmerken werden onderzocht als bij onderzoeksvraag 2b.

### 3.3.5 Onderzoeksvraag 3c: toegepaste statistische analyse

Onderzoeksvraag 2b is beantwoord met behulp van univariate logistische regressieanalyses.

Met behulp van univariate regressieanalyses is onderzocht of langdurige niet-zorggebruikers met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld het zonder partner wonen, een hogere of lagere kans hadden om na drie jaar geen stemmings- of angststoornis meer te hebben dan de referentiegroep (in dit voorbeeld: degenen die wel met een partner woonden). De hierboven genoemde kenmerken zijn onderzocht in afzonderlijke univariate regressieanalyses, uitgezonderd het hebben gevolgd van lage onderwijs en het hebben gehad van suïcidegedachten (in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting of in de driejarige follow-up periode) vanwege te lage aantallen voor analyse.

Het aantal langdurige niet-zorggebruikers dat ( $n = 16$ ) was te laag om een multivariate analyse uit te voeren.

## **3.4 Weging, toetsing en significantieniveau**

Alle analyses zijn uitgevoerd op gewogen data, zodat we de resultaten kunnen vertalen naar de algemene volwassen bevolking. Telkens werd uitgegaan van tweezijdige toetsing, waarbij als significantieniveau  $p \leq 0,05$  werd toegepast.





# Bijlage 3

## Uitgebreidere tabellen

Tabel I Kenmerken van volwassenen met een stemmings- of angststoornis in het jaar voorafgaand aan de nulmeting (T0; n=659), uitgesplitst naar degenen die in datzelfde jaar gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen (recente zorggebruikers) en degenen die dat niet deden (niet-recente zorggebruikers). De laatste twee kolommen presenteren de relaties tussen de kenmerken en het gebruik van professionele zorg in het jaar voorafgaand aan de nulmeting, uitgedrukt in odds ratio's (OR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). Bij de univariate resultaten (4<sup>e</sup> kolom) is geen rekening gehouden met de invloed van andere kenmerken; bij de multivariate resultaten (5<sup>e</sup> kolom) is dat wel het geval. Significante verbanden staan vetgedrukt.

Kenmerken t.t.v. T0		Recente zorggebruikers	Niet-recente zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met recent gebruik van professionele zorg?	
				Univariaat	Multivariaat <sup>g</sup>
		n=310 (44,1%)	n=349 (55,9%)	OR (95% BI) <sup>c</sup>	OR (95% BI) <sup>c</sup>
Geslacht: vrouw (%)		64,4	56,1	1,42 (0,94-2,14)	1,24 (0,78-1,97)
Leeftijd (%)	18-24	13,9	15,7	Referentiecategorie	
	25-34	23,3	21,1	1,25 (0,59-2,63)	
	35-44	22,1	27,4	0,91 (0,44-1,90)	
	45-54	26,3	19,6	1,52 (0,74-3,11)	
	55-64	14,5	16,2	1,01 (0,45-2,26)	
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	8,1	8,8	Referentiecategorie	
	Lbo, mavo	25,0	30,1	0,90 (0,38-2,10)	
	Mbo, havo, vwo	41,4	37,6	1,19 (0,52-2,73)	
	Hbo, universiteit	25,6	23,5	1,18 (0,51-2,70)	
Zonder partner wonen (%)		55,4	42,5	<b>1,68 (1,14-2,46)<sup>f</sup></b>	1,06 (0,69-1,61)
Geen betaald werk (%)		41,5	27,2	<b>1,90 (1,23-2,95)<sup>f</sup></b>	1,17 (0,69-1,98)
Huishoudinkomen (%)	Laag	46,5	41,6	Referentiecategorie	
	Midden	39,3	42,6	0,83 (0,53-1,29)	
	Hoog	14,2	15,8	0,80 (0,46-1,41)	
In de stad wonen %		70,2	70,2	1,00 (0,66-1,52)	
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	12,1	33,7	Referentiecategorie	Referentiecategorie
	Matig	33,6	38,6	<b>2,43 (1,44-4,13)<sup>f</sup></b>	<b>2,08 (1,18-3,67)<sup>p</sup></b>
	Ernstig	54,3	27,7	<b>5,48 (3,04-9,89)<sup>f</sup></b>	<b>2,64 (1,38-5,05)<sup>f</sup></b>

Vervolg Tabel I

Kenmerken t.t.v. TO	Recente zorg-gebruikers	Niet-recente zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met recent gebruik van professionele zorg?		
	n=310 (44,1%)	n=349 (55,9%)	Univariaat	MultivariaatB	
			OR (95% BI) <sup>C</sup>	OR (95% BI) <sup>C</sup>	
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)	1,6	1,2	<b>2,74 (1,84-4,09)<sup>F</sup></b>	<b>1,69 (1,07-2,70)<sup>D</sup></b>	
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)	9,7	4,3	2,36 (0,91-6,10)	1,59 (0,58-4,37)	
Suicidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)	14,6	3,1	5,27 (1,70-16,35) <sup>E</sup>	2,26 (0,66-7,79)	
Chronische somatische aandoening (%)	52,2	41,6	1,54 (1,06-2,23) <sup>D</sup>	1,26 (0,85-1,85)	
Negatieve levens-gebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	21,0	36,0	Referentiecategorie	Referentiecategorie
	1	34,2	29,6	<b>1,98 (1,14-3,46)<sup>D</sup></b>	1,41 (0,79-2,51)
	2 of meer	44,8	34,4	<b>2,23 (1,36-3,65)<sup>E</sup></b>	1,19 (0,66-2,15)
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>A</sup>	68,9	83,4	<b>0,98 (0,97-0,98)<sup>F</sup></b>	<b>0,99 (0,98-1,00)<sup>D</sup></b>	
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>A</sup>	63,9	86,4	<b>0,98 (0,98-0,99)<sup>F</sup></b>	0,99 (0,99-1,00)	
Zelf (h)erkennen van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)	65,9	38,3	<b>3,12 (2,06-4,73)<sup>F</sup></b>	<b>2,30 (1,51-3,51)<sup>F</sup></b>	
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)	81,7	70,1	<b>1,90 (1,19-3,04)<sup>E</sup></b>	<b>2,72 (1,61-4,60)<sup>F</sup></b>	
Niet schamen voor professionele hulp (%)	75,9	75,8	1,01 (0,56-1,82)		

<sup>A</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

<sup>B</sup> Alleen variabelen met een significantieniveau van 0,10 in univariate analyses zijn meegenomen in de multivariate analyse.

<sup>C</sup> Geeft met 95% zekerheid aan dat de werkelijke odds ratio zich tussen de aangegeven waarden bevindt.

<sup>D</sup>  $p < 0,05$ .

<sup>E</sup>  $p < 0,01$ .

<sup>F</sup>  $p < 0,001$ .

**Tabel II Kenmerken van volwassenen die in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting (T0) een stemmings- of angststoornis hadden, maar in dat jaar geen gebruik maakten van professionele zorg vanwege psychische problemen (n=279). Er is een uitsplitsing gemaakt naar degenen die in de daaropvolgende drie jaar tussen T0 en de vervolgmeting (T1) wel gebruik maakten van professionele hulp (afwachtende zorggebruikers) en degenen die dat niet deden (langdurige niet-zorggebruikers). De laatste twee kolommen presenteren de relaties tussen de kenmerken en het alsnog gebruik maken van professionele zorg in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1, uitgedrukt in odds ratio's (OR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). Bij de univariate resultaten (4<sup>e</sup> kolom) is geen rekening gehouden met de invloed van andere kenmerken; bij de multivariate resultaten (5<sup>e</sup> kolom) is dat wel het geval. Significante verbanden staan vetgedrukt.**

		Afwachtende Zorggebruikers	Langdurige niet- zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met het alsnog gebruiken van professionele zorg tussen T0 en T1?	
				Univariaat	Multivariaat <sup>c</sup>
Kenmerken t.t.v. T0:		n=108 (38,5%)	n=171 (61,5%)	OR (95% BI) <sup>d</sup>	OR (95% BI) <sup>d</sup>
Geslacht: vrouw (%)		61,4	59,5	1,08 (0,58-2,04)	
Leeftijd (%)	18-24	15,0	18,4	Referentiecategorie	
	25-34	26,8	14,7	2,23 (0,55-9,06)	
	35-44	25,7	27,9	1,13 (0,32-4,05)	
	45-54	15,9	23,8	0,82 (0,21-3,12)	
	55-64	16,5	15,2	1,32 (0,36-4,84)	
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	4,4	8,8	Referentiecategorie	
	Lbo, mavo	30,5	26,5	2,31 (0,62-8,54)	
	Mbo, havo, vwo	42,7	40,1	2,13 (0,54-8,47)	
	Hbo, universiteit	22,4	24,7	1,82 (0,59-5,57)	
Zonder partner wonen (%)		54,7	33,0	<b>2,51 (1,40-4,50)<sup>f</sup></b>	2,01 (0,68-5,93)
Geen betaald werk (%)		25,2	23,6	1,09 (0,54-2,18)	
Huishoudinkomen (%)	Laag	50,7	33,4	Referentiecategorie	Referentiecategorie
	Midden	35,2	46,4	<b>0,50 (0,26-0,98)<sup>f</sup></b>	0,87 (0,27-2,78)
	Hoog	14,0	20,3	0,46 (0,19-1,08)	1,07 (0,24-4,77)
In de stad wonen (%)		75,8	66,0	1,61 (0,77-3,36)	
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	37,6	35,1	Referentiecategorie	
	Matig	35,5	37,0	0,90 (0,50-1,59)	
	Ernstig	27,0	27,8	0,91 (0,43-1,92)	
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)		1,3	1,1	1,90 (0,98-3,71)	1,05 (0,45-2,45)
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)		3,8	5,1	0,73 (0,24-2,26)	
Suicidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)		2,7	3,6	0,74 (0,07-7,68)	
Chronische somatische aandoening (%)		40,3	42,0	0,93 (0,49-1,76)	

## Vervolg Tabel II

		Afwachtende Zorggebruikers	Langdurige niet- zorggebruikers	Welke kenmerken hangen samen met het alsnog gebruiken van professionele zorg tussen T0 en T1?	
				Univariaat	Multivariaat <sup>c</sup>
Kenmerken t.t.v. T0:		n=108 (38,5%)	n=171 (61,5%)	OR (95% BI) <sup>d</sup>	OR (95% BI) <sup>d</sup>
Negatieve levens- gebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	36,9	31,6	Referentiecategorie	
	1	25,6	29,8	0,74 (0,33-1,63)	
	2 of meer	37,5	38,6	0,83 (0,40-1,75)	
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		80,2	84,6	0,99 (0,98-1,01)	
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		88,9	83,7	1,01 (1,00-1,02)	
Zelf (h)erkennen van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)		44,1	37,6	1,31 (0,64-2,68)	
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)		75,6	61,5	1,95 (0,97-3,89)	<b>3,05 (1,22-7,59)<sup>e</sup></b>
Niet schamen voor professionele hulp (%)		79,8	71,8	1,55 (0,72-3,34)	
<b>Kenmerken tussen T0-T1:</b>					
Sterke inkomensdaling (%)		22,3	16,7	1,43 (0,61-3,36)	
Aanhouden/opnieuw optreden stemmings- of angststoornis (%)		54,1	13,4	<b>7,59 (3,45-16,68)<sup>c</sup></b>	<b>7,19 (2,83-18,24)<sup>c</sup></b>
Middelenafhankelijkheid (%)		1,7	3,7	0,43 (0,06-3,21)	
Suicidegedachten (%)		14,6	0,1	<b>156,05 (18,28-1331,82)<sup>c</sup></b>	<b>124,34 (9,57-1614,99)<sup>c</sup></b>
Negatieve levens- gebeurtenissen (%)	Geen	21,3	15,6	Referentiecategorie	
	1	21,7	26,5	0,60 (0,22-1,60)	
	2 of meer	57,1	58,0	0,72 (0,30-1,72)	
Positieve levens- gebeurtenissen (%)	Geen	24,3	22,2	Referentiecategorie	
	1	37,8	29,9	1,15 (0,51-2,59)	
	2 of meer	37,9	48,0	0,72 (0,30-1,71)	
<b>Kenmerk t.t.v. T1:</b>					
Sociale steun (gem.)		3,0	3,2	<b>0,53 (0,30-0,95)<sup>e</sup></b>	0,78 (0,40-1,54)

<sup>A</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

<sup>B</sup> Schaal van 1 tot 4, waarbij een hogere score duidt op meer sociale steun.

<sup>C</sup> Alleen variabelen met een significantieniveau van 0,10 in univariate analyses zijn meegenomen in de multivariate analyse.

<sup>D</sup> Geeft met 95% zekerheid aan dat de werkelijke odds ratio zich tussen de aangegeven waarden bevindt.

<sup>E</sup> <sup>e</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>f</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>g</sup>  $p < 0,001$ .

**Tabel III Kenmerken van volwassenen die in de 12 maanden voorafgaand aan de nulmeting (T0) een stemmings- of angststoornis hadden, maar zowel in datzelfde jaar als in de driejarige follow-up periode tussen T0 en T1 geen gebruik maakten van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers) (n=171). Er is een uitsplitsing gemaakt naar de langdurige niet-zorggebruikers die in de 12 maanden voorafgaand aan T1 geen stemmings- of angststoornis meer hadden (in remissie) en degenen die in dat jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden. De laatste kolom presenteert de univariate relaties tussen de kenmerken en het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis in de 12 maanden voorafgaand aan T1, uitgedrukt in odds ratio's (OR) met 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). Significante verbanden staan vetgedrukt.**

Kenmerken t.t.v. T0:		Langdurige niet-zorggebruikers		Welke kenmerken hangen samen met het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis op T1?
		Stemmings- of angststoornis in remissie op T1	Nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis op T1	
		n=155 (88,3%)	n=16 (11,8%)	OR (95% BI) <sup>c</sup>
Geslacht: vrouw (%)		61,2	46,7	0,56 (0,14-2,23)
Leeftijd (%)	18-24	15,5	40,2	Referentiecategorie
	25-34	13,7	22,3	0,63 (0,07-5,56)
	35-44	29,1	18,8	0,25 (0,04-1,67)
	45-54	25,2	13,1	0,20 (0,03-1,58)
	55-64	16,5	5,6	0,13 (0,02-1,13) <sup>c</sup>
Opleidingsniveau (%)	Lager onderwijs	10,0	0,0	<i>Niet getoetst</i>
	Lbo, mavo	23,9	45,6	1,26 (0,24-6,59)
	Mbo, havo, vwo	42,9	19,2	0,30 (0,07-1,20) <sup>c</sup>
	Hbo, universiteit	23,3	35,2	Referentiecategorie
Zonder partner wonen (%)		33,8	27,1	0,73 (0,16-3,32)
Geen betaald werk (%)		24,4	18,1	0,68 (0,19-2,42)
Huishoudinkomen (%)	Laag	31,8	44,3	Referentiecategorie
	Midden	47,1	41,2	0,63 (0,12-3,27)
	Hoog	21,1	14,5	0,49 (0,08-2,97)
In de stad wonen (%)		63,3	86,5	3,72 (0,91-15,24) <sup>c</sup>
Ernst stemmings- of angststoornis (afgelopen 12 maanden) (%)	Licht	37,4	18,0	Referentiecategorie
	Matig	36,0	44,7	2,59 (0,32-20,72)
	Ernstig	26,5	37,3	2,93 (0,45-19,15)
Aantal stemmings- of angststoornissen (afgelopen 12 maanden) (gem.)		1,1	1,3	2,48 (0,59-10,48)
Middelenafhankelijkheid (afgelopen 12 maanden) (%)		5,7	0,9	0,16 (0,01-2,05)
Suïcidegedachten (afgelopen 12 maanden) (%)		4,1	0,0	<i>Niet getoetst</i>
Chronische somatische aandoening (%)		42,8	35,8	0,74 (0,18-3,10)

Vervolg Tabel III

Kenmerken t.t.v. T0:		Langdurige niet-zorggebruikers		Welke kenmerken hangen samen met het nog steeds of opnieuw hebben van een stemmings- of angststoornis op T1?
		Stemmings- of angststoornis in remissie op T1	Nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis op T1	
		n=155 (88,3%)	n=16 (11,8%)	Univariaat
				OR (95% BI) <sup>c</sup>
Negatieve levensgebeurtenissen (afgelopen 12 maanden) (%)	Geen	32,9	2,93 (0,45-19,15)	Referentiecategorie
	1	29,3	2,48 (0,59-10,48)	1,73 (0,37-8,02)
	2 of meer	37,7	0,16 (0,01-2,05)	1,82 (0,30-10,98)
Sociaal functioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		84,7	83,6	1,00 (0,98-1,02)
Psychisch rolfunctioneren (afgelopen 4 weken) (gem.) <sup>a</sup>		84,9	74,7	0,99 (0,97-1,02)
Zelf (h)erkennen van psychische problemen (afgelopen 12 maanden) (%)		37,4	38,9	1,00 (0,98-1,02)
Op gemak voelen bij professionele hulpverlener (%)		64,7	37,3	0,32 (0,09-1,16) <sup>d</sup>
Niet schamen voor professionele hulp (%)		75,9	40,8	0,22 (0,05-0,93) <sup>e</sup>
<b>Kenmerken tussen T0-T1:</b>				
Sterke inkomensdaling (%)		18,4	3,8	0,17 (0,02-1,48)
Middelenafhankelijkheid (%)		4,1	0,9	0,22 (0,02-3,10)
Suicidegedachten (%)		0,1	0,0	Niet getoetst
Negatieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	16,2	10,8	Referentiecategorie
	1	26,5	26,3	1,50 (0,24-9,31)
	2 of meer	57,3	62,9	1,66 (0,33-8,34)
Positieve levensgebeurtenissen (%)	Geen	22,9	16,4	Referentiecategorie
	1	30,9	22,2	1,00 (0,18-5,72)
	2 of meer	46,2	61,4	1,85 (0,39-8,83)
<b>Kenmerken t.t.v. T1:</b>				
Sociale steun (gem.) <sup>b</sup>		3,3	2,9	<b>0,28 (0,11-0,73)<sup>e</sup></b>

<sup>A</sup> Schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter functioneren.

<sup>B</sup> Schaal van 1 tot 4, waarbij een hogere score duidt op meer sociale steun.

<sup>C</sup> Geeft met 95% zekerheid aan dat de werkelijke odds ratio zich tussen de aangegeven waarden bevindt.

<sup>D</sup>  $p < 0,10$ .

<sup>E</sup>  $p < 0,05$ .





Stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in de algemene volwassen bevolking. Het is bekend dat een deel van de volwassenen met deze aandoeningen niet in aanraking komt met de professionele psychische hulpverlening. De vraag is echter of dit zorgelijk is. Om hier zicht op te krijgen worden in dit rapport de resultaten gepresenteerd van onderzoek naar:

- de omvang en kenmerken van de groep volwassenen met een stemmings- of angststoornis die hiervoor langdurig (d.w.z. vier jaar) geen gebruik heeft gemaakt van professionele zorg (langdurige niet-zorggebruikers); en
- de omvang en kenmerken van de groep langdurige niet-zorggebruikers met een ongunstige langere termijn uitkomst. Dit zijn degenen die na een follow-up periode van drie jaar nog steeds of opnieuw een stemmings- of angststoornis hadden.

Het onderzoek baseert zich op gegevens afkomstig van NEMESIS-2, een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders.

Dit themarapport is opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.