M. Veerbeek, A. Knispel, J. Nuijen

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

GGZ in tabellen

2011

M. Veerbeek, A. Knispel, J. Nuijen

GGZ in tabellen 2011

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering
Drs. M. Veerbeek
Drs. A. Knispel
Dr. J. Nuijen

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

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

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

Productie
Canon Nederland N.V.

ISBN: 978-90-5253-739-9

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF1199**

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht

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

Inhoudsopgave

	Inleiding	**7**
1	**Het vóórkomen van psychische stoornissen**	**9**
1.1	Vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland	12
1.2	Aantallen Nederlanders met een psychische aandoening	14
1.3	Vóórkomen psychische stoornissen; een internationale vergelijking	15
1.4	Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen	16
1.5	Veranderingen in 12-maands prevalentie	17
1.6	Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland	18
2	**Toegang en zorggebruik**	**19**
2.1	Nederland: zorggebruik van mensen met een psychische stoornis	20
2.2	Internationaal: zorggebruik in internationaal perspectief	22
2.3	Samenhang tussen de ernst van een psychische stoornis en zorggebruik	23
2.4	Internationaal: opvattingen ten aanzien van hulp voor psychische problemen	25
2.5	Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis	27
2.6	Tijd tot aanvang zorggebruik na ontstaan psychische aandoening	28
2.7a	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	30
2.7b	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's	32
2.7c	Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	32
2.8a	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	34
2.8b	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's	36
2.8c	Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	36
2.9	Meest gestelde psychische diagnosen in de huisartsenpraktijk	38
2.10	Psychofarmaca bij psychische diagnosen in de huisartsenpraktijk	40
2.11	Doorverwijzing van mensen met een psychische diagnose in de huisartsenpraktijk	42
2.12	De eerstelijnspsycholoog: aantal cliënten en wijze van aanmelding	43
2.13	Veelgestelde diagnosen door de eerstelijnspsycholoog	44
2.14	De eerstelijns psychologische praktijk psycholoog: gemiddelde behandelduur en aantal consulten	45
2.15	De eerstelijnspsycholoog: wijze van beëindiging contact en doorverwijzing naar andere hulpverlening	46
2.16a	Aantal cliënten in behandeling in de GGZ, per circuit	48
2.16b	Doorstroming van cliënten in de GGZ	50
2.17	Gestelde diagnosen in de GGZ, per circuit	51
2.18a	Aard van de zorg in de GGZ	52
2.18b	Aard van de zorg in de GGZ, per circuit	53
2.19	Behandelduur in de GGZ, per circuit	55

2.20a Wachttijden onder jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 56
2.20b Wachttijden onder volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 56
2.20c Wachttijden onder ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 56
2.21a Wachtlijsten onder jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 58
2.21b Wachtlijsten onder volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 58
2.21c Wachtlijsten onder ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn 58
2.22 Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS) 60
2.23 Primaire diagnoses van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC 62
2.24 Hoofdproductgroepen van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC 63
2.25 Verblijfsdagen van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC 65

3 Zorgaanbod: capaciteit en productie 67
3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen 68
3.2a Formele intramurale capaciteit GGZ-instellingen 72
3.2b Formele intramurale capaciteit GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw 74
3.3a Feitelijke intramurale capaciteit GGZ-instellingen 76
3.3b Feitelijke intramurale capaciteit GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw 76
3.4 Formele versus feitelijke intramurale capaciteit, per circuit 80
3.5 Europa: Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen 82
3.6a Productie GGZ-instellingen 84
3.6b Productie GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw 86
3.6c Volume ZZP GGZ 87
3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen 88
3.8a Productie GGZ-instellingen circuit volwassenen en ouderen 90
3.8b Productie GGZ-instellingen circuit volwassenen en ouderen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw 92
3.9a Productie instellingen voor verslavingszorg 94
3.9b Productie instellingen voor verslavingszorg, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw 96
3.10 Productie instellingen ambulante verslavingszorg 98
3.11a Capaciteit Forensisch Psychiatrische Centra 100
3.11b Bezetting Forensisch Psychiatrische Centra 100
3.12 Capaciteit voorzieningen voor maatschappelijke opvang 102

4 Kosten en financiering 103
4.1 Uitgaven aan zorg 104
4.2a Financieringsbronnen uitgaven zorg 106
4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ 106
4.3 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland 108
4.4 Kosten van werkverzuim door psychische en somatische aandoeningen 110

5 Personeel 113
5.1 Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ 114
5.2 Aantal fte's in de GGZ, per type instelling 116
5.3 Verhouding tussen aantal arbeidsplaatsen en aantal werknemers in de GGZ 117
5.4 Aantal fte's in de GGZ, per type functie 118
5.5 Ziekteverzuim in de GGZ en zorgsector 120
5.6 Opleiding van werknemers in de GGZ en zorgsector 122
5.7 Opleiding van verpleegkundigen in de GGZ en zorgsector 123
5.8 Aantal psychiaters 124
5.9 Aantal psychotherapeuten 125
5.10 Aantal GZ-psychologen 126
5.11 Aantal eerstelijnspsychologen 127
5.12 Aantal POH's-GGZ 128

Geraadpleegde bronnen 129

Afkortingen 133

Inleiding

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

Voor u ligt de uitgave *GGZ in Tabellen 2011*. In dit handzame en informatieve boekje zijn de belangrijkste en meest recente cijfers over de GGZ (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. De cijfers zijn verzameld in 2012. In tabellen en grafieken worden waar mogelijk geactualiseerde cijfers over de volgende aspecten van de GGZ gepresenteerd:

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

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

1 Het vóórkomen van psychische stoornissen

Nemesis

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

Stemmingsstoornissen
- Depressieve stoornis
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen
- Paniekstoornis
- Agorafobie zonder paniek
- Sociale fobie
- Specifieke fobie
- Gegeneraliseerde angststoornis

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

Aandachtstekort- of gedragsstoornissen
- ADHD
- Gedragsstoornis
- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

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

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

[a]*Het voorkomen van de hoofdgroepen van aandoeningen is niet gelijk aan de optelsom van de afzonderlijke aandoeningen, omdat bij een persoon meerdere van de afzonderlijke aandoeningen binnen een hoofdgroep kunnen voorkomen.*

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

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

Bron: De Graaf e.a., 2010

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

In tabel 1.2 staan de absolute aantallen volwassenen met een psychische stoornis op jaarbasis weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- Psychische stoornissen komen frequent voor; in totaal heeft 43,5 procent van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Op jaarbasis heeft bijna een vijfde van de volwassenen (ongeveer 1.896.700 personen) een psychische stoornis.
- Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen op lifetime basis ongeveer even vaak voor: één op de vijf volwassenen heeft ooit in het leven zo'n stoornis gehad. Op jaarbasis is er sprake van een meer wisselend beeld: zes tot tien procent van de volwassenen heeft jaarlijks een stoornis uit één van deze drie hoofdcategorieën. In absolute aantallen zijn dit respectievelijk 643.800, 1.057.800 en 597.700 volwassenen (zie tabel 1.2).
- Binnen de groep stemmingsstoornissen komt een depressieve stoornis relatief veel voor. Dysthymie en de bipolaire stoornis komen verhoudingsgewijs minder vaak voor. Binnen de groep angststoornissen komen de specifieke fobie en de sociale fobie relatief veel, en de agorafobie zonder paniekstoornis relatief weinig voor. Binnen de groep middelenstoornissen gaat het in hoofdzaak om alcoholproblemen.
- Vrouwen hebben vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen (zowel ooit in het leven als op jaarbasis). Mannen hebben daarentegen vaker een middelenstoornis (vooral alcohol-gerelateerd) of een aandachtstekort- of gedragsstoornis.

Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

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

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

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

Tabel 1.2 Aantallen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar met psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden in 2009[a]

	Aantal inwoners van 18-64 jaar per 1-1-2009: 10.486.000
Stemmingsstoornis[b]	**643.800**
Depressieve stoornis	546.500
Dysthymie	90.400
Bipolaire stoornis	88.400
Angststoornis[b]	**1.057.800**
Paniekstoornis	127.900
Agorafobie zonder paniekstoornis	41.500
Specifieke fobie	527.300
Sociale fobie	395.500
Gegeneraliseerde angststoornis	183.800
Middelenstoornis[b]	**597.700**
Alcoholmisbruik	395.600
Alcoholafhankelijkheid	82.400
Drugsmisbruik	92.900
Cannabismisbruik[c]	40.200
Drugsafhankelijkheid	77.000
Cannabisafhankelijkheid[c]	29.300
ADHD[d]	**124.000**
Enigerlei As-I stoornis[b,e]	**1.896.700**

[a] Deze aantallen zijn berekend door de sekse- en leeftijdspecifieke prevalenties te vermenigvuldigen met de corresponderende aantallen in de bevolking.

[b] Het voorkomen van de hoofdgroepen van aandoeningen is niet gelijk aan de optelsom van de afzonderlijke aandoeningen, omdat bij een persoon meerdere van de afzonderlijke aandoeningen binnen een hoofdgroep kunnen voorkomen.

[c] Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik respectie¬velijk drugsafhankelijkheid.

[d] Hier hebben de aantallen alleen betrekking op respondenten van 18-44 jaar omdat ADHD alleen gemeten is bij deze leeftijdscategorie (Aantal in de bevolking van deze leeftijdscategorie per 1-1-2009: 5.934.800).

[e] Bij 'Enigerlei As-I stoornis' is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Bron: De Graaf e.a., 2010

Tabel 1.3 Vóórkomen van psychische stoornissen bij volwassenen van 18 jaar en ouder (op jaarbasis); een internationale vergelijking (in procenten) (ESEMeD; meetperiode 2001-2003)

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

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

*** Deze studies maken deel uit van ESEMeD, waarin de prevalentie alleen is gebaseerd op alcoholstoornissen.*

Bron: Kessler & Üstün, 2008

In tabel 1.3 wordt een internationale vergelijking gemaakt van het aantal volwassenen dat op jaarbasis last heeft van een psychische stoornis. Dit is mogelijk doordat de WHO in verschillende landen dezelfde onderzoeksmethode heeft toegepast (Kessler & Üstün, 2008). Daardoor kan Nederland met andere landen vergeleken worden wat betreft het vóórkomen van psychische stoornissen. Het blijft echter lastig om op internationaal niveau cijfers te vergelijken. In de eerste plaats zijn er mogelijk culturele verschillen in de wijze waarop mensen psychische klachten duiden en hun bereidheid hierover openheid van zaken te geven. Daarnaast zijn er verschillen tussen de studies wat betreft de respons en de procedure die is gevolgd. Zo is de respons in de ESEMeD studies, die zijn uitgevoerd in Nederland, België, Duitsland, Italië en Spanje, lager dan die in de Amerikaanse en Oekraïense studies. Omdat eerder onderzoek heeft aangetoond dat mensen die niet aan een dergelijk onderzoek meewerken vaker een psychische aandoening hebben (De Graaf e.a., 2010), is er in de studies met een lagere respons mogelijk sprake van een grotere onderschatting van de prevalenties.

De belangrijkste bevindingen:

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

Diagram 1.4 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

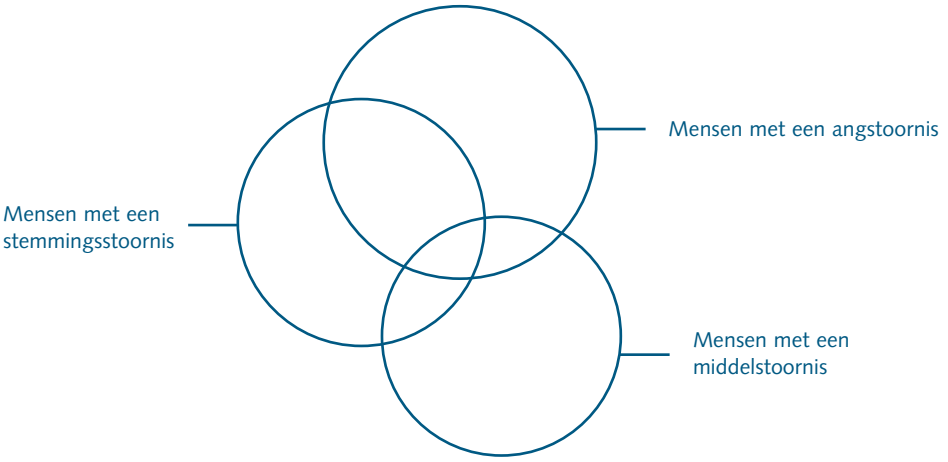


Diagram 1.4 toont welke combinaties van psychische stoornissen relatief vaak voorkomen.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 1.5 Veranderingen in 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van DSM-IV psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, gebaseerd op NEMESIS-1 en NEMESIS-2 *

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

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

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

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

Bron: De Graaf e.a., 2010

Tabel 1.5 laat een vergelijking zien tussen de 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van psychische stoornissen zoals gevonden in NEMESIS-1 (meetperiode: 1996) en NEMESIS-2 (meetperiode: 2007-2009). Opgemerkt moet worden dat een directe vergelijking van 12-maands psychische aandoeningen in de bevolking tussen beide NEMESIS-studies niet mogelijk was, omdat NEMESIS-2 gebaseerd is op herziene diagnostische criteria van psychische aandoeningen (DSM-IV) en gebruik heeft gemaakt van een verbeterd en uitgebreider diagnostisch instrument (CIDI 3.0). Daarom werden met behulp van gegevens over belangrijke vragen die in beide studies werden gesteld de DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1 via 'imputatie'[1] geschat (zie De Graaf e.a., 2010).

De belangrijkste bevindingen:

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

1 Een statistische methode om ontbrekende waarden in een dataset op te vullen met plausibele waarden.

Tabel 1.6 Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland, 2007

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

Bron: RIVM, 2010

In tabel 1.6 wordt de toptien weergegeven van de ziekten met de grootste ziektelast, uitgedrukt in DALY's. De DALY's worden berekend door het RIVM. De last die een ziekte meebrengt, wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's). Een DALY staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Wanneer men lijdt aan een ziekte kan men één of meer levensjaren verliezen, ofwel omdat men overlijdt, ofwel omdat men niet optimaal functioneert. Het aantal verloren levensjaren als gevolg van eerder overlijden staat in de eerste kolom, het aantal verloren levensjaren als gevolg van minder goed functioneren in de tweede kolom. De som van beide staat in de derde kolom vermeld. De vermindering van de kwaliteit van leven die een ziekte veroorzaakt (kolom ziektejaar-equivalenten) is als volgt gekwantificeerd: voor elke ziekte wordt door een panel van deskundigen vastgesteld welke gevolgen de ziekte heeft voor het dagelijkse functioneren. Dit levert een wegingsfactor op: een cijfer tussen 0 (geen nadelige gevolgen) en 1 (overlijden). Door het aantal mensen met een bepaalde ziekte te vermenigvuldigen met de wegingsfactor voor deze ziekte, wordt het aantal ziektejaar-equivalenten verkregen.

De belangrijkste bevindingen:

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

2 Toegang en zorggebruik

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

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

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

Bron: De Graaf e.a., 2010

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

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

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

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

Tabel 2.2 Internationaal: zorggebruik (formeel en informeel[2]) in internationaal perspectief, uitgesplitst naar type stoornis (ooit in het leven) (in percentages) (Bron: ESEMeD; meetperiode 2001-2003)

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

Bron: Kovess-Masfety e.a., 2007

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

De belangrijkste bevinding:

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

2 Formele zorg: zorg verleend door o.a. psychiaters, psychologen, gespecialiseerde verpleegkundigen of (huis) artsen.
Informele zorg: zorg verleend door o.a. alternatieve genezers of een dominee, pastoor of imam.

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

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

**De landen werden op basis van de criteria van de Wereldbank ingedeeld in één van de volgende categorieën: 'laag-inkomen', laag-midden inkomen', 'hoog-midden inkomen', 'hoog inkomen'.*
Bron: Wang e.a. (WHO Mental Health Survey), 2007

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

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

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

Bron: Ten Have e.a., 2010

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

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

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

Bron: De Graaf e.a., 2010

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.6 Percentage volwassenen waarbij ten minste één jaar zat tussen de aanvangsleeftijd van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact en de gemiddelde duur (in jaren) tussen beide (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Zorggebruik ten minste één jaar nadat de psychische aandoening begon	Tijd tussen begin van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact[1]
	%	Gemiddelde
Stemmingsstoornis	*31,9*	*2,8*
Depressieve stoornis	31,1	2,8
Dysthymie	54,1	6,2
Bipolaire stoornis	35,4	2,7
Angststoornis	*71,2*	*11,8*
Paniekstoornis	37,3	3,5
Agorafobie	56,2	6,2
Sociale fobie	84,2	13,5
Specifieke fobie	86,1	18,1
Gegeneraliseerde angststoornis	44,0	5,3
Middelenstoornis	*63,1*	*4,3*
Alcoholmisbruik	48,9	3,2
Alcoholafhankelijkheid	69,1	5,8
Drugsmisbruik	50,6	5,3
Drugsafhankelijkheid	68,5	2,4
ADHD of ODD[2]	*83,5*	*7,5*
ADHD	87,9	8,1
Oppositioneel opstandige gedragsstoornis	67,5	5,2
Enigerlei psychische stoornis	**63,7**	**9,3**

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

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

Bron: Ten Have e.a., 2012

Tabel 2.6 geeft een overzicht van het percentage volwassenen waarbij ten minste één jaar zat tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact. Daarnaast is weergegeven hoeveel jaar het gemiddeld heeft geduurd sinds het ontstaan van de psychische stoornis voordat mensen voor het eerst hulp zochten.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna twee derde van de mensen met enigerlei psychische stoornis (ongeacht welke) zoekt meer dan een jaar na het ontstaan van de stoornis voor het eerst hulp voor hun aandoening. Gemiddeld duurt het bij mensen met enigerlei psychische stoornis 9 jaar voordat zij hulp zoeken.
- Mensen met een stemmingsstoornis zoeken gemiddeld 3 tot 6 jaar na het ontstaan van hun aandoening enigerlei hulp voor hun problemen. Bij bijna een derde van deze mensen duurt het langer dan een jaar voordat hulp wordt gezocht.
- Bij ruim 70 procent van de mensen met een angststoornis duurt het langer dan een jaar voordat zij hulp zoeken. Dit hoge percentage komt vooral doordat mensen met een sociale of specifieke fobie lang wachten voordat zij hulp zoeken. Gemiddeld zoeken deze mensen gemiddeld pas na 13 tot 18 jaar na het ontstaan van de aandoening hulp.
- Mensen met een middelenstoornis zoeken gemiddeld 2 tot 6 jaar na het ontstaan van de middelenstoornis hulp hiervoor. Bij bijna twee derde van deze mensen duurt het langer dan een jaar voordat zij hulp zoeken.

Tabel 2.7a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2011

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolityca	1.349.700	1.305.400	1.337.000	1.315.700	1.344.000	1.319.900	1.308.000	1.297.700
Antidepressiva (totaal)	524.460	574.560	652.290	705.400	791.510	835.240	867.700	883.030
*TCA's***	*226.620*	*220.420*	*223.330*	*229.100*	*233.010*	*223.590*	*223.310*	*226.970*
*SSRI's***	*285.400*	*321.670*	*375.020*	*427.480*	*494.420*	*526.580*	*545.940*	*543.150*
Hypnotica en Sedativa	878.570	847.240	871.820	859.050	886.390	877.630	874.570	876.820
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Anxiolityca	1.313.000	1.251.000	1.206.000	1.201.000	1.183.000	272.930	296.640	313.120
Antidepressiva (totaal)	936.350	922.360	922.480	921.800	927.140	917.030	935.560	961.350
*TCA's***	*236.960*	*234.240*	*221.670*	*226.270*	*233.750*	*235.770*	*245.240*	*255.440*
*SSRI's***	*568.820*	*548.490*	*547.090*	*529.860*	*518.010*	*505.530*	*508.330*	*515.810*
Hypnotica en Sedativa	891.480	851.570	870.330	854.760	847.300	161.860	173.120	184.930

** Door de inwerkingtreding van de nieuwe ziektekostenverzekeringswet in 2006 zijn veel mensen van zorgverzekeraar gewisseld. Daardoor werd in sommige gevallen het medicijngebruik in dit jaar zowel door de oude als door de nieuwe verzekeraar geregistreerd. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal gebruikers.*
*** TCA's (Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (de Engelse afkorting voor Selectieve Serotonine Heropname-remmers) zijn veel gebruikte antidepressiva.*
Bron: GIPdatabank (CVZ)

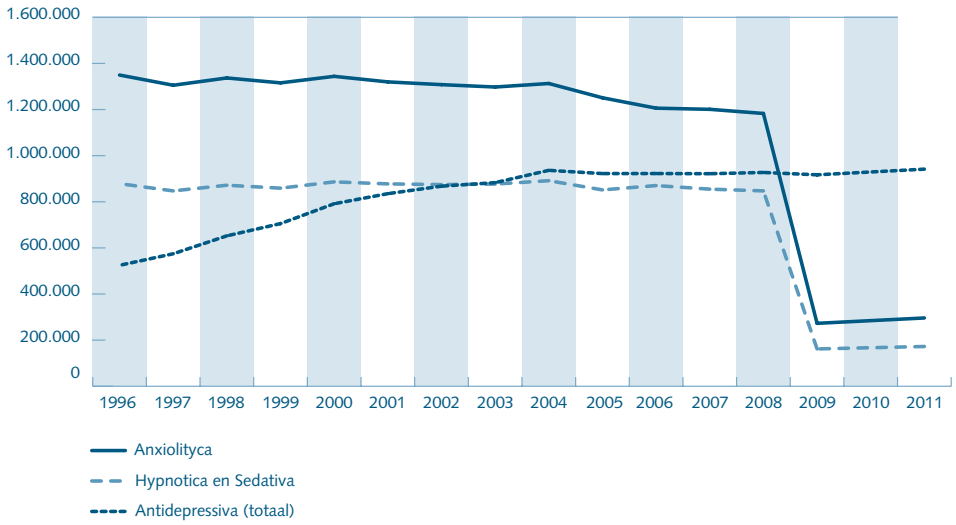
In tabel 2.7a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2011. In grafiek 2.7 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Anxiolytica (vaak voorgeschreven bij angststoornissen) worden in de periode 1996-2008 het meest gebruikt in Nederland, gevolgd door het aantal mensen dat antidepressiva krijgt voorgeschreven. Daarnaast worden hypnotica en sedativa (veel toegepast bij angst en slaapproblemen) tot en met 2008 door veel personen gebruikt.
- Tussen 2008 en 2009 is er een scherpe daling zichtbaar in het aantal gebruikers van anxiolytica (77 procent) en hypnotica en sedativa (81 procent). Deze dalingen blijven gehandhaafd in 2010 en 2011. Een verklaring hiervoor is dat per 1 januari 2009 de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering is beperkt[3]. Hierdoor schrijven artsen deze psychofarmaca aan minder patiënten voor. Daarnaast zal een aantal gebruikers niet gestopt zijn, maar de niet vergoede kosten voor eigen rekening hebben genomen. Deze gebruikers vallen vanaf 2009 buiten de registratie van CVZ. De gepresenteerde aantallen over 2009 tot en met 2011 zijn daarom een onderschatting van het werkelijke aantal gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa.

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

Grafiek 2.7 Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2011



Bron: GIPdatabank (CVZ)

- Het aantal gebruikers van antidepressiva is tussen 1996 en 2011 met ruim 80 procent gestegen. Deze toename vond vooral plaats tussen 1996 en 2004. Hierdoor is in 2003 het aantal gebruikers van antidepressiva voor het eerst groter dan dat van hypnotica/sedativa. Sinds de scherpe afname van het aantal geregistreerde gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa in 2009, is het aantal mensen dat antidepressiva gebruikt verreweg het grootst. Dit is goed te zien in grafiek 2.7.
- De stijgende trend in het aantal personen dat een antidepressivum ontvangt lijkt met name bepaald te worden door de toename van het aantal gebruikers van SSRI's. Dit type antidepressivum wordt het meest voorgeschreven. Het aantal gebruikers van deze middelen stijgt daarnaast tussen 1996 en 2011 met 81 procent. Deze toename heeft vooral plaatsgevonden tussen 1996 en 2004. Vanaf 2004 is een lichte daling zichtbaar in het aantal gebruikers van SSRI's en sinds 2008 lijkt het aantal personen dat een SSRI ontvangt zich te stabiliseren.
- De stijging in het aantal gebruikers van TCA's is met ongeveer 13 procent over de gehele periode minder sterk dan de totale toename in het gebruik van SSRI's.

Tabel 2.7b Veel gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's, 1996-20011 (1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolityca	115,6	112	114,9	112,9	115,1	113,1	112,3	112,3
Antidepressiva (totaal)	86,1	101	120,6	138,7	164,1	183,9	199,2	210,4
TCA's	*28,5*	*29*	*29,8*	*30,9*	*32,2*	*31,4*	*31,7*	*32,5*
SSRI's	*50*	*60,3*	*73,4*	*89,2*	*109,4*	*123,7*	*134,3*	*140,2*
Hypnotica en Sedativa	134,2	131,5	134,3	130,6	134,1	135,1	134,3	135,7
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Anxiolityca	111,9	107,9	91,8	93,1	92,9	35,4	38,6	40,1
Antidepressiva (totaal)	229,4	232,5	221,5	238,5	244,2	239,8	245,0	254,8
TCA's	*33,4*	*33,2*	*29,8*	*31,2*	*31,6*	*30,5*	*31,2*	*32,2*
SSRI's	*151,9*	*151,8*	*144,9*	*154,0*	*155,7*	*152,2*	*154,6*	*160,3*
Hypnotica en Sedativa	136,2	131,7	123,9	126,7	126,9	28,6	31,3	33,5

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.7c Veel gebruikte psychofarmaca: gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2011.

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolityca	86	86	86	86	86	86	86	87
Antidepressiva (totaal)	164	176	185	197	207	220	230	238
TCA's	*126*	*131*	*134*	*135*	*138*	*141*	*142*	*143*
SSRI's	*175*	*187*	*196*	*209*	*221*	*235*	*246*	*258*
Hypnotica en Sedativa	153	155	154	152	151	154	154	155
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Anxiolityca	85	86	76	77	79	129	130	128
Antidepressiva (totaal)	245	252	240	259	263	262	262	265
TCA's	*141*	*142*	*134*	*138*	*135*	*130*	*127*	*126*
SSRI's	*267*	*277*	*265*	*291*	*301*	*301*	*304*	*311*
Hypnotica en Sedativa	153	155	142	148	150	177	181	181

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

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Een DDD (Defined Daily Dose, of standaard dagdosering) is een eenheid die door de WHO is geïntroduceerd om het gebruik van verschillende geneesmiddelen beter met elkaar te kunnen vergelijken. In plaats van het absolute aantal voorschriften of het aantal voorgeschreven eenheden, wordt het aantal voorgeschreven DDD's geteld. Als uitgangspunt geldt dat een DDD overeenkomt met een gemiddelde onderhoudsdosering per dag voor een volwassen gebruiker, wanneer het middel wordt ingezet voor bestrijding van de hoofdindicatie.
In tabel 2.7b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2011.
Tabel 2.7c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

De belangrijkste bevindingen:

- Sinds 1999 worden er in Nederland van antidepressiva de meeste DDD's per jaar voorgeschreven (tabel 2.7b). Het aantal voorgeschreven DDD's van antidepressiva is tussen 1996 en 2011 bijna verdriedubbeld. Dit, terwijl het aantal voorgeschreven DDD's van anxiolytica en hypnotica/sedativa is gedaald met respectievelijk 65 procent en 75 procent. Deze dalingen zijn zichtbaar vanaf 2005, maar zijn vooral tussen 2008 en 2009 scherp. Deze sterke afname hangt samen met de beperking van de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering, zoals eerder op bladzijde 32 is besproken.
- Kijkend naar het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, is wat betreft antidepressiva eenzelfde beeld te zien (tabel 2.7c). Er is over de gehele periode 1996-2011 sprake van een toename wat betreft antidepressiva (62%). Bij anxiolytica en hypnotica/sedativa is er een ander beeld te zien: tot 2009 is er sprake van een lichte daling, respectievelijk 8 procent en 2 procent. Vanaf 2009 stijgt het aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker bij deze middelen echter aanzienlijk, als gevolg van de wijziging in de vergoeding van anxiolytica en hypnotica/sedativa. Sinds 2009 is het aantal personen dat deze middelen gebruikt en vergoed krijgt uit de basisverzekering duidelijk gedaald; gebruikers die wel nog in aanmerking komen voor vergoeding krijgen de medicatie langdurig en/of in een hoge dosering voorgeschreven.
- De trends in het voorschrijven van antidepressiva worden met name bepaald door ontwikkelingen in het voorschrijven van SSRI's. Dit type antidepressivum wordt het meest voorgeschreven en het totaal aantal standaard dagdoseringen is tussen 1996 en 2011 ruim verdrievoudigd, waarbij de sterkste toename plaatsvond tussen 1996 en 2004 (tabel 2.7b). Het totaal aantal voorgeschreven DDD's van TCA's is daarentegen in dezelfde periode redelijk stabiel. Een soortgelijke trend is ook te zien bij het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker: terwijl het aantal DDD's per gebruiker in het geval van de SSRI's in de gehele periode met 78 procent is gestegen, is er bij de TCA's nauwelijks sprake verandering (tabel 2.7c).

Tabel 2.8a Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2011.

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	206.220	201.840	212.630	219.110	224.030	226.920	235.820	247.720
Middelen bij ADHD	22.750	28.040	35.020	43.080	47.820	47.400	50.940	56.350
Dementiemiddelen	-	-	1.160	4.850	7.060	8.300	10.050	12.530
Middelen bij alcoholverslaving	9.610	10.660	13.180	13.650	14.830	15.800	16.140	16.620
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Antipsychotica	261.850	270.140	247.870	258.140	263.440	261.230	273.130	281.380
Middelen bij ADHD	62.761	68.369	84.207	96.501	109.090	127.990	151.700	169.740
Dementiemiddelen	19.072	22.855	25.239	26.736	31.018	35.088	37.440	38.279
Middelen bij alcoholverslaving	17.611	18.838	17.130	18.472	18.831	18.646	18.887	18.186

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

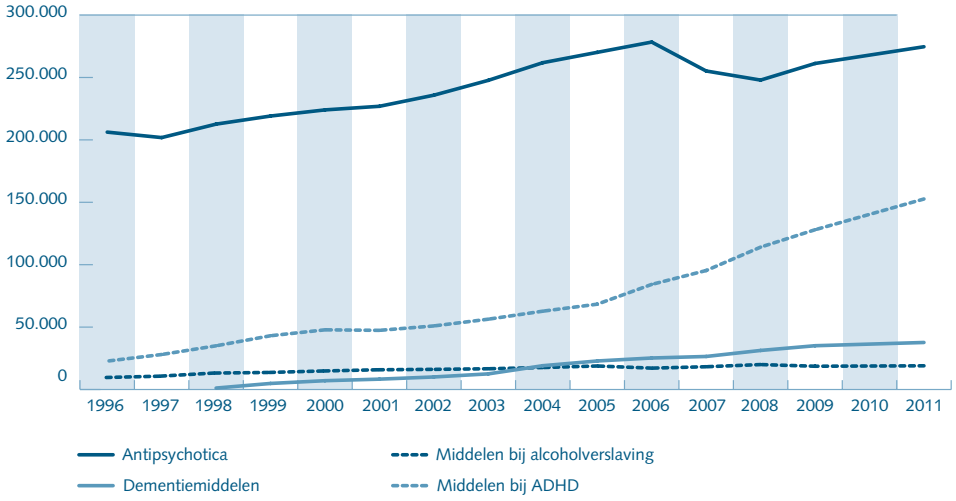
Bron: GIPdatabank (CVZ)

In tabel 2.8a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende relatief minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2011. In grafiek 2.8 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen:

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

Grafiek 2.8 Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2011.



Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.8b Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's*, 1996-2011 (1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	27,6	29	31,4	32,9	34,8	35,6	37,4	40,3
Middelen bij ADHD	2,7	3,5	4,7	6,3	7,5	7,9	8,7	9,9
Dementiemiddelen	-	-	0,1	0,5	1	1,3	1,7	2,1
Middelen bij alcoholverslaving	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	2	2,1
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Antipsychotica	43,6	46,1	39,4	42	43,5	42,7	44,8	45,1
Middelen bij ADHD	11,6	13	16	21,2	24,9	29,8	35,3	40,1
Dementiemiddelen	3	3,9	4,9	5,7	6,9	8	8,8	9,4
Middelen bij alcoholverslaving	2,2	2,4	2,2	2,4	2,6	2,5	2,6	2,5

**Voor de definitie van DDD, zie begeleidende tekst tabel 2.7b en 2.7c.*

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.8c Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2011

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipsychotica	134	144	148	150	155	157	159	163
Middelen bij ADHD	117	125	134	147	158	167	171	176
Dementiemiddelen	-	-	60	110	137	152	166	165
Middelen bij alcoholverslaving	110	113	113	114	114	117	122	126
ATC groep	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Antipsychotica	166	171	159	163	165	164	164	160
Middelen bij ADHD	185	190	190	220	228	233	233	236
Dementiemiddelen	156	170	193	212	224	228	235	245
Middelen bij alcoholverslaving	126	129	129	132	136	136	136	137

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

Bron: GIPdatabank (CVZ)

In tabel 2.8b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2011.
Tabel 2.8c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

De belangrijkste bevindingen:

- Sinds er in 1998 dementiemiddelen op de markt zijn gekomen, is het totaal aantal voorgeschreven DDD's elk jaar sterk gestegen. Ook het gemiddeld aantal DDD's dat per persoon voorgeschreven wordt is sindsdien toegenomen, hoewel relatief gezien minder sterk.
- Het aantal voorgeschreven standaard dagdoseringen van middelen bij ADHD is tussen 1996 en 2011 ongeveer vervijftienvoudigd en is in de laatste jaren snel blijven groeien. Het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is sinds 1996 verdubbeld.
- Ook bij de antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving zijn over de gehele periode stijgingen te zien in het totaal aantal voorgeschreven DDD's en het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker. Wel zijn deze toenames relatief minder sterk dan bij dementiemiddelen en middelen bij ADHD.
- Deze bevindingen duiden erop dat in de periode 1996-2011 niet alleen steeds meer personen de bovengenoemde psychofarmaca zijn gaan gebruiken, maar ook dat artsen de middelen langduriger en/of in een hogere dosering zijn gaan voorschrijven.

Tabel 2.9 Meest gestelde psychische diagnosen bij volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk, 2002-2010 (aantal diagnosen per 1000 volwassenen)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=185.885*	n=110.324*	n=169.138*	n=194.453*	n=277.694*	
Specifieke diagnose (ICPC code)**						
Depressie (p76)	25,4	28,8	27,0	25,5	22,1	n.v.t.
Slapeloosheid/andere slaapstoornis (p06)	20,7	23,1	20,8	21,3	16,8	n.v.t.
Angstig/nerveus/ gespannen gevoel (p01)	18,8	21,4	18,3	18,2	13,3	n.v.t.
Angststoornis/angst-toestand (p74)	10,2	10,3	11,0	11,8	10,8	n.v.t.
Neurasthenie/surme-nage (p78)	10,1	11,0	8,8	10,1	9,3	n.v.t.
Down/depressief gevoel (p03)	7,7	10,4	8,9	9,4	8,4	n.v.t.
Crisis/voorbijgaande stress reactie (p02)	9,0	8,6	8,4	9,0	7,8	n.v.t.
Diagnose hoofdgroepen (ICPC code)**						
Depressie (p03+p76)	32,2	37,6	34,8	34,1	30,1	sig↓
Angst (p01+p74)	28,2	30,7	28,5	29,3	14,6	n.s.
Problematisch alcohol-gebruik (p15+p16)	2,9	3,1	3,5	4,5	3,9	n.s.
Psychotische stoornis (p71+p72+p98)	2,1	2,3	2,4	3,0	2,7	n.s.
Enigerlei psychische diagnose	**111,2**	**120,1**	**115,9**	**127,9**	**120,7**	**n.s**

** n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 69 in 2002, 43 in 2004, 64 in 2006, 82 in 2008 en 122 in 2010.*

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

[1]De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.

Bron: NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2010

Tabel 2.9 geeft een overzicht van de meest gediagnosticeerde psychische problemen in de huisartsenpraktijk in de periode 2002-2010. De gegevens zijn afkomstig van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) (Stirbu-Wagner e.a., 2010). Voor de diagnose hoofdgroepen is getoetst op de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname in te periode 2002-2010.

De belangrijkste bevindingen:

- De drie meest gediagnosticeerde psychische problemen zijn:
  - Depressie
  - Slapeloosheid
  - Angstig, nerveus of gespannen gevoel
- In de periode 2002-2010 zijn er geen grote veranderingen geweest in de top 7 van diagnosen die de huisarts het vaakst stelt.
- De frequentie waarmee enigerlei psychische diagnose gesteld wordt in de huisartsenpraktijk schommelt in de periode 2002-2010 tussen de 11,1 en 12,8 procent.
- In de periode 2002-2010 is de prevalentie van de diagnose depressie licht afgenomen. Andere psychische problemen worden niet meer of minder vaak gediagnosticeerd.

Tabel 2.10 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat psychofarmaca voorgeschreven krijgt, 2002-2010 (naar type psychofarmacon)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=14.081*	n=11.143*	n=15.273*	n=19.042*	n=23.422*	
Enigerlei psychofarmaca	**70,2**	**69,5**	**74,7**	**70,3**	**65,7**	sig↓
Type psychofarmacon						
Antidepressiva	31,0	31,6	33,3	30,5	29,7	sig↓
*SSRI's**	*22,3*	*22,8*	*22,6*	*20,7*	*19,6*	*sig↓*
*TCA's**	*4,9*	*4,6*	*5,0*	*4,6*	*4,5*	*sig↓*
Overige antidepressiva	*5,1*	*5,5*	*6,9*	*6,6*	*6,8*	*n.s.*
Anxiolytica	23,2	23,9	25,4	23,1	19,4	sig↓
Hypnotica, sedativa	20,0	20,2	21,7	20,4	17,1	sig↓
Antipsychotica	3,7	4,1	4,7	4,6	4,5	n.s.

**n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 61 in 2002, 65 in 2004, 71 in 2006, 78 in 2008 en 75 in 2010.*

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

[1] De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.

N.B. De cijfers kunnen afwijken van de vorige uitgave van GGZ in Tabellen.

Bron: NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2010

In tabel 2.10 wordt voor de periode 2002-2010 een overzicht gegeven van de frequentie waarmee psychofarmaca in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven aan volwassenen (18-64 jaar) bij wie de huisarts enigerlei psychische diagnose gesteld heeft. Ook deze gegevens zijn afkomstig uit LINH.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna twee derde van de volwassenen met een psychische diagnose kreeg in 2010 psychofarmaca voorgeschreven door de huisarts. Het percentage volwassenen dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven is licht afgenomen in de periode 2002-2010.
- Antidepressiva zijn in de huisartsenpraktijk het meest voorgeschreven type psychofarmacon. Bijna 30% van alle volwassenen met een psychische diagnose kreeg dit type medicatie in 2010 voorgeschreven. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva is gedaald in de periode 2002-2010.
- SSRI's zijn veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum. Het voorschrijfpercentage van SSRI's daalt ook tussen 2002 en 2010.
- Tussen 2002 en 2010 worden kalmeringsmiddelen (anxiolytica) en slaapmiddelen (hypnotica en sedativa) relatief vaak voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose. Wel is het voorschrijfpercentage van beide middelen afgenomen in het jaar 2010 (t.o.v. de periode 2002-2008). Dit hangt samen met het verdwijnen van de vergoeding voor benzodiazepinen uit het basispakket per 1 januari 2009.
- Antipsychotica worden relatief weinig voorgeschreven in de huisartsenpraktijk.

Tabel 2.11 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat doorverwezen wordt naar de psychische hulpverlening in de periode 2002-2010 (naar type hulpverlening)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=11.336*	n=8.888*	n=13.206*	n=15.835*	n=16.902*	
Naar eerstelijns GGZ	**7,7**	**8,0**	**8,3**	**10,8**	**10,6**	sig↑
Eerstelijnspsycholoog	3,1	3,7	4,4	7,0	7,6	sig↑
Maatschappelijk werk	0,7	1,1	0,6	0,7	0,4	n.s.
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige**	0	0	0,4	0,2	0,3	n.v.t.
Naar tweedelijns GGZ***	**3,3**	**4,8**	**7,5**	**9,9**	**6,0**	**sig↑**
Psychiatrie	2,3	3,8	4,0	3,9	4,6	sig↑
RIAGG	2,5	2,4	2,2	2,4	1,7	sig↓

GGZ = geestelijke gezondheidszorg; RIAGG = regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

** n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken in de registratie bedroeg resp. 61 in 2002, 45 in 2004, 54 in 2006, 58 in 2008 en 56 in 2010.*

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

**** Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen.*

[1] De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.

N.B. De cijfers kunnen afwijken van de vorige uitgave van GGZ in Tabellen.

Bron: NIVEL/IQhealthcare/LINH, 2010

Tabel 2.11 presenteert voor de periode 2002-2010 het percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose dat door de huisarts naar de eerste- of tweedelijns GGZ wordt doorverwezen. Deze gegevens zijn afkomstig van LINH.

De belangrijkste bevindingen:

- Volwassenen met een psychische diagnose worden door de huisarts vaker binnen de eerstelijns GGZ doorverwezen, dan naar de tweedelijns GGZ. De verwijzingspercentages naar beide settings nemen significant toe in de periode 2002-2010.
- Als er naar de eerstelijns GGZ wordt doorverwezen, gebeurt dit tussen 2002 en 2010 steeds vaker naar de eerstelijnspsycholoog, met name vanaf het jaar 2008 toen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket werd opgenomen.
- Wat betreft de tweedelijns GGZ stijgt het percentage volwassenen dat tussen 2002 en 2010 naar de psychiatrie wordt doorverwezen. Het verwijspercentage naar een RIAGG daalt in dezelfde periode. Dit komt mogelijk mede doordat steeds meer RIAGG's opgegaan zijn in een grotere GGZ instelling.

Tabel 2.12 De eerstelijnspsycholoog: aantal cliënten en wijze van aanmelding, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal cliënten*	76.000	84.000	90.100	91.000	91.500	81.000
Wijze van aanmelding in %						
Verwijzing huisarts	59	60	63	64	62	62
Eigen initiatief	29	30	28	28	29	29
Anders**	12	10	9	8	9	9

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

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

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011

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

In Tabel 2.12 wordt een overzicht gepresenteerd van het aantal cliënten dat jaarlijks zorg ontvangt van een eerstelijnspsycholoog, aangesloten bij de LVE. Daarnaast wordt een beeld geschetst van de wijze waarop de cliënten worden aangemeld voor deze zorg.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2006-2010 neemt het aantal cliënten dat hulp ontvangt van een eerstelijnspsycholoog elk jaar toe, in totaal met ongeveer 20 procent. Deze toename is het sterkst tussen 2006 en 2008. Tussen 2010 en 2011 daalt het aantal cliënten vervolgens met ongeveer 12 procent.
- Ongeveer 60 procent van alle cliënten wordt naar de eerstelijnspsycholoog verwezen door de huisarts. In circa 30 procent van de gevallen melden cliënten zich op eigen initiatief aan voor behandeling. De overige 10 procent wordt op andere wijze aangemeld. Deze verdeling is vrij stabiel in de periode tussen 2006 en 2011.

Tabel 2.13 Veelgestelde diagnosen door de eerstelijnspsycholoog, 2006-2011 (in procenten)

Diagnose*	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aanpassingsstoornissen	21	20	22	23	23	17
Stemmingsstoornissen	20	20	19	19	20	23
Angststoornissen	15	15	15	15	15	18
Somatoforme stoornissen	4	4	3	3	3	4

**As 1 diagnosen volgens de DSM IV-TR*

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011

Tabel 2.13 geeft een overzicht van de verschillende hoofdcategorieën van psychische stoornissen die door de eerstelijnspsycholoog veel worden gezien.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2006-2010 worden aanpassingsstoornissen het vaakst vastgesteld door de eerstelijnspsycholoog, direct gevolgd door stemmingsstoornissen en angststoornissen. Somatoforme stoornissen worden minder vaak gediagnosticeerd.
- In 2011 wordt de diagnose stemmingsstoornissen het vaakst vastgesteld door de eerstelijnspsycholoog, gevolgd door angststoornissen en aanpassingsstoornissen. Het percentage somatoforme stoornissen wijkt nauwelijks af van voorgaande jaren.

Tabel 2.14 De eerstelijns psychologische prakijk: gemiddelde behandelduur (in weken) en aantal consulten, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gemiddelde behandelduur in weken	19	19	19	21	21	21
Gemiddeld aantal consulten per cliënt	7,2	6,9	6,7	7	7	7
1-8 consulten*, % cliënten	71	72	76	74	73	72
9-12 consulten, % cliënten	17	17	15	16	17	17
13-20 consulten, % cliënten	9	9	7	8	8	9
> 20 consulten, % cliënten	3	2	2	2	2	2

** Vanaf 1 januari 2008 worden maximaal acht consulten op jaarbasis vergoed vanuit de basisverzekering. Per 1 januari 2012 zullen maximaal vijf consulten worden vergoed vanuit de basisverzekering. Tevens wordt de eigen bijdrage per consult verhoogd van €10 naar €20.*

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011

In Tabel 2.14 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde behandelduur in weken door de eerstelijnspsycholoog tussen 2006 en 2011. Tevens wordt het gemiddeld aantal consulten per cliënt gepresenteerd en wordt de verdeling van het aantal consulten over de cliënten weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- De gemiddelde behandelduur door de eerstelijnspsycholoog is tussen 2006 en 2011 met twee weken toegenomen, van 19 naar 21 weken.
- Het gemiddeld aantal consulten per cliënt blijft in dezelfde periode redelijk stabiel met een gemiddelde van rond de 7 consulten. Cliënten krijgen dus gemiddeld evenveel behandelingen gedurende een wat langere periode.
- Het percentage cliënten dat meer dan acht consulten nodig heeft daalt tussen 2006 en 2008 met 5 procent van 29 procent naar 24 procent, om tussen 2008 en 2011 weer met 4 procent toe te nemen naar 28 procent.

Tabel 2.15 De eerstelijnspsycholoog: wijze van beëindiging contact en doorverwijzing naar andere hulpverlening, 2006-2011 (in procenten)

Wijze beëindiging contact	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Behandeling afgerond*	**67**	**68**	**71**	**72**	**70**	**72**
Behandeling afgebroken	**19**	**18**	**17**	**15**	**16**	**15**
Cliënt doorverwezen	**14**	**14**	**12**	**13**	**14**	**13**
Naar 2e lijns GGZ of AGZ	*48*	*49*	*54*	*59*	*58*	*64*
Naar collega eerstelijnspsycholoog	*14*	*16*	*11*	*11*	*11*	*9*
Naar huisarts	*11*	*9*	*10*	*9*	*11*	*7*
Naar 3e lijns GGZ of AGZ	*5*	*5*	*5*	*4*	*4*	*4*
Anders	*22*	*21*	*20*	*17*	*16*	*15*

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

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011

In Tabel 2.15 wordt samengevat op welke wijze de behandeling bij de eerstelijnspsycholoog wordt beëindigd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het percentage afgeronde behandelingen, het percentage afgebroken behandelingen en het percentage cliënten dat naar andere hulpverlening is doorverwezen.

De belangrijkste bevindingen:

- Het percentage behandelingen bij de eerstelijnspsycholoog dat op reguliere wijze wordt afgerond schommelt in de gehele periode 2006 – 2011 rond 70 procent.
- De redenen voor het voortijdige afbreken van een behandeling lopen sterk uiteen (niet in tabel). De belangrijkste redenen voor het afbreken van een behandeling waren in 2011: onvoldoende motivatie (19%), afname van de aanmeldklachten (18%), financiële redenen (10%) en ontevredenheid (6%).
- Wat opvalt is dat er sinds 2008, toen eerstelijnspsychologische hulp werd opgenomen in de basisverzekering, relatief minder behandelingen om financiële redenen zijn afgebroken. Ter vergelijking: in 2006 werd nog 15 procent van alle afgebroken behandelingen om financiële redenen beëindigd.
- Het percentage cliënten dat door de eerstelijnspsycholoog wordt doorverwezen naar andere hulpverlening is in de gehele periode betrekkelijk stabiel, met percentages tussen 12 en 14 procent. Opvallend is dat tussen 2006 en 2011 relatief meer doorverwijzingen zijn gaan plaatsvinden naar de 2^{e} lijns GGZ/AGZ, terwijl juist wat minder werd doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog.

Sectorraportages/Wachtlijstregistratie GGZ Nederland

Sectorrapportages

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

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

Tot 2006 werden de sectorrapportages opgesteld op basis van gegevens uit Zorgis, het zorgregistratiesysteem van de lidinstellingen van GGZ Nederland. Sinds 2006 is de gegevensaanlevering door instellingen aan Zorgis beëindigd. Vanaf 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers vanaf 2007 met voorgaande jaren.
Om tot een landelijk beeld te komen zijn de gegevens van de ontbrekende instellingen geëxtrapoleerd ('bijgeschat'). Dit gebeurde zowel op basis van gegevens die bekend waren uit voorgaande jaren als op basis van financiële parameters (GGZ Nederland, 2010a). Bedacht dient te worden dat het extrapoleren van gegevens een bron van vertekening kan vormen. Zo kunnen de instellingen die gegevens hebben aangeleverd per jaar verschillen, waardoor verschillen tussen jaren in de periode 2003-2009 ook (deels) extrapolatieverschillen kunnen zijn.

Wachtlijstregistratie

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

Tabel 2.16a Aantal cliënten in behandeling in de GGZ, per circuit, 2003-2009 (x 1000 cliënten)*

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

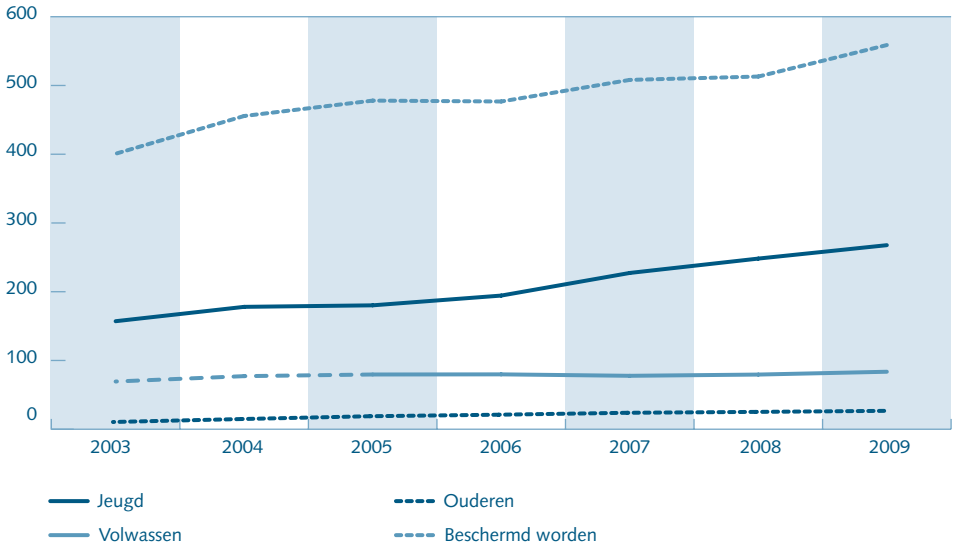
**alle cliënten die binnen een circuit in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad. Het totaal komt overeen met het actieve bestand zoals omschreven in Tabel 2.15a.*
Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.16a geeft per circuit in de GGZ het aantal cliënten weer dat in de periode 2003-2009 actief in behandeling is (geweest). In Grafiek 2.16 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen

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

Grafiek 2.16 Aantal cliënten in behandeling in de GGZ (per circuit)*, 2003-2009



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

Tabel 2.16b Doorstroming van cliënten in de GGZ (bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2003-2009* (x1.000)**

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

** gegevens over 2008 zijn niet beschikbaar.*

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

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In tabel 2.16b wordt een overzicht gegeven van de doorstroming van GGZ-cliënten. Onder *actief bestand* wordt verstaan: alle cliënten die in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.17 Gestelde diagnosen in de GGZ, per circuit (ambulant, klinisch en residentieel van cliënten bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2009 (in procenten)

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

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

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In Tabel 2.17 wordt per circuit een beeld geschetst van de verdeling van de verschillende gestelde diagnosen in de GGZ in 2009.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.18a Aard van de zorg in de GGZ (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en KJP), 2004-2009 (in procenten)

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

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

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

In tabel 2.18a wordt een overzicht gegeven van de aard van de zorg die cliënten hebben ontvangen in de GGZ in de periode 2004-2009. De tabel heeft betrekking op het actieve cliëntenbestand van de genoemde instellingen, dat wil zeggen alle cliënten die in de loop van dat jaar tenminste één contact hebben gehad.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.18b Aard van de zorg in de GGZ, per circuit (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en KJP), 2004-2009 (in procenten)

Circuit jeugd (0-17 jaar)

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

Circuit volwassenen (18-64 jaar)

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

Circuit ouderen (>64 jaar)

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

Circuit beschermd wonen

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

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

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

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.18b presenteert de aard van de zorg in de GGZ in procenten, binnen respectievelijk de circuits jeugd, volwassenen, ouderen en beschermd wonen tussen 2004 en 2009.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.19 Behandelduur in de GGZ, per circuit (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGGS's, RIBW en KJP), 2009 (procenten)

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

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

Tabel 2.19 geeft de verdeling van de behandelduur weer van cliënten in de verschillende circuits in de GGZ bij de genoemde instellingstypen in 2009. Dit wordt gedaan in procenten per oplopende categorie in behandelduur.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

2.20a Gemiddelde wachttijden (in weken) voor jeugdige cliënten (0-17 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar[3], 2007-2009

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

2.20b Gemiddelde wachttijden (in weken) voor volwassen cliënten (18-64 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar[3], 2007-2009

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

2.20c Gemiddelde wachttijden (in weken) voor oudere cliënten (≥65 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar[3], 2007-2009

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

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

Tabellen 2.20a, 2.20b en 2.20c geven per leeftijdsgroep (respectievelijk kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen) de gemiddelde wachttijden in weken weer van cliënten in de drie wachtfasen. Daarnaast wordt per leeftijdsgroep en per wachtfase het percentage cliënten weergegeven dat langer moet wachten dan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zelf maximaal aanvaardbaar vinden, de zogenaamde Treeknormen[4]. De gegevens hebben betrekking op de bij GGZ Nederland aangesloten zorgaanbieders. Gegevens over 'wachtenden' bij instellingen voor forensische psychiatrie en bij vrijgevestigde psychiaters en psychologen zijn daarbij niet meegenomen.

De belangrijkste bevindingen:

Kinderen en jeugdigen

- Uit tabel 2.20a blijkt dat in de periode 2007-2009 in iedere wachtfase een substantieel percentage van de jeugdige cliënten langer moet wachten dan de Treeknormen toestaan. Met name in de aanmeldingswachtfase moeten relatief veel kinderen en jeugdigen langer wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. In 2009 lijkt een verbetering op te treden ten opzichte van 2008. Vooral in de beoordelings- en de behandelingswachtfase daalt het percentage jeugdige cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden.

Volwassenen

- Tabel 2.20b laat zien dat in iedere wachtfase een substantieel deel van de volwassen cliënten langer moet wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. De percentages liggen wel lager dan bij de jeugdige cliënten. Het relatieve aantal volwassen cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden blijft de laatste jaren betrekkelijk stabiel.

Ouderen

- Uit tabel 2.20c blijkt dat in de periode 2007-2009 ook een substantieel deel van de oudere cliënten langer moet wachten dan maximaal aanvaardbaar wordt geacht. Wel zijn de percentages 'lang-wachtenden' minder hoog dan onder volwassen en jeugdige cliënten. Het relatieve aantal ouderen met wachttijden die de Treeknormen overschrijden is tussen 2007 en 2009 vrij stabiel gebleven.

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

Tabel 2.21a Aantal jeugdige cliënten (0-17 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen[5] voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabel 2.21b Aantal volwassen cliënten (18-64 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

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

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabel 2.21c Aantal oudere cliënten (≥65 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

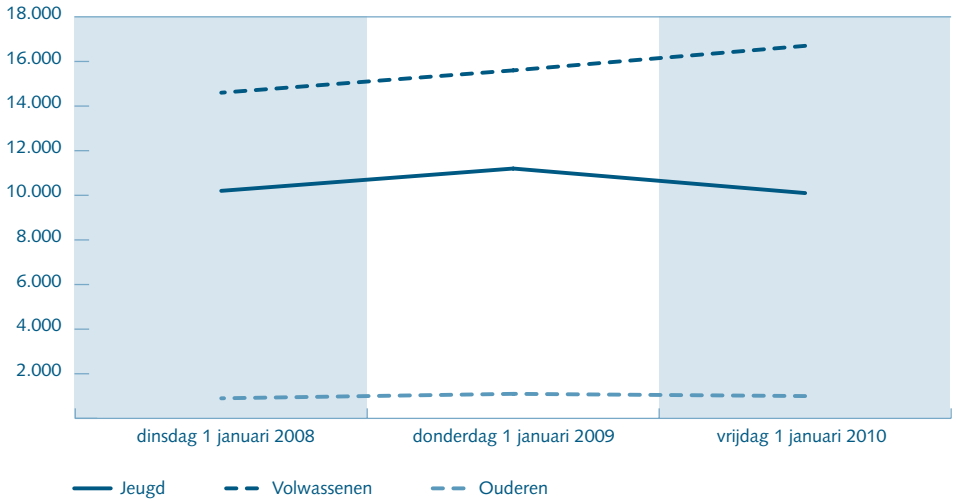
Wachtfase	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
Aanmelding	300	300	300
Beoordeling	400	600	500
Behandeling	200	200	200
Totaal	**900**	**1.100**	**1.000**

Bron: GGZ Nederland, 2010b

Tabellen 2.21a, 2.21b en 2.21c geven per leeftijdsgroep en per wachtfase het aantal cliënten weer dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven op de peildata 1 januari 2008, 2009 en 2010. In grafiek 2.21 wordt per leeftijdsgroep het totaal aantal cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden gevisualiseerd.

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

Grafiek 2.21 Totaal aantal cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven per leeftijdsgroep, 2008-2010 (peildatum 1 januari)



Bron: GGZ Nederland, 2010b

De belangrijkste bevindingen:

Kinderen en jeugdigen

- Uit tabel 2.21a blijkt dat het totaal aantal jeugdige cliënten dat langer moet wachten dan de Treeknormen voorschrijven tussen begin 2008 en begin 2009 met bijna 10 procent is toegenomen, om begin 2010 weer met ongeveer hetzelfde percentage af te nemen. Een soortgelijk patroon is ook te zien wanneer specifiek gekeken wordt naar de beoordelings-wachtfase. In de aanmeldings- en behandelingswachtfase neemt het aantal 'lang-wachtenden' consistent licht af tussen begin 2008 en begin 2010.

Volwassenen

- Uit tabel 2.21b blijkt dat het totaal aantal volwassen cliënten dat langer wacht op zorg dan maximaal aanvaarbaar geacht wordt tussen begin 2008 en begin 2010 jaarlijks met ongeveer 7 procent is toegenomen. Kijkend naar de verschillende wachtfasen, dan is er alleen in de beoordelingswachtfase een consistente toename te zien. In de andere wachtfasen is er alleen tussen begin 2009 en begin 2010 sprake van een toename van aantal 'lang-wachtenden'.

Ouderen

- Tabel 2.21c laat zien dat het totaal aantal oudere cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven met ruim 20 procent is toegenomen tussen begin 2008 en begin 2009, om daarna weer met 10 procent te dalen begin 2010. Dit wordt veroorzaakt door de toename van het aantal 'lang-wachtenden' in de beoordelings-wachtfase tussen begin 2008 en begin 2010.

Tabel 2.22 Aantal onvrijwillige opnemingen, 2002-2009***

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

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

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

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

Bron: Bopzis-4

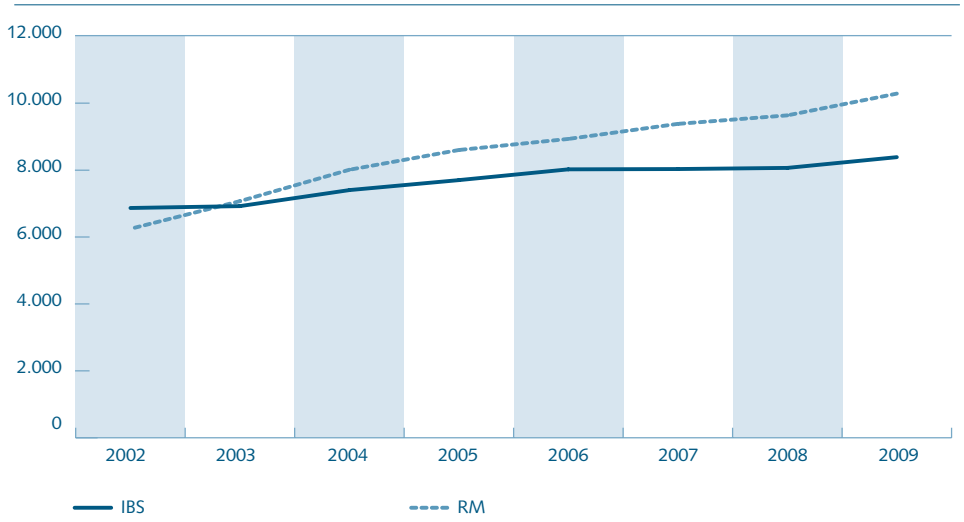
In tabel 2.22 wordt een overzicht gegeven van het aantal onvrijwillige opnemingen in de periode 2002 - 2009. In grafiek 2.22 wordt dit gevisualiseerd. De tabel en grafiek zijn samengesteld aan de hand van gegevens van het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gehouden registratiesysteem betreffende de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopzis). Door de komst van de Argus-registratie per 1 januari 2012, uitgevoerd door zorgaanbieders zelf, alsook de op handen zijnde vervanging van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ), heeft de IGZ sinds oktober 2010 besloten met deze vorm van registratie op te houden. Hierdoor is het niet mogelijk bovenstaande tabel aan te vullen met recentere gegevens over 2010 en 2011.

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

- De voorlopige machtiging, die voor maximaal 6 maanden kan worden afgegeven wanneer iemand gevaar voor zichzelf en/of anderen veroorzaakt en nog niet gedwongen is opgenomen.

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

Grafiek 2.22 Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS), 2002-2009



Bron: Bopzis-4

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

Tabel 2.23 Primaire diagnoses van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC in 2010 (in procenten)

Primaire diagnose	2010
Depressieve stoornissen	14,1
Angststoornissen	9,9
Aanpassingsstoornissen	9,4
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	8,2
Persoonlijkheidsstoornissen	6,9
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	5,9
Pervasieve stoornissen	5,3
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	4,0
Aan alcohol gebonden stoornissen	3,6
Aan overige middelen gebonden stoornissen	3,4
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	2,8
Overige stoornissen in de kindertijd	2,3
Somatoforme stoornissen	1,8
Eetstoornissen	1,1
Restgroep diagnoses*	2,8
Andere aandoeningen	9,4
Geen diagnose aanwezig of diagnose niet op as I of as II	9,2

** Hieronder vallen onder meer dissociatieve stoornissen, seksuele stoornissen en slaapstoornissen*

Bron: DBC Onderhoud 2011

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) per cliënt te registreren. In tabel 2.23 zijn de primaire diagnoses van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC in 2010 weergegeven (in procenten). De gegevens zijn afkomstig van DBC Onderhoud en hebben alleen betrekking op de curatieve (geneeskundige) GGZ.

De belangrijkste bevindingen:

- Een depressieve stoornis is de meest gestelde primaire diagnose bij cliënten met een afgesloten DBC in 2010, gevolgd door een diagnose angststoornis en een diagnose aanpassingsstoornis.
- Bij bijna een tiende van de cliënten is geen aandoening op as I of as II geregistreerd.

Tabel 2.24 Hoofdproductgroepen van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC in 2010 (in procenten)

Hoofdproductgroep	Totaal	Ambulant	Klinisch
Bijzondere behandelgroepen*	**20,4**	96,2	3,8
Korte behandelgroepen**	**23,5**	94,5	5,5
Langdurende behandelgroepen			
Depressieve stoornissen	**9,0**	63,9	36,1
Angststoornissen	**6,5**	95,1	4,9
Aanpassingsstoornissen	**5,3**	90,3	9,7
Persoonlijkheidsstoornissen	**4,9**	89,9	10,1
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	**4,3**	60,8	39,2
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	**4,5**	87,9	12,1
Pervasieve stoornissen	**3,2**	94,9	5,1
Aan alcohol gebonden stoornissen	**2,3**	68,1	31,9
Aan overige middelen gebonden stoornissen	**2,3**	74,5	25,5
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	**2,1**	88,7	11,3
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	**1,7**	74,5	25,5
Overige stoornissen in de kindertijd	**1,5**	97,8	2,2
Restgroep diagnoses***	**3,3**	92,6	7,4
Andere aandoeningen	**5,3**	97,7	2,3

** Hieronder vallen DBC's met alleen indirect cliëntgebonden tijd (cliënt zelf niet aanwezig), diagnostische activiteiten, crisisactiviteiten of geen behandeling bij 24-uurs verblijf*

*** Hieronder vallen DBC's met een direct cliëntgebonden tijd (cliënt aanwezig) korter dan 250 minuten én verblijf zonder overnachting korter dan 5 dagen*

**** Hieronder vallen onder meer dissociatieve stoornissen, seksuele stoornissen en slaapstoornissen*

Bron: DBC Onderhoud 2011

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) per cliënt te registreren. In tabel 2.24 zijn de hoofdproductgroepen van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC in 2010 weergegeven (in procenten). Elke afgesloten DBC wordt op basis van bepaalde kenmerken ingedeeld in een productgroep. De productgroep bepaalt het tarief dat een instelling krijgt voor de behandeling van de cliënt behorende bij de DBC. De gegevens zijn afkomstig van DBC Onderhoud en hebben alleen betrekking op de curatieve (geneeskundige) GGZ.

De belangrijkste bevindingen:

- Een vijfde van de afgesloten DBC's valt in 2010 in de categorie 'bijzondere behandeling'.
- Ongeveer een kwart van de afgesloten DBC's in 2010 betreft een kortdurende behandeling.
- Het grootste deel van de in 2010 afgesloten DBC's waarbij sprake was van een langdurende behandeling valt onder de productgroep 'depressieve stoornissen', gevolgd door 'angststoornissen' en 'aanpassingsstoornissen'.
- Veruit het grootste deel van de afgesloten DBC's in 2010 betrof een ambulante behandeling.

Tabel 2.25 Verblijfsdagen van cliënten in de GGZ met een afgesloten DBC in 2010 (in procenten)

Hoofdproductgroep	Verblijfsdagen
Bijzondere behandelgroepen*	0,6
Korte behandelgroepen**	2,2
Langdurende behandelgroepen	
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	23,3
Depressieve stoornissen	14,1
Aan alcohol gebonden stoornissen	10,1
Aan overige middelen gebonden stoornissen	9,0
Persoonlijkheidsstoornissen	7,6
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	6,1
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	5,2
Angststoornissen	4,8
Pervasieve stoornissen	4,3
Aanpassingsstoornissen	3,1
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	2,8
Overige stoornissen in de kindertijd	1,0
Restgroep diagnoses***	4,0
Andere aandoeningen	2,0

** Hieronder vallen DBC's met alleen indirect cliëntgebonden tijd (cliënt zelf niet aanwezig), diagnostische activiteiten, crisisactiviteiten of geen behandeling bij 24-uurs verblijf*

*** Hieronder vallen DBC's met een direct cliëntgebonden tijd (cliënt aanwezig) korter dan 250 minuten én verblijf zonder overnachting korter dan 5 dagen*

**** Hieronder vallen onder meer dissociatieve stoornissen, seksuele stoornissen en slaapstoornissen*

Bron: DBC Onderhoud 2011

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) per cliënt te registreren. In tabel 2.25 zijn het aantal verblijfsdagen (24-uurs verblijf) van cliënten in de GGZ met een afgesloten Diagnose Behandel Combinatie (DBC) in 2010 weergegeven, uitgesplitst naar type productgroep. De gegevens zijn afkomstig van DBC Onderhoud.

De belangrijkste bevinding:

- Binnen de productgroep 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' worden in 2010 de meeste verblijfsdagen geregistreerd, gevolgd door 'depressieve stoornissen' en 'aan alcohol gebonden stoornissen'.

3 Zorgaanbod: capaciteit en productie

Tabel 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2011[6]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Geïntegreerde GGZ-instellingen	30	32	35	39	41	40	41	37	33	31	31	29
APZ	12	10	8	5	3	3	3	3	2	2	2	2
RIAGG	19	15	12	12	10	9	7	7	6	6	7	7
RIBW	26	24	24	23	21	21	20	20	19	20	22	23
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	9
Verslavingszorginstellingen	20	20	20	18	14	13	13	11	11	9	11	12
Forensisch psychiatrische centra (voorheen TBS-klinieken)	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6
Overige instellingen, o.a. jeugdzorg & kenniscentra	0	1	2	3	3	3	3	5	4	7	10	11
Totaal	**124**	**119**	**118**	**117**	**109**	**106**	**103**	**99**	**91**	**90**	**98**	**99**

Bron: GGZ Nederland

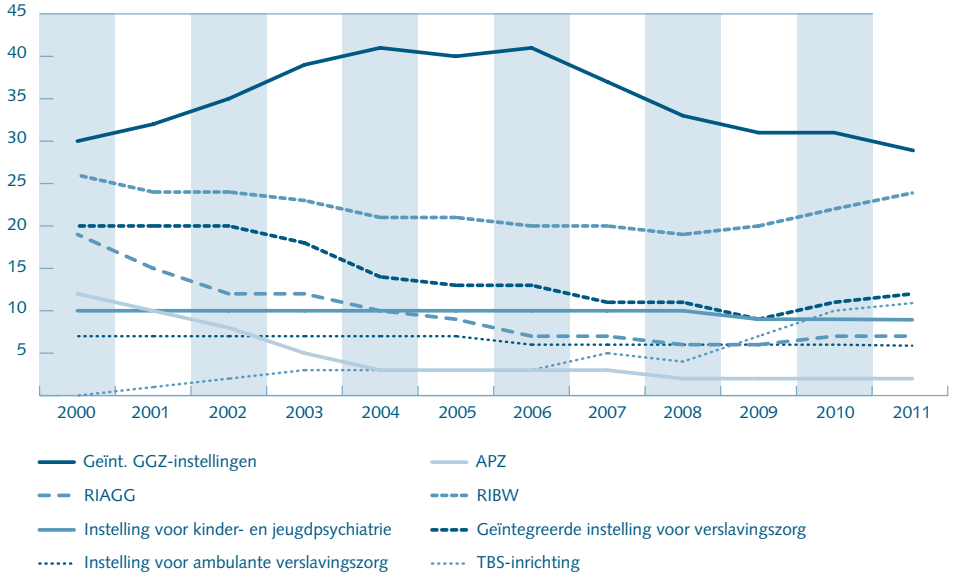
Tabel 3.1 geeft een beeld van het aantal lidinstellingen van GGZ Nederland in de periode 2000 - 2010. In grafiek 3.1 wordt dit visueel weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

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

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

Grafiek 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2011



Bron: GGZ Nederland

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

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

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

Vanaf 2008 zijn de data van de NZa betreffende de GGZ opgesplitst in AWBZ en Zvw gefinancierde zorg. In GGZ in Tabellen worden de cijfers over de AWBZ en Zvw afzonderlijk gepresenteerd, maar waar mogelijk ook samengenomen om vergelijking met voorgaande jaren mogelijk te maken.

In 2010 heeft een wijziging van bekostiging van intramurale AWBZ-zorg plaatsgevonden (bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten in plaats van de 'oude bekostigings-parameters' bedden en verpleegdagen). Alleen voor het circuit kinderen en jeugdigen worden de oude bekostigingsparameters nog gehanteerd en is er dus geen informatie over zorgzwaartepakketten. Dit betekent dat er voor de circuits volwassenen en ouderen, verslavingszorg en beschermd wonen ten opzichte van de vorige uitgave van GGZ in Tabellen geen update kan worden gegeven op basis van de oude parameters. Waar beschikbaar wordt in plaats daarvan informatie over het volume van zorgzwaartepak-ketten gepresenteerd (GGZ B-pakketten en GGZ-C Pakketten).

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

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

** Inclusief toelating logeerplaatsen*

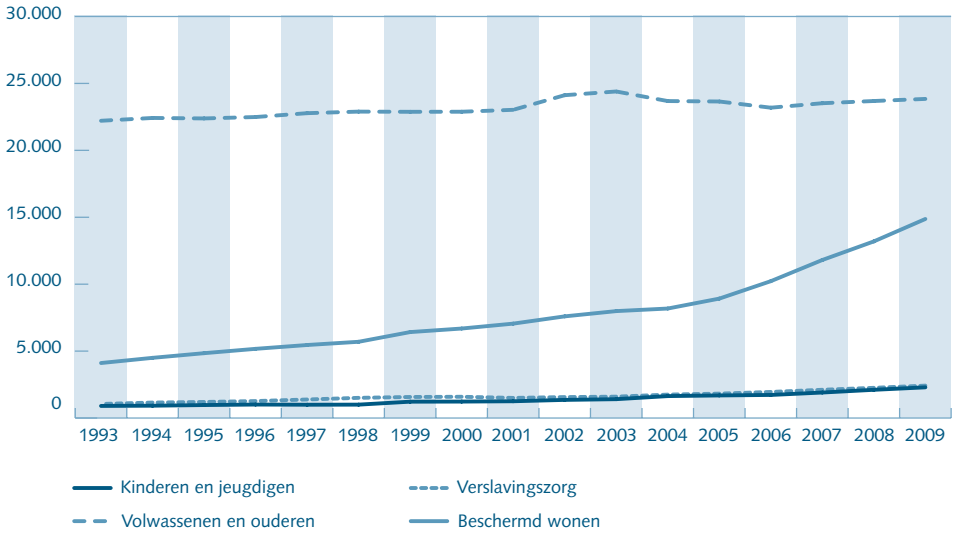
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: NZa

Tabel 3.2b Formele intramurale capaciteit GGZ-instellingen, verdeeld naar sectoren, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw financiering, 2008-2010

	2008		2009		2010	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Kinderen en jeugdigen***	559	1.550	610	1.683	**	1.821
Volwassenen en ouderen	11.825	11.861	11.902	11.940	*	11.945
Verslavingszorg	73	2.184	116	2.306	*	2.308
Beschermd wonen	13.073	124	14.757	115	*	52
Totaal	**25.530**	**15.719**	**27.385**	**16.044**		**16.126**

**Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen voor deze circuits*

***Geen betrouwbare cijfers voorhanden*

****Inclusief toelating logeerplaatsen*

Bron: NZa

Tabel 3.2b presenteert de formele intramurale capaciteit (het aantal bedden en plaatsen beschermd wonen waarover zorgaanbieders mogen beschikken), uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, in de periode 2008 - 2010.

De belangrijkste bevindingen:

- 63 procent van de formele intramurale capaciteit betreft AWBZ gefinancierde capaciteit in 2009.
- De totale formele AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit is in 2009 met ruim zeven procent toegenomen ten opzichte van 2008.
- De totale formele Zvw gefinancierde intramurale capaciteit is tussen 2008 en 2009 gegroeid met ruim twee procent en tussen 2009 en 2010 met een half procent.

Tabel 3.3a Feitelijke intramurale capaciteit GGZ-instellingen, 1993-2009

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

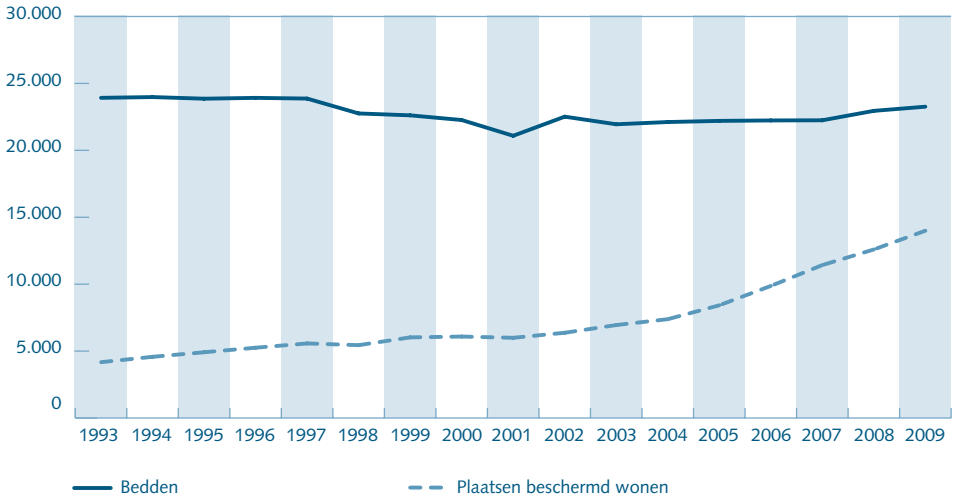
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: NZa

Tabel 3.3b Feitelijke intramurale capaciteit GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw financiering, 2008-2010

	2008		2009		2010	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Bedden	9870	13080	9870	13391	*	13520
Plaatsen beschermd wonen	12469	124**	13891	103**	*	38
Totaal	**22339**	**13204**	**23761**	**13494**	*	**13558**

** Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen. Voor het circuit kinderen en jeugdigen zijn de gegevens wel voorhanden (378 bedden en 475 plaatsen kleinschalig wonen)*

*** Vanwege technische redenen is van een instelling de capaciteit voor beschermd wonen in de ZVW gebleven*

Bron: NZa

Tabel 3.3b presenteert de feitelijke intramurale capaciteit (het aantal bezette bedden en plaatsen voor beschermd wonen), uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, in de periode 2008-2010.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna 60 procent van het aantal bezette bedden (*plaatsen* beschermd wonen dus niet meegerekend) betreft Zvw gefinancierde capaciteit in 2008 en 2009.
- Bijna 60 procent van de AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit in 2009 betreft plaatsen voor beschermd wonen.
- De totale feitelijke AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit is in 2009 met ruim zes procent toegenomen ten opzichte van 2008.
- De totale feitelijke Zvw gefinancierde intramurale capaciteit is tussen 2008 en 2009 gegroeid met ruim twee procent en tussen 2009 en 2010 met een half procent.

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

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

** Kliniek voor Intensieve Behandeling*

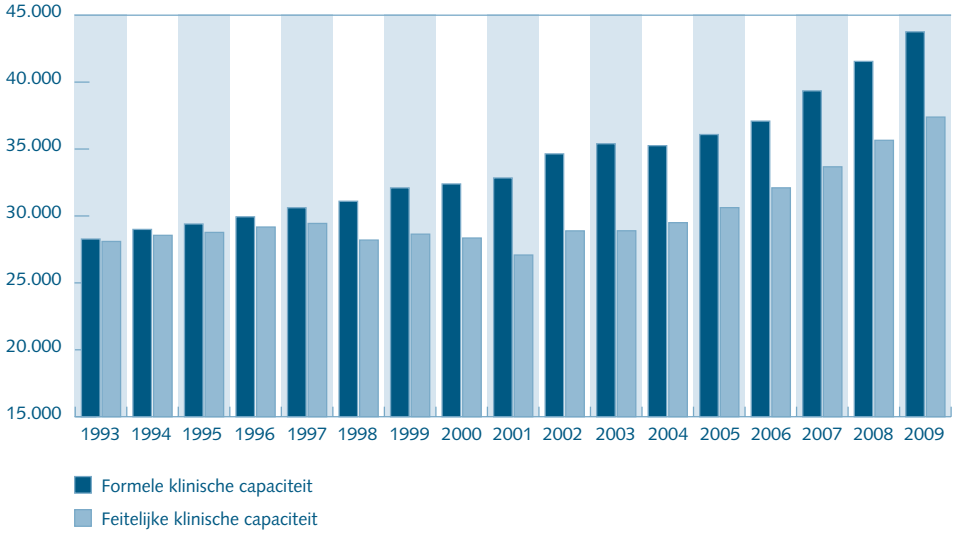
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Grafiek 3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit, 1993-2009



Bron: NZa

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

De belangrijkste bevinding:

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

Tabel 3.5 Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen* per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen, 1980 – 2009

Land	1980	1990	2000	2005	2009	% verandering 1980-2009
België	245	191	…	…	179	-26,9
Denemarken	183	95	76	65	58	-68,3
Finland	400	230	103	93	80	-80,0
Frankrijk	240	180	107	96	91	-62,1
Griekenland	140	120	97	87	80	-42,9
Ierland	395	263	142	96	77	-80,5
Italië	144	83	15	13	11	-92,4
Kroatië	138	142	104	94	93	-32,6
Nederland	**170**	**178**	**156**	**141**	**139**	**-18,2**
Noorwegen	192	89	70	100	86	-55,2
Oostenrijk	130	118	74	74	77	-40,8
Portugal	100	88	68	64	59	-41,0
Spanje	110	71	52	46	41	-62,7
Tsjechië	147	140	113	110	103	-29,9
Verenigd Koninkrijk	200	130	93	74	61	-69,5
Zweden	324	170	63	48	48	-85,2
Zwitserland	220	170	120	106	101	-54,1

** Bedden voor mensen met psychische gezondheidsproblemen in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en psychiatrische afdelingen van algemene of gespecialiseerde ziekenhuizen. Exclusief langdurige verpleegbedden, rehabilitatiebedden en kleinschalige residentiële voorzieningen.*
Bron: World Health Organization (2012)

In tabel 3.5 worden de ontwikkelingen geschetst van psychiatrische opname- en verblijfplaatsen per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen in de periode 1980 - 2009.

De belangrijkste ontwikkelingen:

- De psychiatrische opname- en verblijfscapaciteit van de in tabel 3.5 opgenomen Europese landen neemt tussen 1980 en 2009 gemiddeld met 55 procent af.
- In de periode 1980 - 2009 neemt in Nederland het aantal opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 het minst sterk af van alle (in tabel 3.5 opgenomen) Europese landen (een afname van 18,2 procent).

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

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

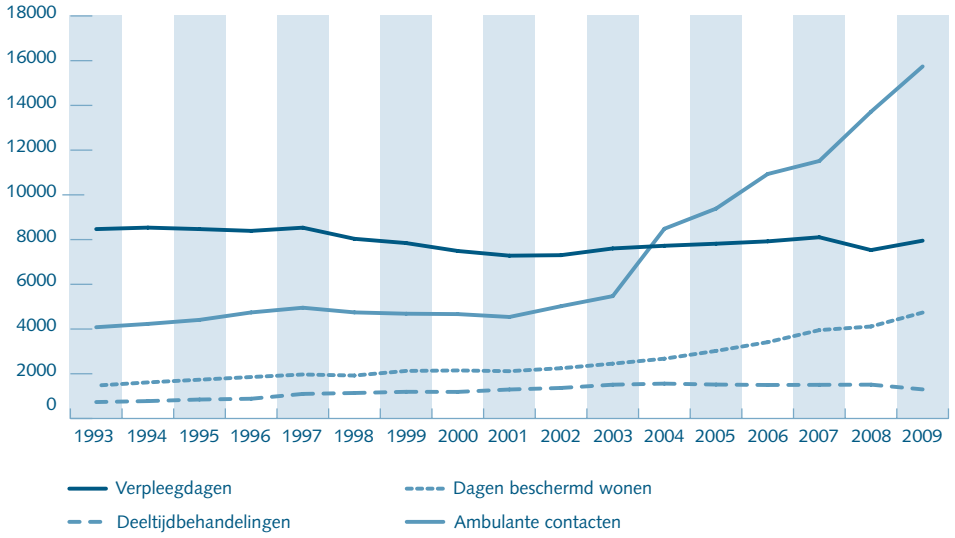
** Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.*

Bron: NZa

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

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

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



Bron: NZa

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 3.6b Productie GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw, 2008-2010 (x 1.000)

	2008		2009		2010	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	2.961	4.570	3.457	4.494	*	4.516
Deeltijdbehandelingen	0	1.513	0	1.301	*	1.234
Dagen beschermd wonen	4.101	12	4.728	9	*	6
Ambulante contacten	0	13.716	0	15.742	*	15.103

** Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen. Alleen voor het circuit kinderen en jeugdigen zijn deze gegevens wel voorhanden (zie Tabel 3.7)*

Bron: NZa

In Tabel 3.6b wordt de productie van de GGZ-instellingen weergegeven, uitgesplitst naar AWBZ en ZVW gefinancierde GGZ, in de periode 2008 - 2010.

De belangrijkste bevindingen:

- 57 procent van de verpleegdagen zijn Zvw gefinancierde verpleegdagen (in 2009).
- Tussen 2008 en 2009 neemt het aantal AWBZ gefinancierde verpleegdagen toe met 17 procent. In dezelfde periode neemt het aantal Zvw gefinancierde verpleegdagen af met twee procent.
- Het aantal ambulante contacten (Zvw financiering) neemt tussen 2008 en 2009 toe met 15 procent maar daalt in 2010 vervolgens met vier procent.

Tabel 3.6c Volume ZZP GGZ, uitgedrukt in dagen (x 1.000) en percentages, 2010 – 2011

	2010		2011	
	Dagen	% van respectievelijk het totaal aantal B en C dagen	Dagen	% van respectievelijk het totaal aantal B en C dagen
ZZP GGZ-1B	55	1,8	21	0,7
ZZP GGZ-2B	204	6,6	124	4,1
ZZP GGZ-3B	521	17,0	442	14,7
ZZP GGZ-4B	538	17,5	534	17,7
ZZP GGZ-5B	995	32,4	1.070	35,5
ZZP GGZ-6B	375	12,2	383	12,7
ZZP GGZ-7B	382	12,5	437	14,5
Totaal ZZP GGZ-B	**3.070**	**100,0**	**3.012**	**100,0**
ZZP GGZ-1C	533	8,6	350	5,1
ZZP GGZ-2C	1.494	24,2	1.367	19,9
ZZP GGZ-3C	2.281	36,9	2.820	41,2
ZZP GGZ-4C	1.076	17,4	1.368	20,0
ZZP GGZ-5C	640	10,4	797	11,6
ZZP GGZ-6C	155	2,5	151	2,2
Totaal ZZP GGZ-C	**6.178**	**100,0**	**6.852**	**100,0**
Totaal ZZP GGZ	**9.248**		**9.865**	

Bron: NZa

In Tabel 3.6c wordt de productie van GGZ-instellingen in Zorgzwaartepakketten (ZZP) weergegeven, uitgedrukt in dagen. De zorgzwaartepakketten lopen op wat betreft zorgzwaarte.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal ZZP-C (pakketten voor beschermd wonen) dagen stijgt in 2011 met elf procent ten opzichte van 2010, terwijl het aantal ZZP-B (pakketten voor voortgezet verblijf) dagen met twee procent daalt. Het totale aantal ZZP dagen stijgt met zeven procent in 2011.
- Van de ZZP-B pakketten bestaat ongeveer een derde van de productie uit GGZ-5B (Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering) dagen.
- Van de ZZP-C dagen bestaat ongeveer 40 procent van de productie uit GGZ-3C (Beschermd wonen met intensieve begeleiding) dagen.

Tabel 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2010 (x 1.000)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Verpleegdagen	317	333	351	365	360	358	434	387	396
Deeltijdbehandelingen	51	54	70	84	77	98	111	118	138
Ambulante contacten	606	630	663	712	668	591	594	559	491
	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007***	**2008**	**2009**	**2010**
Verpleegdagen	427	479	495	501	523	580	621	647	644
Deeltijdbehandelingen	156	175	187	212	254	-	340	333	399
Ambulante contacten	515	636	835	872	1.013	1.289	1.565	1.797	1.925

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

Bron: NZa

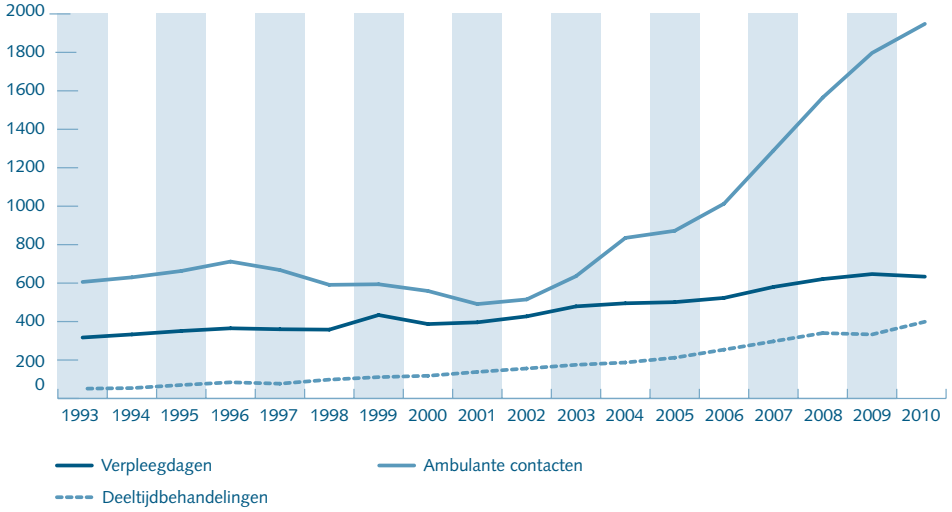
In tabel 3.7 zijn de productiecijfers van de zelfstandige klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en van de kinder- en jeugdafdelingen van de APZ'en en RIAGG's in kaart gebracht. In grafiek 3.7 worden deze cijfers gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Grafiek 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2010 (x 1.000)



Bron: Nza

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

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

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

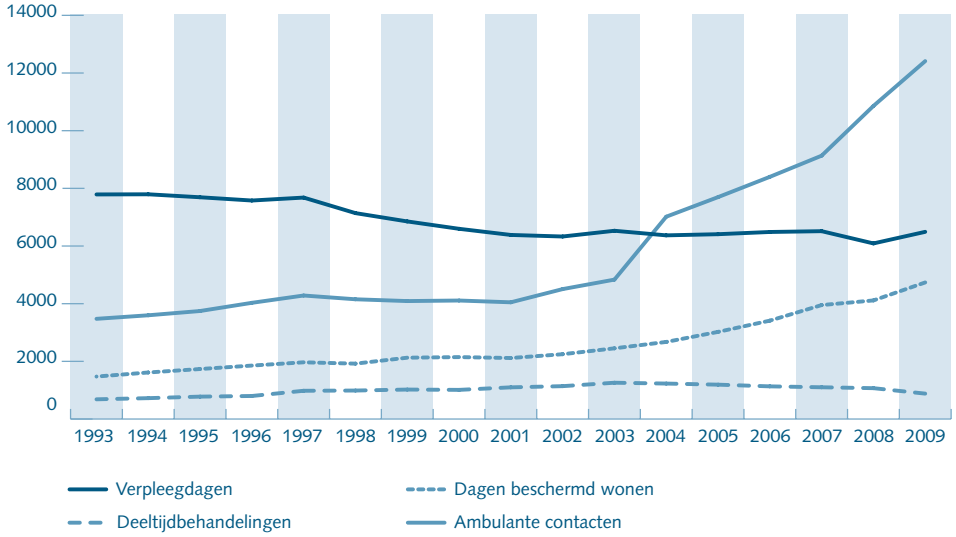
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: NZa

Tabel 3.8b Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw, 2008-2010 (x 1.000)

	2008		2009		2010	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	2.821	3.269	3.248	3.244	*	3.283
Deeltijdbehandelingen	0	1.070	0	881	*	818
Dagen beschermd wonen	4.101	12	4.728	9	*	6
Ambulante contacten	0	10.858	0	12.413	*	13.178

** Vanaf 2010 wordt er voor de AWBZ gefinancierde GGZ van dit circuit andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen.*
Bron: NZa

In Tabel 3.8b staan de productiecijfers van de circuits ouderen en volwassenen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, in de periode 2008-2010.

De belangrijkste bevindingen:
- Van de verpleegdagen is in 2009 de ene helft AWBZ gefinancierd en de andere helft Zvw.
- Het aantal ambulante contacten blijft stijgen.

Tabel 3.9a Productie van de instellingen voor verslavingszorg, 1993-2009 (x 1.000)

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

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

Bron: NZa

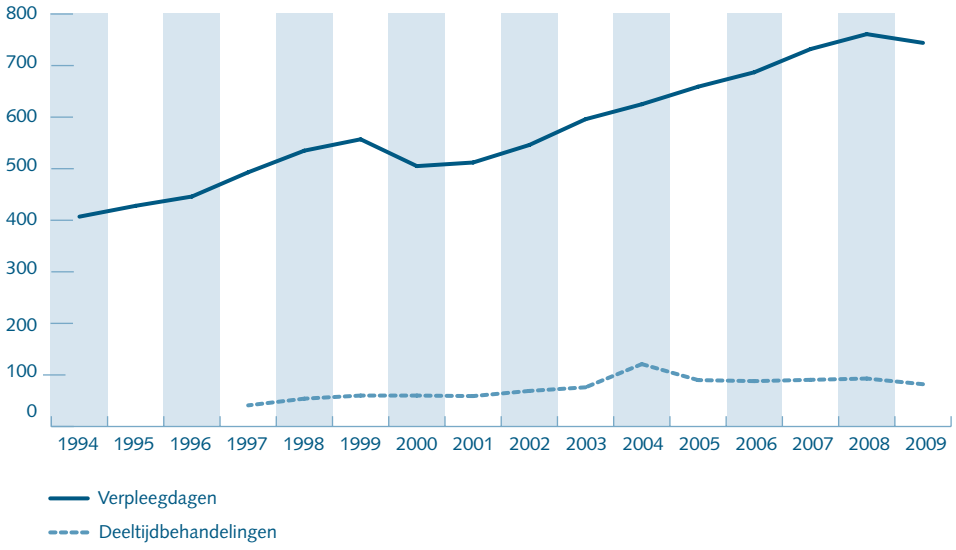
In tabel 3.9a wordt het aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van meer omvattende GGZ-instellingen weergegeven. In grafiek 3.9 wordt dit visueel weergegeven.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: NZa

Tabel 3.9b Productie van instellingen voor verslavingszorg, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, 2008-2010, (x1.000)

	2008		2009		2010	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	18	743	43	701	*	702
Deeltijdbehandelingen	0	93	0	82	*	76

** Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ van dit circuit andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen.*
Bron: NZa

In Tabel 3.9b worden de productiecijfers van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van de meer omvattende GGZ-instellingen weergegeven, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, in de periode 2008-2010.

De belangrijkste bevinding:

- Verreweg het grootste deel van de verpleegdagen voor het circuit voor verslavingszorg wordt door de Zvw gefinancierd (98 procent in 2008, 94 procent in 2009).

Tabel 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2010
Contacten i.v.m.					
Alcohol	673.281	700.353	844.702	844.137	874.932
Drugs	740.670	813.411	971.385	1.003.335	1.020.364
Overige middelen	47.769	46.849	61.063	69.128	73.134
Contacten totaal	**1.461.720**	**1.560.613**	**1.877.150**	**1.916.600**	**1.968.430**

Bron: LADIS (IVZ)

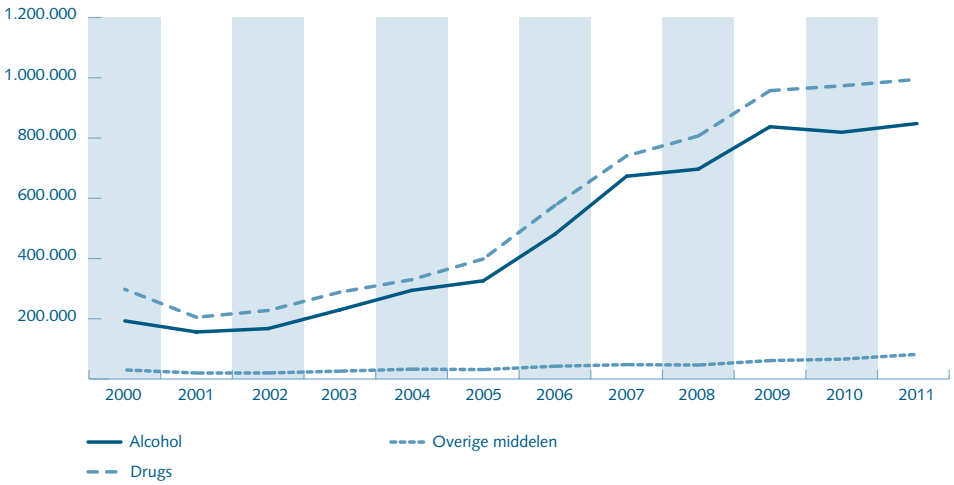
In tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal ambulante contacten dat grote verslavingszorginstellingen, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) en de afdelingen voor verslavingszorg van de grote GGZ-instellingen hadden tussen 2007 en 2011.

De cijfers over de gehele periode 2000-2011 werden aangeleverd door het IVZ (Stichting Informatie Voorziening Zorg) en zijn verkregen door analyses op het databestand LADIS. Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecalculeerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2011. Daarom is ervoor gekozen alleen de exacte cijfers weer te geven over het aantal contacten in de meest recente jaren. In grafiek 3.10 worden de productiecijfers over de gehele periode 2000-2011 gevisualiseerd. Daarbij is het belangrijk aan te geven dat de aantallen tot 2007 waarschijnlijk een onderschatting zijn van het totaal.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal contacten in de ambulante verslavingszorg is in de gehele periode 2000-2011 toegenomen (Grafiek 3.10). De sprong omlaag tussen 2000 en 2001 is volgens IVZ deels toe te schrijven aan een eerdere wijziging van het registratiesysteem. Tussen 2007 en 2011 stijgt het totaal aantal contacten met 35 procent.
- De meeste cliënten in de ambulante verslavingszorg worden behandeld voor problemen met drugs. In de periode 2000-2011 nam het aantal contacten in verband met drugsproblemen toe. Tussen 2007 en 2011 is er een stijging in het aantal contacten waargenomen van 38 procent.
- Ook het aantal cliënten dat wordt behandeld voor problemen met alcohol stijgt in de gehele periode. In de meest recente jaren (2007-2011) neemt het aantal contacten met 30 procent toe.
- Relatief weinig cliënten worden in de ambulante verslavingszorg behandeld voor problemen met andere middelen dan alcohol of drugs. Tussen 2007 en 2011 is met een stijging van 53 procent de toename van het aantal contacten in deze categorie in verhouding vrij sterk.

Grafiek 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2000-2011*



** Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecalculeerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2010.*
Bron: LADIS (IVZ)

Tabel 3.11a Capaciteit Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2011

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Plaatsen	650	803	866	970	1.175	1.183	1.222	1.264	1.303
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	
Plaatsen	1.401	1.502	1.703	1.836	1.944	2.084	2.156	2.062	

Bron: DJI

Tabel 3.11b Bezetting Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2011

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Plaatsen	624	705	853	935	1.003	1.109	1.164	1.235	1.324
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011***	
Plaatsen	1.420	1.494	1.700	1.839	1.918	2.010	1.959	1.841	

** Voorlopig cijfer*

Bron: DJI

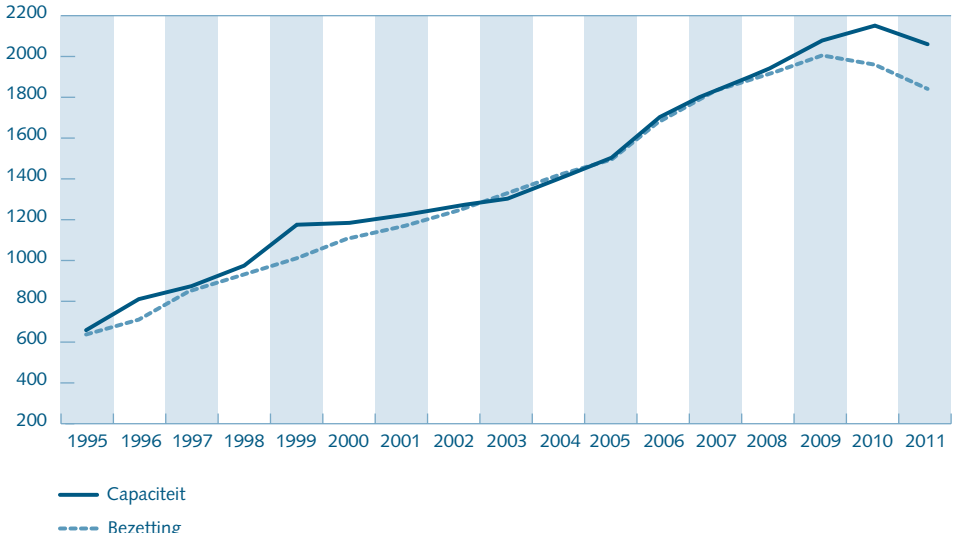
In tabel 3.11a wordt een overzicht gegeven van de capaciteit (aantal plaatsen) van Forensisch Psychiatrische Centra (voorheen TBS-klinieken) in de periode 1995-2011. Tabel 3.11b laat het aantal feitelijk bezette plaatsen in Forensisch Psychiatrische Centra zien tussen 1995 en 2011. In grafiek 3.11 worden beide gevisualiseerd.

In 2011 waren er in Nederland 12 Forensisch Psychiatrische Centra. Twee van deze centra vallen onder directe aansturing en verantwoordelijkheid van de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht). Dit zijn nog de enige twee rijksklinieken, veel klinieken zijn particulier.

De belangrijkste bevindingen:

- De capaciteit van de Forensisch Psychiatrische Centra is in de periode 1995-2010 toegenomen van 650 naar 2.156 plaatsen (ruim een verdrievoudiging), om in 2011 weer licht te dalen naar 2.062.
- Het aantal bezette bedden neemt in de periode 1995-2009 toe van 624 naar 2.010 plaatsen (een verdrievoudiging), om vervolgens tot 2011 weer te dalen naar 1.841.
- Als gevolg van de hoge druk op de capaciteit is in de jaren 2003, 2004 en 2007 een hogere bezetting gerealiseerd dan conform de productieafspraken was vastgesteld.

Grafiek 3.11 Capaciteit en bezetting van Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2011



Bron: DJI

Tabel 3.12 Samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang, 2005 - 2009

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

Bron: Monitor Maatschappelijke opvang 2008 & 2012

Tabel 3.12 geeft de samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang weer voor de periode 2005-2009. Bij de samengestelde capaciteit gaat het om een geschatte 100 procent capaciteit van de bij de Federatie Opvang aangesloten instellingen die opvang leverden.

De belangrijkste bevindingen:

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

4 Kosten en financiering

Tabel 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2011 (x 1 mln euro)

	2003	%BBP	2004	%BBP	2005	%BBP	2006	%BBP	2007	%BBP
Gezondheidszorg	36.183	*7.6%*	37.693	*7,7%*	39.010	*7,6%*	40.688	*7,5%*	*43.306*	*8,4%*
GGZ	3.536	*0,7%*	3.799	*0,8%*	4.099	*0,8%*	4.290	*0,8%*	*4.634*	*0,8%*
Welzijnszorg	24.571	*5,2%*	25.076	*5,1%*	25.821	*5,0%*	27.026	*5,0%*	*28.262*	*4,9%*
Beleids- en beheersorganisaties	2.443	*0,5%*	2.613	*0,5%*	2.783	*0,5%*	3.007	*0,6%*	*3.074*	*0,5%*
Totale zorg	63.197	*13,3%*	65.381	*13,3%*	67.617	*13,2%*	70.722	*13,1%*	*74.643*	*13,1%*
	2008	**%BBP**	**2009**	**%BBP**	**2010***	**%BBP**	**2011***	**%BBP**		
Gezondheidszorg	46.553	*7,8%*	48.705	*8,5%*	50.791	*8,6%*	52.575	*8,7%*		
GGZ	4.899	*0,8%*	5.273	*0,9%*	5.401	*0,9%*	5.524	*0,9%*		
Welzijnszorg	30.175	*5,1%*	32.195	*5,6%*	33.399	*5,7%*	34.407	*5,7%*		
Beleids- en beheersorganisaties	3.026	*0,5%*	3.001	*0,5%*	2.994	*0,5%*	3.022	*0,5%*		
Totale zorg	79.755	*13,4%*	83.901	*14,7%*	87.183	*14,8%*	90.005	*14,9%*		

** Voorlopige cijfers*

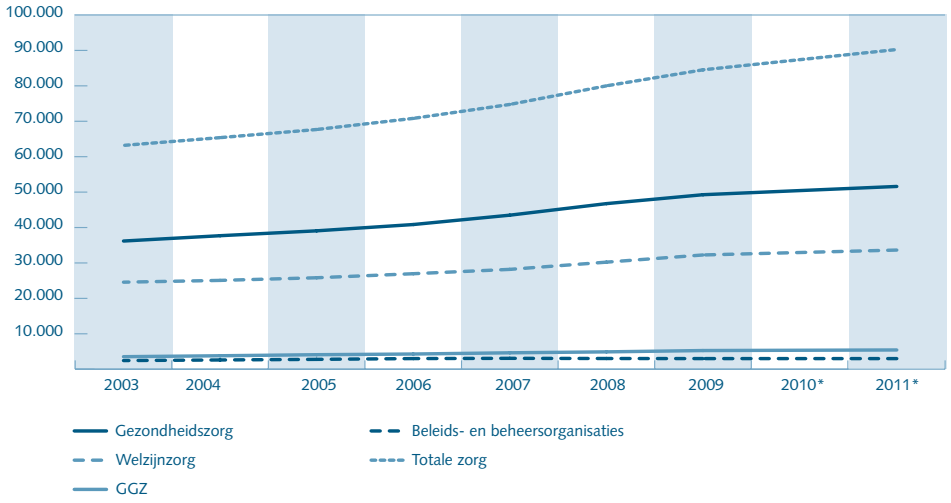
Bron: CBS Statline, gereviseerde cijfers

In Tabel 4.1 worden de uitgaven aan zorg in de periode 2003-2011 gepresenteerd. In Grafiek 4.1 wordt de tabel gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- In 2011 kwamen de uitgaven aan de totale zorgsector overeen met 14,9 procent van het Bruto Binnenlands Product. Dit percentage ligt hoger dan in de periode 2003-2008 (13,1-13,4 procent).
- *Gezondheidszorg*: In 2011 bedragen de kosten aan de gezondheidszorg ruim 52,5 miljard euro. Hiervan wordt 10,5 procent (5,5 miljard euro) uitgegeven aan de GGZ.
- *GGZ*: Het aandeel van de GGZ-uitgaven in de totale gezondheidszorguitgaven is vanaf 2005 redelijk constant, namelijk ongeveer 10,5 tot 10,7 procent van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. In de periode tussen 2003 en 2005 nam dit percentage toe (van 9,8% in 2003 naar 10,5% in 2005).

Grafiek 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2011 (x 1 mln euro)



** Voorlopige cijfers*

Bron: CBS

Tabel 4.2a Financieringsbronnen uitgaven zorg, 2003-2011 (x 1 mln euro)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Overheid	8.148	8.148	8.119	8.206	10.724	11.328	12.390	12.825	13.043
Sociale Verzekeringen	37.420	38.228	39.606	49.904	50.700	54.494	57.344	59.776	61.933
*- ZF/Zvw***	*17.088*	*17.122*	*17.554*	*26.727*	*27.693*	*32.325*	*34.143*	*35.589*	*36.798*
- AWBZ	*20.332*	*21.106*	*22.052*	*23.177*	*23.007*	*22.169*	*23.201*	*24.187*	*25.135*
Particuliere zorgverzekeringen	7.751	8.665	9.076	2.904	3.146	3.154	3.384	3.429	3.528
Eigen betalingen	5.513	5.849	7.241	6.896	7.237	7.913	7.870	8.075	8.381
Overige financiers	4.365	4.500	3.572	2.811	2.837	2.886	2.913	3.078	3.120
Totale uitgaven	**63.197**	**65.381**	**67.614**	**70.813**	**74.643**	**79.775**	**83.901**	**87.183**	**90.005**

** Voorlopige cijfers*

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

Bron: CBS, gereviseerde cijfers

Tabel 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ 2003-2011 (x 1 mln euro)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Overheid	366	390	430	477	558	692	793	856	893
Sociale Verzekeringen	3.150	3.389	3.644	3.785	4.052	4.183	4.457	4.516	4.606
Zvw	-	-	-	-	-	*2.251*	*2.388*	*2.256*	*2.288*
AWBZ	*3.150*	*3.389*	*3.644*	*3.785*	*4.052*	*1.933*	*2.070*	*2.261*	*2.319*
Particuliere zorgverzekeringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eigen betalingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overige financiers	20	20	25	28	24	23	23	29	25
Totale uitgaven	**3.536**	**3.799**	**4.099**	**4.290**	**4.634**	**4.899**	**5.273**	**5.401**	**5.524**

** Voorlopige cijfers*

Bron: CBS, gereviseerde cijfers

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

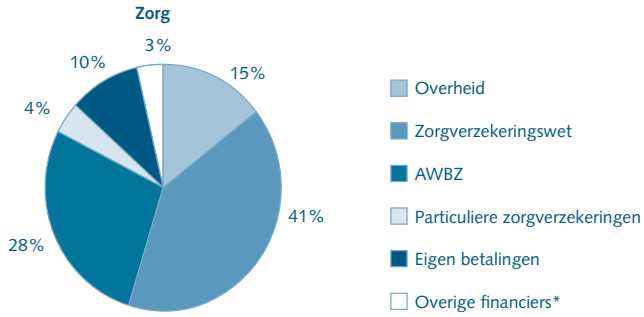
De belangrijkste bevindingen:

- De uitgaven aan de totale zorg en aan de GGZ stijgen over de gehele periode 2003-2011 met resp. 42 procent en 56 procent. Gezien over de gehele periode stijgen de uitgaven aan de GGZ dus relatief sneller dan de uitgaven aan de totale zorg. Echter, tussen 2007 en 2011 is dit verschil in toename van uitgaven niet meer te zien.

De uitgaven aan de totale zorg en aan de GGZ stijgen in deze periode (2007-2011) in beide gevallen met ongeveer 20 procent.

- Zorg: Van de uitgaven aan de zorg wordt in 2011 bijna 70 procent betaald door de sociale verzekeringen (Zvw en AWBZ).
- GGZ: Van de uitgaven aan de GGZ wordt in 2011 83 procent betaald door de sociale verzekeringen.

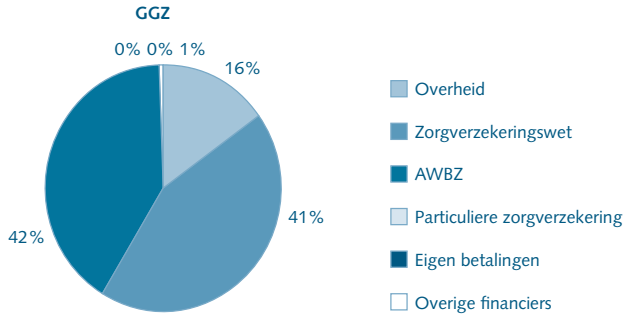
Diagram 4.2a Financieringsbronnen uitgaven gezondheidszorg en GGZ in 2011 (in procenten)



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

Bron: CBS

Diagram 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ in 2011 (in procenten)



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

Bron: CBS

Tabel 4.3 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland, 2003, 2005 en 2007

	2003*		2005		2007***	
	x mld euro	*%*	*x mld euro*	*%*	*x mld euro*	*%*
1. Hart- en vaatziekten	5,3	8,4	5,5	8,0	6,9	9,3
2. Psychiatrische aandoeningen	5	7,9	5,6	8,1	6,8	9,1
3. Verstandelijke handicap	4,6	7,3	5,4	7,9	5,6	7,6
4. Spijsverteringsstelsel	4,6	7,3	4,6	6,7	4,9	6,6
5. Symptomen**	4,2	6,6	4,8	7,0	4,1	5,5
6. Bewegingsstelsel en bindweefsel	3,9	6,2	4,2	6,2	5,0	6,6
7. Zenuwstelsel en zintuigen	3,6	5,6	3,9	5,6	4,0	5,3
8. Dementie	3,1	4,9	3,2	4,7	3,5	4,7
9. Kanker	2,4	3,8	2,7	3,9	3,4	4,6
10. Ademhalingswegen	2,2	3,5	2,4	3,4	2,6	3,5
Overige uitgaven	24,5	38,6	26,3	38,3	27,7	37,2
Totaal	**63,4**	**100**	**68,5**	**100**	**74,5**	**100**

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

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

**** De cijfers over 2007 zijn de eerste cijfers sinds de stelselwijzigingen, zoals de invoering van de basisverzekering en de functiegerichte budgettering in de ouderenzorg. Om vergelijkbaarheid met eerdere jaren te waarborgen zijn voor alle dimensies dezelfde indelingen gehanteerd als in 2003 en 2005.*

Bron: RIVM, 2006 & 2008 & 2011

In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van de top tien van kostbaarste ziekten in Nederland in 2003, 2005 en 2007.

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

'kosteloos' wordt gegeven, zoals mantelzorg, valt buiten de cijfers.
De belangrijkste bevindingen:

- Het RIVM becijfert de totale kosten van de gezondheidszorg in 2003 op €63,4 miljard. In 2005 zijn de totale kosten op €68,5 miljard becijferd (een toename van 8 procent). In 2007 nemen de kosten met nog eens 9 procent toe naar €74,4 miljard.
- Vormen in 2003 hart- en vaatziekten nog de duurste diagnosegroep (€5,3 miljard), in 2005 brengen psychiatrische aandoeningen de hoogste kosten met zich mee (€5,6 miljard), op de voet gevolg door hart- en vaatziekten (€5,5 miljard). In 2007 hebben beide aandoeningen weer van plek gewisseld: hart- en vaatziekten zijn de duurste diagnosegroep met €6,9 miljard, gevolgd door psychiatrische aandoeningen met €6,8 miljard.
- Tussen 2005 en 2007 hebben hart- en vaatziekten met €1,4 miljard de grootste absolute kostenstijging (relatieve stijging van 25 procent), gevolgd door psychiatrische aandoeningen (€1,2 miljard; relatieve stijging van 21 procent) en de diagnosegroepen bewegingsstelsel en bindweefsel (€0,8 miljard; relatieve stijging van 19 procent) en kanker (€0,7 miljard; relatieve stijging van 25 procent).

Tabel 4.4 Kosten in 2008 van het totale werkverzuim in Nederland door psychische en chronische somatische aandoeningen in Euro voor alle werkenden tezamen, na correctie voor comorbiditeit

	Kosten in Euro x 1.000
Enigerlei psychische of somatische aandoening[a]	**7.225.155**
Enigerlei psychische aandoening[a]	2.696.918
Enigerlei stemmingsstoornis[a]	2.326.545
Depressieve stoornis	1.817.693
Bipolaire stoornis	371.123
Dysthymie	146.625
Enigerlei angststoornis[a]	1.063.853
Gegeneraliseerde angststoornis	455.805
Sociale fobie	452.468
Paniekstoornis	370.358
Specifieke fobie	236.933
Agorafobie zonder paniekstoornis	74.378
Enigerlei middelenstoornis[a]	-353.648
Alcoholmisbruik	-1.002.930
Alcoholafhankelijkheid	85.335
Drugsmisbruik	506.753
Drugsafhankelijkheid	-18.593
ADHD	239.003
Enigerlei chronisch somatische aandoening[a]	5.292720
Chronisch somatische aandoeningen	
Chronische rugpijn	1.747.590
Aandoeningen aan de luchtwegen	1.000.943
Spijsverteringsproblemen	576.323
Diabetes	251.520
Schildklierafwijking	123.480
Aandoeningen aan het gezichtsvermogen of gehoor	78.690
Cardiovasculaire aandoeningen	67.673
Migraine	32.325
Artritis	495
Overige chronisch somatische aandoeningen	2.091.345

[a] De kosten van hoofdgroepen van aandoeningen en van enigerlei aandoeningen zijn niet gelijk aan de optelsom van de kosten van de afzonderlijke aandoeningen, omdat de kosten van afzonderlijke aandoeningen, hoofdgroepen en enigerlei aandoeningen door middel van afzonderlijke regressieanalyses zijn bepaald.

Bron: De Graaf e.a., 2011

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de kosten van het totale werkverzuim door psychische en chronische somatische aandoeningen in het jaar 2008. De gegevens in deze tabel zijn gebaseerd op de tweede Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2), een bevolkingsonderzoek onder 18 tot 65 jarigen waarvoor data werden verzameld in de periode november 2007 tot en met juli 2009.

De belangrijkste bevindingen:

- De jaarlijkse kosten van het totale werkverzuim door psychische en chronisch somatische aandoeningen komen op €7,2 miljard. De kosten die samenhangen met werkverzuim door een chronisch somatische aandoening (willekeurig welke) bedragen €5,3 miljard en de kosten die gepaard gaan met werkverzuim door enigerlei psychische aandoening zijn €2,7 miljard.
- Onder de psychische aandoeningen leidt een depressieve stoornis tot de hoogste kosten samenhangend met werkverzuim (€1,8 miljard), gevolgd door drugsmisbruik (€507 miljoen) en een gegeneraliseerde angststoornis (€456 miljoen).
- Bij de chronisch somatische aandoeningen leidt chronische rugpijn tot de grootste kosten door werkverzuim (€1,7 miljard), gevolgd door aandoeningen aan de luchtwegen (€1 miljard) en spijsverteringsproblemen (€576 miljoen).
- Alcoholmisbruik lijkt met een verminderd aantal verzuimdagen gepaard te gaan. Dit lijkt een opmerkelijk resultaat, aangezien aandoeningen over het algemeen met meer en niet met minder verzuim samenhangen. Echter, eerder onderzoek heeft aangegeven dat alcoholmisbruik niet samenhangt met een verminderd functioneren op diverse vlakken, noch met andere psychische aandoeningen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat alcoholmisbruik, dat met name bij mensen met een jongere leeftijd voorkomt, niet zozeer als psychopathologie moet worden gezien, maar eerder als een redelijk normaal gedrag behorend bij een bepaalde fase van de jongvolwassenheid.

5 Personeel

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

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

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

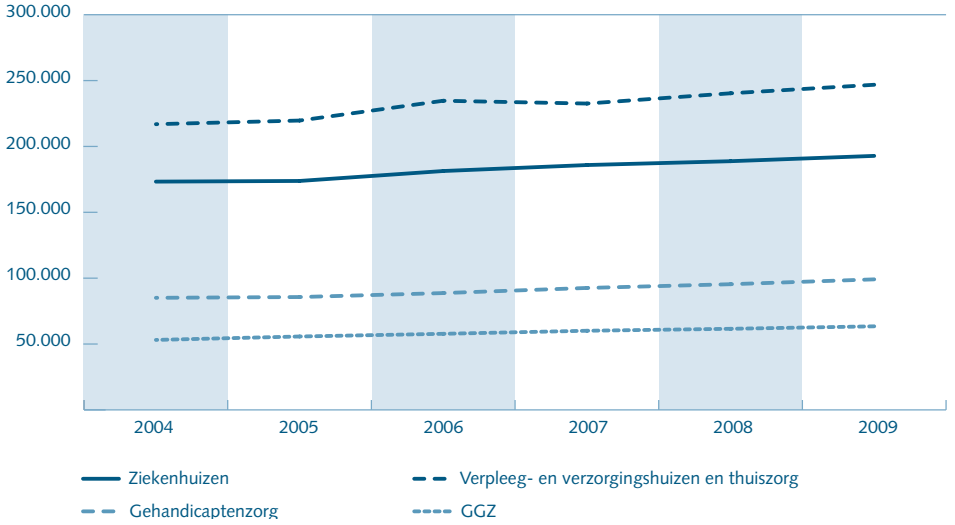
In tabel 5.1 wordt het aantal fte per zorgsector weergegeven in de periode 2004-2009. In grafiek 5.1 wordt dit gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

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

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

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

Bron: GGZ Nederland

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal fte in de GGZ per 31-12	53.870	55.840	60.100	62.600	65.700
Aantal werkzame personen in de GGZ per 31-12	70.500	72.270	79.300	82.500	86.500
Deeltijdpercentage %	76	77	76	76	76

Bron: GGZ Nederland: Sectorrapporten

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Medisch personeel[1]	5.366	5.553	5.943	6.642	6.277	6.568	6.975	7.400	7.675
Behandelend en begeleidend personeel[2]	7.301	7.527	8.584	9.360	9.054	9.244	10.325	10.525	11.275
Verplegend personeel[3]	18.209	19.184	19.879	19.527	21.316	21.554	20.875	22.025	23.550
Overig behandelend personeel[4]	2.382	2.341	2.422	2.638	4.077	4.371	4.575	4.650	4.425
Hotelpersoneel[5]	3.989	3.993	4.466	4.104	3.788	3.794	3.950	4.375	4.500
Subtotaal behandelend personeel[6]	*37.216*	*38.598*	*41.294*	*42.271*	*44.512*	*45.532*	*46.700*	*48.975*	*51.425*
Algemeen en administratief personeel[7]	6.773	7.297	8.046	8.729	9.360	10.307	11.825	11.600	12.275
Totaal	**43.989**	**45.895**	**49.340**	**51.000**	**53.872**	**55.838**	**58.525**	**60.575**	**63.700**

[1] Personeel met een artsenopleiding, incl. psychiater

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

[3] Personeel met een opleiding verzorging / verpleging

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

[5] Huishoudelijk personeel dat eten en koffie rondbrengt e.d.

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

[7] P&O, automatisering, etc.

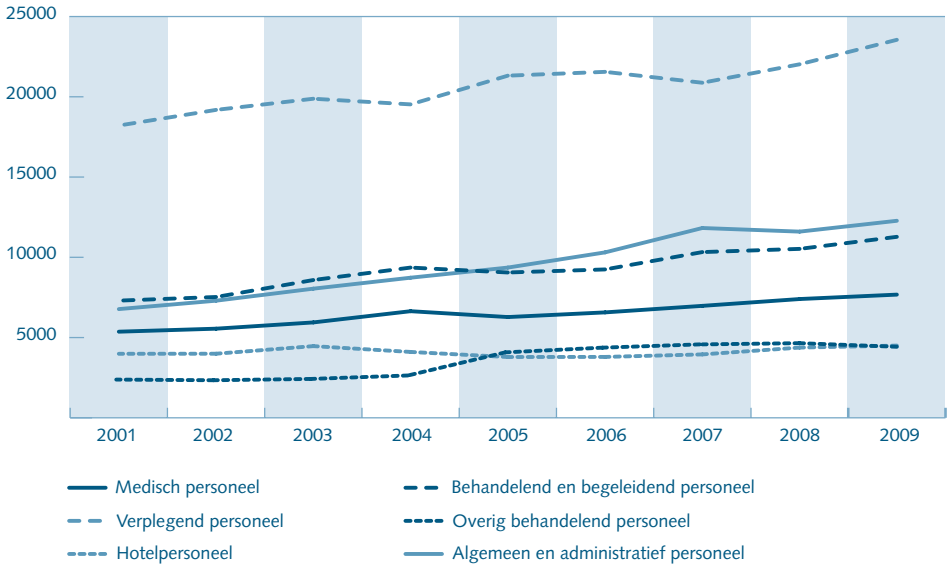
Bron: GGZ Nederland

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



Bron: GGZ Nederland

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

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

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

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

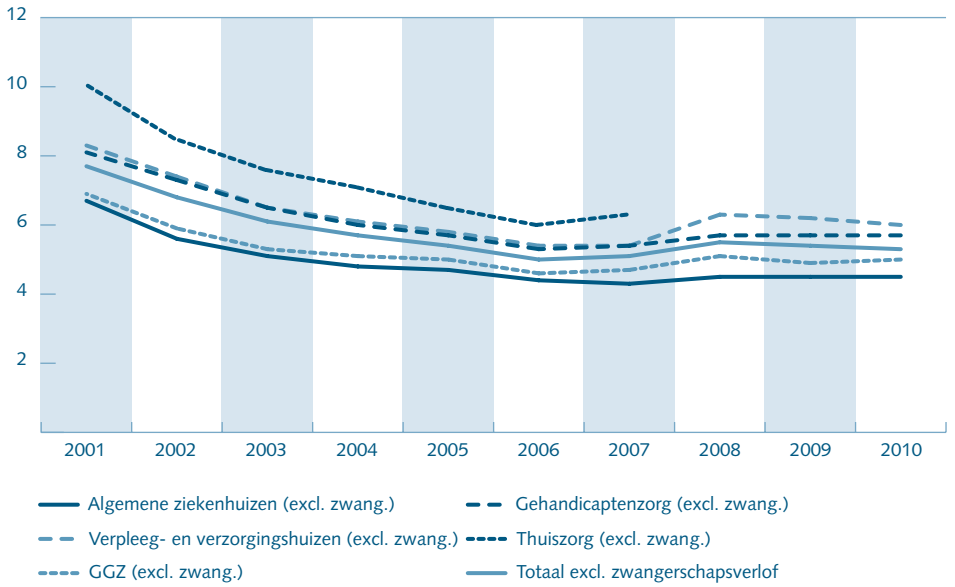
Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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



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

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

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

Tabel 5.6 Percentage werknemers in de GGZ en zorgsector* met een diploma van een zorg- of agogische opleiding (2011)

	GGZ	Ghz	Zkh	V&V
Medische opleiding	9,6	5,1	19,1	5,3
Gedragswetenschappelijke opleiding	17,3	7,3	3,0	1,7
Paramedische opleiding	2,7	3,3	12,9	4,8
Medisch-assisterende of ondersteunende opleiding	1,7	1,7	19,1	2,5
Verpleegkundige opleiding	32,9	23,3	38,4	12,7
Verpleegkundige vervolgopleiding	10,6	4,5	23,4	2,7
Verzorgende/helpende	10,8	20,1	9,4	57,8
Agogische opleiding	30,3	53,9	3,6	8,5
Buiten kwalificatiestructuur**	21,5	16,6	21,8	24,0

Ghz = gehandicaptenzorg, GGZ = geestelijke gezondheidszorg, Zkh = ziekenhuis, V&V = verpleging en verzorging

** De branche-indeling is gebaseerd op de cao-code van de verzekeringsplichtige instelling die het UWV aantreft in de loonadministratie. Waar instellingen in meer branches actief zijn, kan deze code afwijken van de feitelijke activiteiten van de betreffende werknemer.*

*** De werknemers die een opleiding buiten de kwalificatiestructuur zorg en welzijn hebben gevolgd, zijn niet specifiek voor het werk in de sector opgeleid, maar hebben een andere, mogelijk meer algemene, opleiding gehad.*

N.B. Werknemers konden meerdere antwoorden aankruisen, waardoor de percentages per branche opgeteld de 100% overschrijden

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

In tabel 5.6 wordt het aandeel werknemers met een diploma van een zorg- of agogische opleiding uitgesplitst naar branche in 2011 weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de Werknemersenquête Zorg en WJK 2011 (de Visser & Schoenmakers, 2012), die voortkomt uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. De respons is representatief voor de gebruikte populatie, dat wil zeggen alle in de polisadministratie van het UWV voorkomende personen in de sector Zorg en WJK in mei 2011.

De belangrijkste bevindingen:

- De top-3 van meest voorkomende opleidingen in de GGZ zijn een verpleegkundige opleiding (33 procent), een agogische opleiding (30 procent) en een gedragswetenschappelijke opleiding (17 procent).
- In vergelijking met de andere branches ligt in de GGZ het percentage gedragswetenschappers (psychologen, psychotherapeuten) relatief het hoogst.
- In de ziekenhuissector is het percentage werknemers met een medische, paramedische, medisch-assisterende, verpleegkundige of verpleegkundige vervolgopleiding het hoogst.
- Agogisch opgeleiden zijn met name werkzaam in de gehandicaptenzorg en GGZ.
- Werknemers met een verzorgende of helpende opleiding zijn vooral in de branche verpleging en verzorging actief.

Tabel 5.7 Door verpleegkundigen werkzaam in de GGZ en zorgsector* gevolgde opleiding(en) in 2011 (in percentages)**

	GGZ	Ghz	Zkh	V&V
	n = 275	n = 319	n = 940	n = 147
Kwalificatieniveau 3 (verzorgende)	1	6	4	10
Kwalificatieniveau 4 (MBO)	104	98	93	74
Kwalificatieniveau 5 (HBO)	32	8	30	24
Andere verpleegkundige opleiding	15	8	16	13

Ghz = gehandicaptenzorg, GGZ = geestelijke gezondheidszorg, Zkh = ziekenhuis, V&V = verpleging en verzorging

** De branche-indeling is gebaseerd op de cao-code van de verzekeringsplichtige instelling die het UWV aantreft in de loonadministratie. Waar instellingen in meer branches actief zijn, kan deze code afwijken van de feitelijke activiteiten van de betreffende werknemer.*

*** Onder kwalificatieniveau 3 is de oude opleiding 'MDGO-VP lang' meegenomen; onder kwalificatieniveau 4 zijn de oude opleidingen MBO-V en de inservice opleidingen A, B, Z meegenomen*

N.B. Werknemers konden meerdere antwoorden aankruisen, waardoor percentages de 100% kunnen overschrijden

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

In tabel 5.7 zijn de gevolgde opleidingen door verpleegkundigen in de GGZ en zorgsector in 2011 weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de Werknemersenquête Zorg en WJK 2011 (de Visser & Schoenmakers, 2012), die voortkomt uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. De respons is representatief voor de gebruikte populatie, dat wil zeggen alle in de polisadministratie van het UWV voorkomende personen in de sector Zorg en WJK in mei 2011.

De belangrijkste bevindingen:

- In alle branches heeft het merendeel van de verpleegkundigen kwalificatieniveau 4.
- In de branches GGZ en Ziekenhuis werken relatief de meeste verpleegkundigen met een HBO-opleiding.

Tabel 5.8 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van psychiaters in de periode 2005-2009 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009*
	n = 2.385	n = 2.475	n = 2.585	n = 2.660	n = 2.665
Positie in de werkkring					
Werknemer	45,5	45,3	45,5	47,6	50,1
Zelfstandige	17,2	18	17,4	16,2	16,1
Werknemer en zelfstandige	33,1	31,9	31,3	30,3	30,4
Niet werkzaam**	4,4	5	5,8	6	3,4
Werkzaam in de GGZ	65,6	65,5	63,8	67,7	71,5

** Voorlopige cijfers*

*** Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline

Tabel 5.8 geeft een overzicht van het aantal psychiaters dat geregistreerd is in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) van gediplomeerde zorgverleners. Daarnaast is weergegeven of deze medisch geschoolden wel of niet werkzaam zijn en welke positie zij hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De psychiaters die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal psychiaters neemt in de periode 2005-2009 jaarlijks toe.
- Het percentage psychiaters dat alleen werkzaam is in loondienst neemt in de periode 2006-2009 toe van 45 procent naar 50 procent. Het percentage psychiaters dat alleen als zelfstandige werkt neemt in dezelfde periode iets af van 18 procent naar 16 procent. Ook het percentage psychiaters dat in loondienst werkt, maar ook als zelfstandige, neemt iets af van 33 procent in 2005 naar 30 procent in 2009.
- Vanaf 2007 neemt het percentage psychiaters dat werkzaam is in de GGZ toe van 64 procent naar 72 procent.

Tabel 5.9 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van psychotherapeuten in de periode 2005-2009 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009*
	n = 5.845	n = 5.825	n = 5.800	n = 5.840	n = 5.855
Positie in de werkkring					
Werknemer	34,4	33,1	31,3	29,8	28,7
Zelfstandige	24,4	26,2	26,9	27,5	28,2
Werknemer en zelfstandige	31,4	30	29	28,4	27,8
Niet werkzaam**	9,8	10,7	12,8	14,2	15,3
Werkzaam in de GGZ	53,2	52,7	60,9	61,5	61,7

** Voorlopige cijfers*

*** Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline

Tabel 5.9 geeft een overzicht van het aantal psychotherapeuten dat geregistreerd is in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) van gediplomeerde zorgverleners. Daarnaast is weergegeven of deze medisch geschoolden wel of niet werkzaam zijn en welke positie zijn hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De psychotherapeuten die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg. Een deel van de psychotherapeuten is in de periode 2005-2009 tevens geregistreerd als psychiater (26-29 procent) of GZ-psycholoog (49-52 procent).

De belangrijkste bevindingen:

- Tussen 2005 en 2007 daalt het aantal psychotherapeuten licht, om vervolgens tot en met 2009 met ongeveer hetzelfde aantal weer te stijgen.
- Het percentage psychotherapeuten dat alleen in loondienst werkt is in de periode 2005-2009 gedaald van 34 procent naar 29 procent. Het percentage dat alleen als zelfstandige werkt is in deze periode toegenomen van 24 procent naar 28 procent. Het percentage psychotherapeuten dat niet werkzaam is, is tussen 2005 en 2009 toegenomen van 10 procent naar 15 procent.
- Het percentage psychotherapeuten dat werkzaam is in de GGZ loopt op van 53 procent in 2005 naar 62 procent in 2009. Tussen 2006 en 2007 is de grootste stijging waarneembaar.

Tabel 5.10 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van GZ-psychologen in de periode 2005-2009 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009*
	n = 10.655	n = 10.980	n = 11.310	n = 11.740	n = 12.235
Positie in de werkkring					
Werknemer	51,5	50,4	49,5	48,2	46,8
Zelfstandige	20,4	21,4	21,6	22,2	22,8
Werknemer en zelfstandige	22,6	21,6	21,1	21,2	21,5
Niet werkzaam**	5,6	6,6	7,8	8,4	8,9
Werkzaam in de GGZ	31,6	33,4	44,7	46,8	48,4

** Voorlopige cijfers*

*** Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline

Tabel 5.10 geeft een overzicht van het aantal GZ-psychologen dat geregistreerd is in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) van gediplomeerde zorgverleners. Daarnaast is weergegeven of deze medisch geschoolden wel of niet werkzaam zijn en welke positie zijn hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De GZ-psychologen die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal GZ-psychologen neemt in de periode 2005-2009 jaarlijks toe.
- Het percentage GZ-psychologen dat alleen werkzaam is in loondienst neemt in de periode 2005-2009 af van 52 procent naar 47 procent. Het percentage GZ-psychologen dat alleen als zelfstandige werkt neemt in deze periode iets toe van 20 procent naar 23 procent. Het percentage GZ-psychologen dat niet werkzaam is, neemt in de periode 2005-2009 toe van 6 procent naar 9 procent.
- Het percentage GZ-psychologen dat werkzaam is in de GGZ is tussen 2005 en 2009 gestegen van 32 procent naar 48 procent. Met name tussen 2006 en 2007 heeft een sterke stijging plaatsgevonden.

Tabel 5.11 Aantal eerstelijnspsychologen (lid LVE), per provincie (2006-2011)

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Aantal	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*
Groningen	42	7,3	39	6,8	41	7,1	38	6,6	37	6,4	36	6,2
Friesland	37	5,7	37	5,8	34	5,3	31	4,8	31	4,8	30	4,6
Drenthe	26	5,3	33	6,8	33	6,7	33	6,7	29	5,9	23	4,7
Overijssel	63	5,6	57	5,1	52	4,6	52	4,6	51	4,5	46	4
Gelderland	146	7,4	155	7,8	154	7,7	152	7,6	146	7,3	139	6,9
Flevoland	34	9,1	28	7,5	29	7,6	25	6,4	26	6,6	24	6,1
Utrecht	88	7,4	96	8,1	102	8,4	98	8,2	100	8,1	93	7,5
Noord-Holland	238	9,1	237	9,1	234	8,8	229	8,6	222	8,2	184	6,8
Zuid-Holland	157	4,5	150	4,3	175	5	164	4,7	156	4,4	138	3,9
Zeeland	17	4,5	17	4,5	18	4,7	18	4,7	16	4,2	12	3,1
Noord-Brabant	175	7,2	169	7	168	6,9	160	6,5	156	6,4	134	5,4
Limburg	45	4	47	4,1	47	4,2	50	4,5	46	4,1	42	3,7
Heel Nederland	**1.068**	6,5	**1.065**	**6,5**	**1.087**	6,6	**1.050**	6,4	**1.016**	6,1	**901**	5,4

Bron: Jaarberichten LVE (2006, 2007, 2008, 2009, 2010 en 2011)

In tabel 5.11 wordt per provincie het aantal psychologen weergegeven dat werkzaam is in de eerste lijn en lid is van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen in de periode 2006-2011. Circa 70 procent van alle psychologen die in Nederland werkzaam zijn in de eerste lijn zijn lid van deze beroepsvereniging (LVE, 2012). Tevens wordt in tabel 5.11 een overzicht geboden van het aantal beschikbare eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 5.12 Gemiddeld aantal uur per week dat POH's-GGZ werkzaam zijn in deze functie, het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ en de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ (in percentages)

	2009	2010	2011
	n = 139	n = 318	n = 568
Aantal uur per week werkzaam in functie van POH-GGZ	-*	13	15
Huisartsen die gebruik maken van een POH-GGZ	11	21	34
Beroepsmatige achtergrond:			
SPV	39	70	63
AMW	10	9	7
HBO V/B-verpleegkundige	12	4	6
HBO-psychologie	0	2	2
Universitair psychologie	22	11	8
Overig/niet bekend	18	4	15

SPV = Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, AMW = Algemeen Maatschappelijk Werk

** Pas na de eerste peildatum zijn deze gegevens verzameld*

Bron: ROS-netwerk

Tabel 5.12 geeft het aantal praktijkondersteuners huisartsen GGZ (POH's-GGZ) weer in de periode 2009-2011 (peildatum steeds in november). Daarnaast is het aantal uur dat zij gemiddeld per week werkzaam zijn in deze functie weergegeven, evenals het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ en de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ. De gegevens zijn afkomstig van het ROS-netwerk (netwerk van Regionale Ondersteuningsstructuren). Sinds november 2009 inventariseren de ROS'en elk half jaar welke huisartsen in hun regio een contract hebben afgesloten met de zorgverzekeraar over de module POH-GGZ. POH's-GGZ die door een andere financieringsstroom zijn gefinancierd zijn daarmee niet in deze cijfers meegenomen.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2009-2011 is het aantal POH's-GGZ verviervoudigd.
- Voor het merendeel van de POH's-GGZ is deze functie geen fulltime betrekking.
- Het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ is tussen 2009 en 2011 verdriedubbeld.
- Het merendeel van de POH-GGZ heeft een achtergrond als sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Geraadpleegde bronnen

College voor zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2011). *GIPdatabank. Gebruik van psychofarmaca*. www.cvz.nl

College voor zorgverzekeringen. (2008). *Zorgcijfers. Kwartaalbericht 2008. Financiële ontwikkelingen in de Zvw en de AWBZ. 1e kwartaal 2008. Met meerjarige trendcijfers 2002-2007*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden.* Utrecht: Trimbos-instituut.

De Visser, S. & Schoenmakers, F. (2012). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*. Zoetermeer: Panteia.

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2005). *TBS in getal*. Den Haag: DJI.

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2008). *TBS in getal 2008*. Den Haag: DJI.

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *TBS in getal 2010*. Den Haag: DJI.

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2011). *Forensische zorg in getal 2007-2011*. Den Haag: DJI.

Federatie Opvang (2006). Opvang in cijfers 2005.

GGZ Nederland (2006). *Toenemende Zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2007). *Toenemende Zorg update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2010a). *Zorg op waarde geschat update. Sectorrapport GGZ 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2010b). *Wachttijden in ggz-instellingen 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M. & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58: 213-220.

Kessler & Üstün (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2007). *Jaarbericht 2006*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2008). *Jaarbericht 2007*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2009). *Jaarbericht 2008*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2010). *Jaarbericht 2009*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2011). *Jaarbericht 2010*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2012). *Jaarbericht 2011*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009) *factsheet vergoeding benzodiazepinen*. Den Haag, Ministerie van volksgezondheid Welzijn en Sport.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kamerbrief 'Voortgangsrapportage maatschappelijke opvang 2008'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). *wetswijziging dwang in de zorg*. http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/wetswijziging-dwang-in-de-zorg [4 september 2012].
Planije, M. & Rensen, P. (2008). *Voorlopige Monitor Maatschappelijke Opvang. Jaarbericht 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J. & Slobbe, L.C.J. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's – 8*. Bilthoven: RIVM/CBS.
Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W.J. & Polder, J.J. (2006). *Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's 1*. Bilthoven: RIVM.
Slobbe, L.C.J., Smit, J.M., Groen, J., Poos, M.J.J.C. & Kommer, G.J. (2011). *Kosten van Ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010*. Bilthoven: RIVM.
Stirbu-Wagner, I., Dorsman, S.A., Visscher, S., Davids, R., Gravestein, J.V., Abrahamse, H., Van Althuis, T., Jansen, B., Schlief, A., Tiersma, W., Walk, C., Wentink, E., Wennekes, L., Braspenning, J. & Korevaar, J.C. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010.
Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010) Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52: 205-217.
Ten Have, M., Dorsselaer, S. van & de Graaf, R (2012). *Tijd tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontac*t. Utrecht: Trimbos-instituut.
Tuynman, M. & Planije, M. (2011). Monitor Maatschappelijke Opvang. Jaarbericht 2010. *Vraag- en aanbodgegevens van de maatschappelijke en vrouwenopvang in 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
Van der Lucht, F & Polder, J.J. (2010). Van gezond naar beter: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland*: overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 37: 841-850.

World Health Organization (2012). WHO European Health for all database. http://www.euro.who.int/hfadb

Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
Bopzis	Registratiesysteem van IGZ betreffende de wet BOPZ
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DALY	Disability Adjusted Life Years
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Defined Daily Dose
DIS	DBC-Informatiesysteem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FPA	Forensisch-psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch-psychiatrische kliniek
FTE	Fulltime Equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Ghz	Gehandicaptenzorg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GZ	Gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
IBS	Inbewaringstelling
ICD	International Statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVZ	Stichting Informatie Voorziening Zorg
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
KJP	Kinder- en Jeugd Praktijk

LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIVEL	Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ODD	Oppositional Defiant Disorder
PAAZ	Psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
PIGGz	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RM	Rechterlijke Machtiging
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SSRI	Specifieke serotinine-heropnameremmer
TBS	Terbeschikkingstelling
TCA	Tricyclisch Antidepressivum
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&V	Verpleging en verzorging
WHO	World Health Organization
WMH	World Mental Health
WJK	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang
Zkh	Ziekenhuis
Zorgis	Zorginformatiesysteem van GGZ Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Trimbos instituut

In dit handzame en informatieve naslagwerk zijn de belangrijkste cijfers over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. Voor een ieder die snel inzicht in deze cijfers wil hebben, voorziet dit boekje ongetwijfeld in een grote behoefte. De gegevens zijn verzameld in 2012 en de meest recent beschikbare cijfers zijn opgenomen.

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

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