

GGZ in tabellen

20
09

GGZ in tabellen 2009

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding

Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering

Drs. S. van Dijk

Drs. A. Knispel

Dr. J. Nuijen

Productiebegeleiding

L. Groeneveld

Met dank aan

Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Drs. F. van Hoof; Trimbos-instituut

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Productie

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-689-7

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel, onder vermelding van artikelnummer AF1011.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2010, 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	5
1 Het vóórkomen van psychische stoornissen	7
1.1 Het vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland	10
1.2 Het vóórkomen psychische stoornissen; een internationale vergelijking	12
1.3 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen	13
1.4 Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland	14
1.5 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland	15
2 Toegang en zorggebruik	17
2.1 Nederland: zorggebruik van mensen met een psychische stoornis	18
2.2 Zorggebruik in internationaal perspectief	20
2.3 Samenhang tussen de ernst van een psychische stoornis en zorggebruik	21
2.4 Internationaal: opvattingen ten aanzien van hulp voor psychische problemen	23
2.5 Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis	25
2.6a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	26
2.6b Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's	28
2.6c Veel gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	28
2.7a Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers	30
2.7b Minder vaak gebruikte psychofarmaca:aantal DDD's	32
2.7c Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal DDD's per gebruiker	32
2.8 Meest gestelde psychische diagnoses in de huisartsenpraktijk	34
2.9 Psychofarmaca bij psychische diagnoses in de huistartsenpraktijk	35
2.10 Doorverwijzing van mensen met een psychische diagnose in de huisartsenpraktijk	36
2.11 Doorstroming van cliënten in de GGZ, per circuit	38
2.12 Aard van de zorg in de GGZ, per circuit	40
2.13 Behandelduur in de GGZ	41
2.14a Wachttijden voor jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	42
2.14b Wachttijden voor volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	42
2.14c Wachttijden voor ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	42
2.15a Wachtlijsten voor jeugdigen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	44
2.15b Wachtlijsten voor volwassenen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	44
2.15c Wachtlijsten voor ouderen bij GGZ-instellingen in de tweede lijn	44
2.16 Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS)	46
3 Zorgaanbod: capaciteit en productie	49
3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen	50
3.2 Formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen	54

3.3	Feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen	56
3.4	Formele versus feitelijke klinische capaciteit van GGZ instellingen	58
3.5	Europa: Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen	60
3.6	Productie van GGZ-instellingen	62
3.7	Productie van GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen	64
3.8	Productie van GGZ-instellingen circuit volwassenen en ouderen	66
3.9	Productie van instellingen voor verslavingszorg	68
3.10	Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg	70
3.11	Opnameduur en aantal cliënten in de klinische zorg, RIBW-vestigingen en ambulante zorg	72
3.12	Formele en feitelijke capaciteit van TBS-instellingen	74
3.13	Capaciteit van voorzieningen voor maatschappelijke opvang	76
4	Kosten en financiering	77
4.1	Uitgaven aan zorg	78
4.2	Uitgaven aan GGZ naar zorgvorm	80
4.3	Financieringsbronnen van uitgaven aan gezondheidszorg en GGZ	82
5	Personeel	85
5.1	Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ	86
5.2	Aantal fte's in de GGZ per type instelling	88
5.3	Aantal werknemers in de GGZ per type instelling	90
5.4	Aantal fte's in de GGZ per type functie	92
5.5	Ziekteverzuim in de GGZ en zorgsector	94
5.6	Aantal vrijgevestigde psychiaters	96
5.7	Aantal vrijgevestigde psychotherapeuten	97
6	Geraadpleegde bronnen	99
7	Afkortingen	101

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 2009*. 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 2010. 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. Gestreefd is om 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 deze opgenomen werden.

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

1 Het vóórkomen van psychische stoornissen

NEMESIS

In dit hoofdstuk worden onder andere cijfers gepresenteerd die ontleend zijn aan NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, dat in de jaren 2007-2009 door het Trimbos-instituut werd uitgevoerd (De Graaf et al., 2010).

NEMESIS-2 is het vervolg op NEMESIS-1. Dit eerste grootschalige onderzoek is uitgevoerd tussen 1996 en 1999 en heeft een grote hoeveelheid gegevens opgeleverd, die zijn gepubliceerd in talrijke artikelen (zie voor een overzicht Vollebergh et al., 2003). De nieuwe studie heeft als doel de informatie van NEMESIS-1 te actualiseren en gegevens te verzamelen over niet eerder binnen NEMESIS onderzochte onderwerpen, zoals externaliserend probleemgedrag, in het bijzonder de gedragsstoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) bij volwassenen.

In NEMESIS-2 is onder meer onderzocht hoe vaak psychische stoornissen in de algemene bevolking vóórkomen. Daarbij is gebruik gemaakt van het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV). Het gaat om de volgende psychische stoornissen:

Stemmingsstoornissen

- Depressieve stoornis
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

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

Middelenstoornissen

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

Aandachtstekort- of gedragsstoornissen

- ADHD
- Gedragsstoornis
- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Tabel 1.1 Het vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar (ooit in het leven, op jaarbasis) (in procenten) (Bron: NEMESIS-2)

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

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

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

Bron: De Graaf et al., 2010

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

Uit verdere analyse van NEMESIS-2 gegevens (De Graaf et al., 2010) (niet opgenomen in de 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 Het vóórkomen van psychische stoornissen bij volwassenen van 18 jaar en ouder (op jaarbasis); een internationale vergelijking (in procenten)

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

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

** Deze studies maken deel uit van ESEMeD, waarin de prevalentie alleen is gebaseerd op alcoholstoornissen. Bron: Kessler & Üstün, 2008 (meetperiode 2001-2004)

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Diagram 1.3 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen
(Bron: NEMESIS-2)

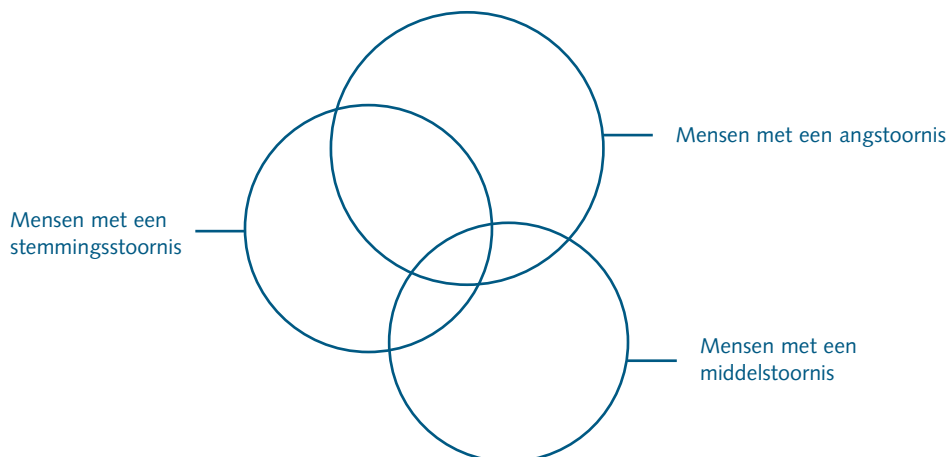


Diagram 1.3 toont welke combinaties van psychische stoornissen relatief vaak vóórkomen.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 1.4 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 1.4 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 beiden (het aantal DALY's) staat in de derde kolom vermeld. De vermindering van de kwaliteit van leven die een ziekte veroorzaakt (kolom ziektejaar-equivalenten) is als volgt gekwantificeerd: voor elke ziekte wordt door een panel van deskundigen vastgesteld welke gevolgen de ziekte heeft voor het dagelijkse functioneren. Dit levert een wegingsfactor op: een cijfer tussen 0 (geen nadelige gevolgen) en 1 (overlijden). Door het aantal mensen met een bepaalde ziekte te vermenigvuldigen met de wegingsfactor voor deze ziekte, wordt het aantal ziektejaar-equivalenten verkregen.

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 1.5 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland, 2003 en 2005

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

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

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

Bron: RIVM, 2006 & 2008

In Tabel 1.5 wordt een overzicht gegeven van de toptien van kostbaarste ziekten in Nederland in 2003 en 2005.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

2 Toegang en zorggebruik

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

	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 enigelei zorg een voorwaarde is voor het gebruik van medicatie.

Bron: De Graaf et al., 2010

Tabel 2.1 presenteert het percentage van de volwassenen met een psychische stoornis dat hiervoor op jaarbasis 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 en pastoor).

De belangrijkste bevindingen:

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

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

- Volwassenen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in contact met alle vormen van hulpverlening. Bijna drie op de vijf krijgt enigelei vorm van hulp. In ongeveer de helft van de gevallen wordt hulp in de algemene gezondheidszorg gezocht. Ruim eenderde van alle mensen met een stemmingsstoornis doet een beroep op de GGZ. Daarnaast krijgt ruim eenderde medicatie voorgeschreven.
- Bijna tweederde van de volwassenen met een angststoornis krijgt hiervoor geen hulp. Hoewel dit niet opgenomen is in de tabel, bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Mensen met een specifieke fobie maken weinig gebruik van zorg. Mensen met een paniekstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of een sociale fobie komen daarentegen vaker in contact met de hulpverlening.
- Volwassenen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid komen relatief weinig in zorg (29 procent op jaarbasis). Dit komt vooral doordat mensen die alcohol *misbruiken* weinig gebruik maken van de verschillende zorgvoorzieningen. Van deze groep

ontvangt maar 14 procent enigerlei vorm van hulp. *Alcoholafhankelijkheid* en drugs-misbruik en –afhankelijkheid leiden tot aanzienlijk hogere percentages zorggebruik; respectievelijk 48, 56 en 74 procent. Meestal wordt een beroep op de algemene gezondheidszorg of de GGZ gedaan.

- Ongeveer een op de drie volwassenen met ADHD krijgt enigerlei vorm van hulp. Ook hier gaat het vooral om de algemene gezondheidszorg en de GGZ.

Demografische determinanten van zorggebruik vanwege een psychische stoornis.

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

Tabel 2.2 Zorggebruik (formeel en informeel¹) in internationaal perspectief, uitgesplitst naar type stoornis (ooit in het leven) (in percentages)

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

Bron: Kovess-Masfety et al. (ESEMED), 2007

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

Belangrijkste bevinding:

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

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

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

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

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

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

In Tabel 2.3 wordt op internationaal niveau een overzicht gegeven van de samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en het zorggebruik op jaarbasis. De onderzoeken zijn uitgevoerd in Afrika (Nigeria, Zuid-Afrika), Noord en Zuid-Amerika (Colombia, Mexico, de Verenigde Staten), Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Spanje, Oekraïne), Japan, Nieuw Zeeland, China en het Midden-Oosten (Israël en Libanon). De landen werden ingedeeld in één van de volgende vier inkomenscategorieën: laag inkomen, laag-midden, hoog-midden en hoog inkomen. De totale steekproef bestond uit 84.850 volwassenen van 18 jaar en ouder (variërend van 2.372 in Nederland tot 12.790 in Nieuw Zeeland). Het 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 lichamenlijk 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 lichamenlijk afhankelijkheidssyndroom en als de functionele beperkingen die iemand ervoer gemiddeld ernstig waren. Alle overige psychiatrische stoornissen werden als *licht* beschouwd. Zorggebruik werd gemeten via de vraag of de respondent in de 12 maanden voorafgaand aan het interview een professionele hulpverlener (psychiater, psycholoog, huisarts, therapeut) of een informele hulpverlener (zoals bijvoorbeeld een dominee, alternatieve therapeut of traditioneel genezer) heeft geraadpleegd voor emotionele of psychische problemen, voor een gespannen gevoel of voor alcohol- of drugsgerelateerde problemen.

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 zonder psychische stoornis zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastoor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek. Hiermee behoort Nederland tot de koplopers: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten ligt dit percentage hoger (respectievelijk 13,4 en 9,7 procent).

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

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

Bron: Ten Have et al., 2010

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

Belangrijkste bevindingen:

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

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

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

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

Bron: De Graaf et al. 2010

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Tabel 2.6a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2008

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Anxiolytica	1.349.700	1.305.400	1.337.000	1.315.700	1.344.000	1.319.900	1.308.000
Antidepressiva (totaal)	524.460	574.560	652.290	705.400	791.510	835.240	867.700
TCA's**	226.620	220.420	223.330	229.100	233.010	223.590	223.310
SSRI's**	285.400	321.670	375.020	427.480	494.420	526.580	545.940
Hypnotica en Sedativa	878.570	847.240	871.820	859.050	886.390	877.630	874.570
ATC groep	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	
Anxiolytica	1.297.700	1.313.000	1.251.000	1.206.000	1.186.000	1.236.000	
Antidepressiva (totaal)	883.030	936.350	922.360	922.480	911.040	978.330	
TCA's**	226.970	236.960	234.240	221.670	223.700	249.640	
SSRI's**	543.150	568.820	548.490	547.090	523.790	544.900	
Hypnotica en Sedativa	876.820	891.480	851.570	871.370	850.670	884.550	

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

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

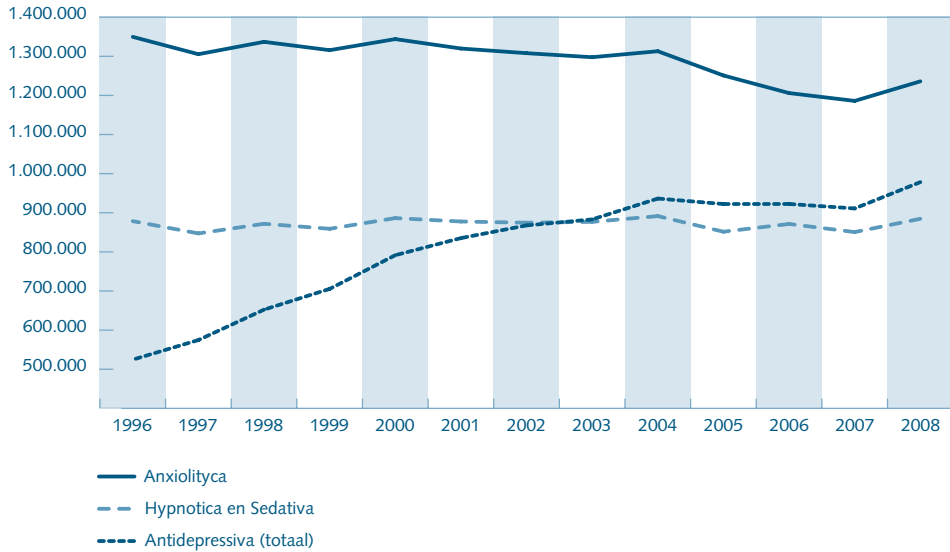
Bron: GIPdatabank (CVZ)

In Tabel 2.6a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2008. In Grafiek 2.6 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Anxiolytica (vaak voorgeschreven bij angststoornissen) worden in de gehele periode 1996-2008 het meest gebruikt in Nederland, gevolgd door het aantal mensen dat antidepressiva krijgt voorgeschreven. Daarnaast worden hypnotica/sedativa (veel toegepast bij angst en slaapproblemen) door veel personen gebruikt.
- Het aantal gebruikers van anxiolytica is over de hele periode iets gedaald (8%). Het aantal mensen dat hypnotica/sedativa gebruikt is ongeveer gelijk gebleven. Dit, terwijl het gebruik van antidepressiva met 87% is gestegen. Hierdoor is sinds 2003 het aantal gebruikers van antidepressiva groter dan dat van hypnotica/sedativa. Dit is goed te zien in Grafiek 2.6.
- Van alle antidepressiva worden de SSRI's het meest voorgeschreven. Het aantal gebruikers van deze middelen stijgt daarnaast tussen 1996 en 2008 met 90%. De stijging in het aantal gebruikers van TCA's is met 10% over dezelfde periode minder sterk. De stijgende trend in het aantal personen dat een antidepressivum ontvangt lijkt dus met name bepaald te worden door de toename van het aantal gebruikers van SSRI's.

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



Bron: GIPdatabank (CVZ)

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

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolytica	115,6	112	114,9	112,9	115,1	113,1	112,3	112,3
Antidepressiva (totaal)	86,1	101	120,6	138,7	164,1	183,9	199,2	210,4
TCA's	28,5	29	29,8	30,9	32,2	31,4	31,7	32,5
SSRI's	50	60,3	73,4	89,2	109,4	123,7	134,3	140,2
Hypnotica en Sedativa	134,2	131,5	134,3	130,6	134,1	135,1	134,3	135,7
ATC groep	2004	2005	2006	2007	2008			
Anxiolytica	111,9	107,9	91,8	91,7	97,5			
Antidepressiva (totaal)	229,4	232,5	221,5	234,7	249			
TCA's	33,4	33,2	29,8	30,8	32,7			
SSRI's	151,9	151,8	144,9	151,6	158,5			
Hypnotica en Sedativa	136,2	131,7	121,1	119,4	125,9			

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.6c Veel gebruikte psychofarmaca: gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2008

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anxiolytica	86	86	86	86	86	86	86	87
Antidepressiva (totaal)	164	176	185	197	207	220	230	238
TCA's	126	131	134	135	138	141	142	143
SSRI's	175	187	196	209	221	235	246	258
Hypnotica en Sedativa	153	155	154	152	151	154	154	155
ATC groep	2004	2005	2006*	2007	2008			
Anxiolytica	85	86	76	77	79			
Antidepressiva (totaal)	245	252	240	258	255			
TCA's	141	142	134	138	131			
SSRI's	267	277	265	290	291			
Hypnotica en Sedativa	153	155	139	140	142			

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

Bron: GIPdatabank (CVZ)

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

In Tabel 2.6b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2008.

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

Belangrijkste bevindingen:

- Sinds 1999 worden er in Nederland van antidepressiva de meeste DDD's per jaar voorgeschreven (Tabel 2.6b). Het aantal voorgeschreven DDD's van antidepressiva is tussen 1996 en 2008 bijna verdriedubbeld. Dit, terwijl het aantal voorgeschreven DDD's van anxiolytica en hypnotica/sedativa is gedaald met respectievelijk 16% en 6%. Deze dalingen zijn zichtbaar vanaf 2005.
- Kijkend naar het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, is globaal hetzelfde beeld te zien (Tabel 2.6c): een toename wat betreft antidepressiva (55%), dalingen wat betreft anxiolytica (8%) en hypnotica/sedativa (7%).
- 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 2008 ongeveer verdrievoudigd (Tabel 2.6b). Het totaal aantal voorgeschreven DDD's van TCA's is daarentegen met 15% veel minder sterk gestegen. 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 met 66% is gestegen, is er bij de TCA's sprake van een toename van maar 4% (Tabel 2.6c).
- Deze bevindingen geven aan dat antidepressiva, en met name SSRI's, tussen 1996 en 2008 langduriger en/of in hogere dosering worden voorgeschreven. Daarentegen lijkt er sprake van een toegenomen terughoudendheid van artsen bij het langdurig voorschrijven van anxiolytica en hypnotica/sedativa, mogelijk vanwege de verslavende werking en negatieve bijwerkingen van deze middelen.

Tabel 2.7a Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2008

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antipsychotica	206.220	201.840	212.630	219.110	224.030	226.920	235.820
Middelen bij ADHD	22.750	28.040	35.020	43.080	47.820	47.400	50.940
Dementiemiddelen	-	-	1.160	4.850	7.060	8.300	10.050
Middelen bij alcoholverslaving	9.610	10.660	13.180	13.650	14.830	15.800	16.140
ATC groep	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	
Antipsychotica	247.720	261.850	270.140	247.910	255.200	278.370	
Middelen bij ADHD	56.350	62.761	68.369	84.207	95.335	114.080	
Dementiemiddelen	12.530	19.072	22.855	25.239	26.464	31.293	
Middelen bij alcoholverslaving	16.620	17.611	18.838	17.126	18.241	19.981	

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

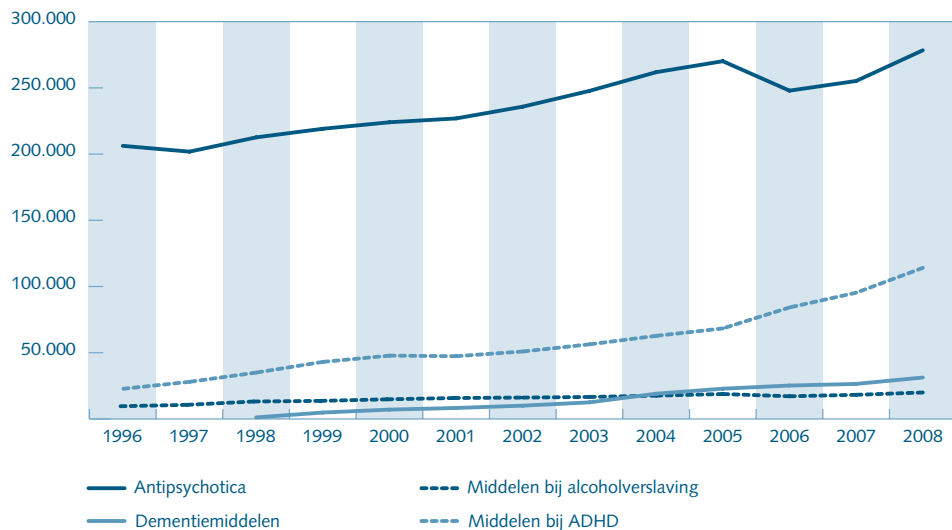
Bron: GIPdatabank (CVZ)

In Tabel 2.7a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende relatief minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2008. In Grafiek 2.7 wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen

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

Grafiek 2.7 Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2008



Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.7b Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's*, 1996-2008
(1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antipsychotica	27,6	29	31,4	32,9	34,8	35,6	37,4
Middelen bij ADHD	2,7	3,5	4,7	6,3	7,5	7,9	8,7
Dementiemiddelen	-	-	0,1	0,5	1	1,3	1,7
Middelen bij alcoholverslaving	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	2
ATC groep	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Antipsychotica	40,3	43,6	46,1	39,8	41,8	46,5	
Middelen bij ADHD	9,9	11,6	13	16	20,9	26	
Dementiemiddelen	2,1	3	3,9	4,9	5,6	6,7	
Middelen bij alcoholverslaving	2,1	2,2	2,4	2,2	2,4	2,7	

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

Bron: GIPdatabank (CVZ)

Tabel 2.7c Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2008

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antipsychotica	134	144	148	150	155	157	159
middelen bij ADHD	117	125	134	147	158	167	171
Dementiemiddelen	-	-	60	110	137	152	166
Middelen bij alcoholverslaving	110	113	113	114	114	117	122
ATC groep	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Antipsychotica	163	166	171	160	164	167	
middelen bij ADHD	176	185	190	190	219	228	
Dementiemiddelen	165	156	170	193	211	213	
Middelen bij alcoholverslaving	126	126	129	129	131	134	

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

Bron: GIPdatabank (CVZ)

In Tabel 2.7b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2008. Tabel 2.7c geeft per psychofarmaca 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 2008 bijna vertienvoudigd; het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is bijna verdubbeld.
- Ook bij de antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving zijn 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 1996-2008 niet alleen steeds meer personen de bovengenoemde psychofarmaca zijn gaan gebruiken, maar ook dat artsen de middelen langduriger en/of in een hogere dosering zijn gaan voorschrijven.

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

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

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

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

Bron: Verheij et al., 2009

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

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

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

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

Bron: Verheij et al., 2009

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

Belangrijkste bevindingen:

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

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

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

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

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

*** Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen.

Bron: Verheij et al., 2009

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

Belangrijkste bevindingen:

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

ZORGIS/WachtlIJstregistratie GGZ Nederland

ZORGIS

In dit hoofdstuk is een aantal tabellen ontleend aan Zorgis, het zorgregistratiesysteem van lidinstellingen van GGZ Nederland. De gegevens binnen Zorgis 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). Zorgis omvat 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. GGZ Nederland gebruikt sinds 2003 een nieuwe systematiek 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. Verder is eind 2006 de gegevensaanlevering door instellingen aan Zorgis beëindigd. In 2007 heeft een alternatieve gegevensverzameling plaatsgevonden die sterk verwant is aan Zorgis. Bijgevolg worden op de volgende pagina's uitsluitend cijfers gepresenteerd over de periode 2003-2007. Daarbij is, vanwege de alternatieve dataverzameling in 2007, voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van cijfers van 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, 2009). 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 2003-2007 ook (deels) extrapolatieverschillen kunnen zijn.

WachtlIJstregistratie

GGZ Nederland verzorgt ook rapportages over wachttijden. Hierbij worden drie leeftijdsgroepen onderscheiden: kinderen en jeugdigen (0-17 jaar), volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Verzameling van deze gegevens is ook na 2007 gecontinueerd (GGZ Nederland, 2010).

Tabel 2.11 Doorstroming van cliënten in de GGZ, per circuit (bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2003-2007 (x 1.000)²

	Kinderen en jeugd					Volwassenen									
	'03	'04	'05	'06	'07	'03	'04	'05	'06	'07					
Aanwezig op 1 januari	80	86	93	99	122	211	230	251	251	264					
Inschrijvingen gedurende jaar	87	92	87	95	116	189	225	225	223	240					
Actief bestand	167	178	180	194	238	400	456	476	475	504					
Uitschrijvingen	76	77	80	83	114	171	207	218	202	223					
Aanwezig op 31 december	91	101	100	111	124	229	249	258	273	281					
	Ouderen					Beschermd wonen					Totaal				
	'03	'04	'05	'06	'07	'03	'04	'05	'06	'07	'03	'04	'05	'06	'07
Aanwezig op 1 januari	32	36	41	41	39	9	11	14	17	21	332	364	399	409	446
Inschrijvingen gedurende jaar	37	41	41	40	38	2	4	5	5	5	315	362	357	363	399
Actief bestand	69	77	82	81	77	11	15	19	21	26	647	726	757	772	845
Uitschrijvingen	33	37	39	38	37	1	2	4	4	5	281	322	341	327	380
Aanwezig op 31 december	36	40	43	43	40	10	12	15	17	20	366	403	416	445	465

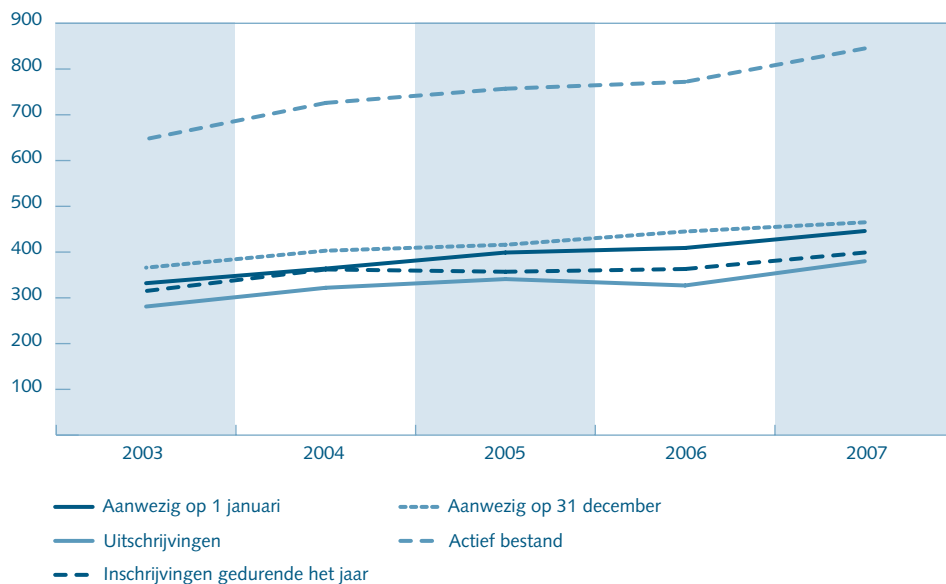
Bron: GGZ Nederland

In Tabel 2.11 wordt een overzicht gegeven van de doorstroming van GGZ-cliënten per circuit. In Grafiek 2.11 wordt dit gevisualiseerd. 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 lijn is het aantal cliënten dat instroomt (aantal inschrijvingen) en het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand in de periode 2003-2007 toegenomen. 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 (rechterkolom 'totaal').
- Het actieve bestand bestaat in 2007 voor bijna tweederde uit cliënten van het circuit volwassenen, voor ruim een kwart uit cliënten van het circuit kinderen en jeugdigen, voor een tiende deel 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.
- Binnen de circuits kinderen en jeugd en volwassenen is het aantal cliënten dat in- en uitstroomt en het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand toegenomen. Bij het circuit ouderen is het aantal dat in- en uitstroomt redelijk stabiel en is het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand licht afgenomen.

Grafiek 2.11 Doorstroming van cliënten, 2003-2007 (x 1.000)²



Bron: GGZ Nederland

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

Tabel 2.12 Aard van de zorg in de GGZ, per circuit (bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, de APZ'en, de RIAGG's, RIBW en KJP), 2004-2007 (in procenten)

	Kinderen en jeugd				Volwassenen							
	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07				
Ambulant	96	96	96	96	86	86	86	87				
Deeltijd	1	1	1	1	2	2	2	2				
Residentieel*	2	2	2	3	8	8	8	7				
Gemengd residentieel*	1	1	1	1	4	4	4	4				
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100				

	Ouderen				Beschermd wonen**				Totaal			
	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07
Ambulant	88	88	88	88	41	43	46	61	88	87	88	89
Deeltijd	2	2	2	2	0,5	0,5	0	0	2	2	2	1
Residentieel*	8	7,5	7	7,5	58	56	53	38	7	8	7	7
Gemengd residentieel*	2	2,5	3	2,5	0,5	0,5	1	1	3	3	3	3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Cliënten bij wie het aandeel klinische zorg 90 procent of meer is, worden ingedeeld in de categorie 'residentieel'.

Als het aandeel klinische zorg lager is (<90 procent) en cliënten daarnaast een andere vorm van zorg ontvangen, dan worden zij 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

In Tabel 2.12 wordt een overzicht gegeven van de aard van de zorg die cliënten hebben ontvangen per circuit in de periode 2004-2007. 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 uit de circuits kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen ontvangt ambulante zorg. Slechts een klein aantal cliënten ontvangt residentiële zorg.
- Het aantal cliënten uit het circuit beschermd wonen dat residentiele zorg ontvang is sinds 2006 afgenomen. Het aantal cliënten uit het circuit beschermd wonen dat ambulante zorg ontvangt neemt sinds 2006 toe.
- In de periode 2004-2007 is de aard van de zorg die GGZ-cliënten ontvangen constant.

Tabel 2.13 Behandelduur in de GGZ (bij geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGGS's, RIBW en KJP), 2003-2007 (in dagen/procenten)

	2003	2004	2005	2006	2007
Gemiddelde behandelduur (in dagen)	292	290	290	304	361
1 dag	18	18	19	17	16
tot 3 maanden	27	28	28	28	27
3 maanden tot 1 jaar	29	30	29	29	31
langer dan 1 jaar	25	24	24	25	26
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: GGZ Nederland

Tabel 2.13 geeft de behandelduur weer van cliënten bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGGS's, RIBW en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Een cliënt was in 2007 gemiddeld bijna 12 maanden in behandeling. Er is sprake van een toename ten opzichte van 2006.
- Driekwart van de cliënten ontvangt na één jaar geen behandeling meer. Bijna een vijfde van de cliënten heeft maar één behandelcontact (dit betreft een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing) en bijna de helft van de cliënten is na drie maanden uit de zorg.

Tabel 2.14a Gemiddelde wachttijden (in weken) voor jeugdige cliënten (0-17 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 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, 2010

Tabel 2.14b Gemiddelde wachttijden (in weken) voor volwassen cliënten (18-64 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 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, 2010

Tabel 2.14c Gemiddelde wachttijden (in weken) voor oudere cliënten (≥65 jaar) en het percentage cliënten dat langer wacht dan maximaal aanvaardbaar³, 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, 2010

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 2.14a, 2.14b en 2.14c geven per leeftijdsgroep (resp. kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen) de gemiddelde wachttijden in weken weer van cliënten in de drie wachtfasen. Daarnaast wordt per leeftijdsgroep en per wachtfase het percentage cliënten weergegeven dat langer moet wachten dan de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zelf maximaal aanvaardbaar vinden, de zogenaamde Treeknormen³.

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

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 2.14a 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 2.14b 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 2.14c 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.

Tabel 2.15a Aantal jeugdige cliënten (0-17 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen⁴ voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

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

Bron: GGZ Nederland, 2010

Tabel 2.15b Aantal volwassen cliënten (18-64 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen⁴ 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, 2010

Tabel 2.15c Aantal oudere cliënten (≥65 jaar) dat langer wacht dan de Treeknormen⁴ voorschrijven, 2008-2010 (peildatum 1 januari)

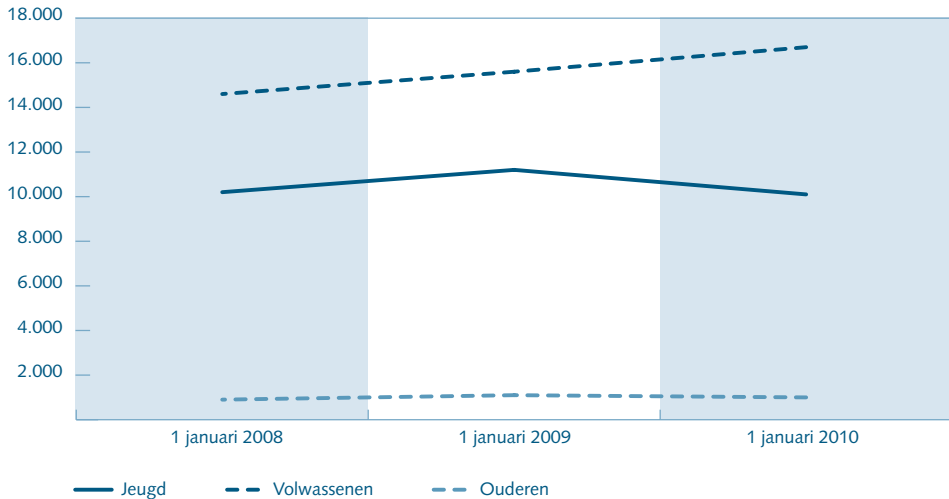
Wachtfase	1-1-2008	1-1-2009	1-1-2010
Aanmelding	300	300	300
Beoordeling	400	600	500
Behandeling	200	200	200
Totaal	900	1.100	1.000

Bron: GGZ Nederland, 2010

Tabellen 2.15a, 2.15b en 2.15c geven per leeftijdsgroep en per wachtfase het aantal cliënten weer dat langer wacht dan de Treeknormen⁴ voorschrijven op de peildata 1 januari 2008, 2009 en 2010. In Grafiek 2.15 wordt per leeftijdsgroep het totaal aantal cliënten met wachttijden die de Treeknormen overschrijden gevisualiseerd.

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

Grafiek 2.15 Totaal aantal cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven per leeftijdsgroep, 2008-2010 (peildatum 1 januari)



Bron: GGZ Nederland

De belangrijkste bevindingen:

Kinderen en jeugdigen

- Uit Tabel 2.15a 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 2.15b blijkt dat het totaal aantal volwassen cliënten dat langer wacht op zorg dan maximaal aanvaardbaar geacht wordt tussen begin 2008 en begin 2010 jaarlijks met ongeveer 7% 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 2.15c laat zien dat het totaal aantal oudere cliënten dat langer wacht dan de Treeknormen voorschrijven met ruim 20 procent is toegenomen tussen begin 2008 en begin 2009, om daarna weer met 10 procent te dalen begin 2010. Dit wordt veroorzaakt door de toename van het aantal 'lang-wachtenden' in de beoordelingswachtfase tussen begin 2008 en begin 2009.

Tabel 2.16 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

* 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.

** 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.

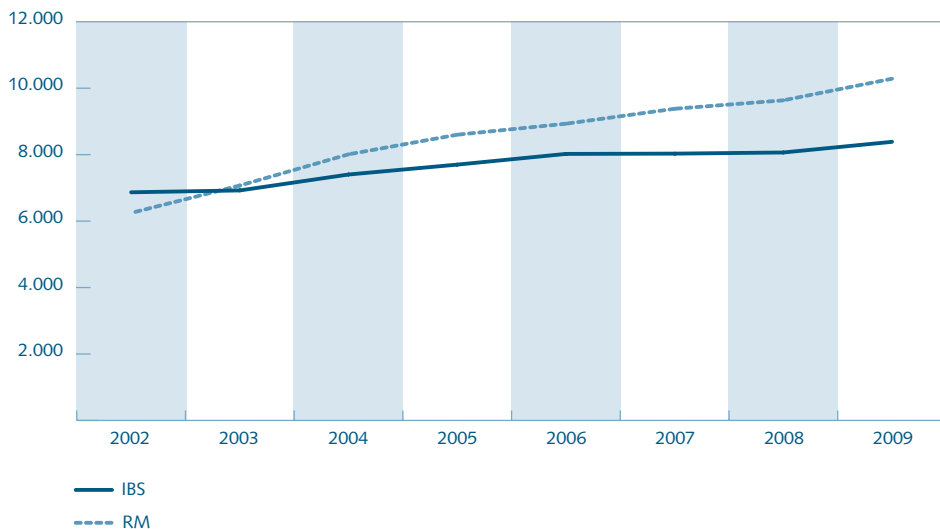
Bron: Bopzis-4

In Tabel 2.16 wordt een overzicht gegeven van het aantal onvrijwillige opnemingen in de periode 2002-2009. In Grafiek 2.16 wordt dit gevisualiseerd. De tabel en grafiek zijn samengesteld aan de hand van gegevens van het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gehouden registratiesysteem betreffende de wet BOPZ (Bopzis). Bopzis is een actieve database.

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

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

Grafiek 2.16 Aantal onvrijwillige opnemingen (RM en IBS), 2002-2009



Bron: Bopzis-4

Belangrijkste bevindingen:

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

3 Zorgaanbod: capaciteit en productie

Tabel 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2009⁵

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Geïntegreerde GGZ-instellingen	30	32	35	39	41	40	41	37	33	31
APZ	12	10	8	5	3	3	3	3	2	2
RIAGG	19	15	12	12	10	9	7	7	6	6
RIBW	26	24	24	23	21	21	20	20	19	20
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9
Geïntegreerde instelling voor verslavingszorg	12	12	11	9	8	9	9	7	7	7
Instelling voor ambulante verslavingszorg	8	8	9	9	6	4	4	4	4	2
TBS-inrichting	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6
Totaal	124	118	116	114	106	103	100	94	87	83

Bron: GGZ Nederland

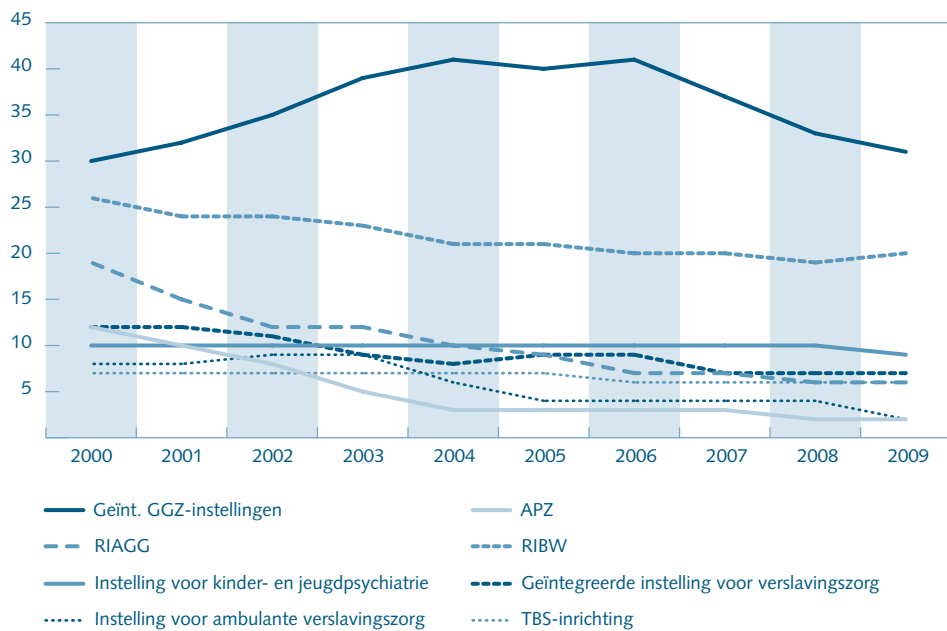
Tabel 3.1 geeft een beeld van het aantal lidinstellingen van GGZ Nederland in de periode 2000-2009. In Grafiek 3.1 wordt dit visueel weergegeven.

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, RIAGG's en RIBW's neemt geleidelijk af.
- Het aantal instellingen voor ambulante verslavingszorg is tussen 2008 en 2009 gehalveerd.
- Het aantal instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en het aantal TBS inrichtingen is de afgelopen jaren vrijwel constant.

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

Grafiek 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2009



Bron: GGZ Nederland

Nederlandse zorgautoriteit (NZA)

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

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

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

Tabel 3.2 Formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen verdeeld naar sectoren, 1993-2008

	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
Kinderen en jeugdigen*	1.254	1.355	1.409	1.639	1.688	1.725	1.906	1.835
Volwassenen en ouderen	23.028	24.121	24.398	23.682	23.650	23.187	23.521	21.232
Verslavingszorg	1.504	1.565	1.598	1.750	1.824	1.950	2.111	2.256
Beschermd wonen	7.053	7.596	7.989	8.181	8.922	10.225	11.808	13.278
Totaal	32.839	34.637	35.394	35.252	36.084	37.087	39.346	38.601

* Inclusief toelating logeerplaatsen.

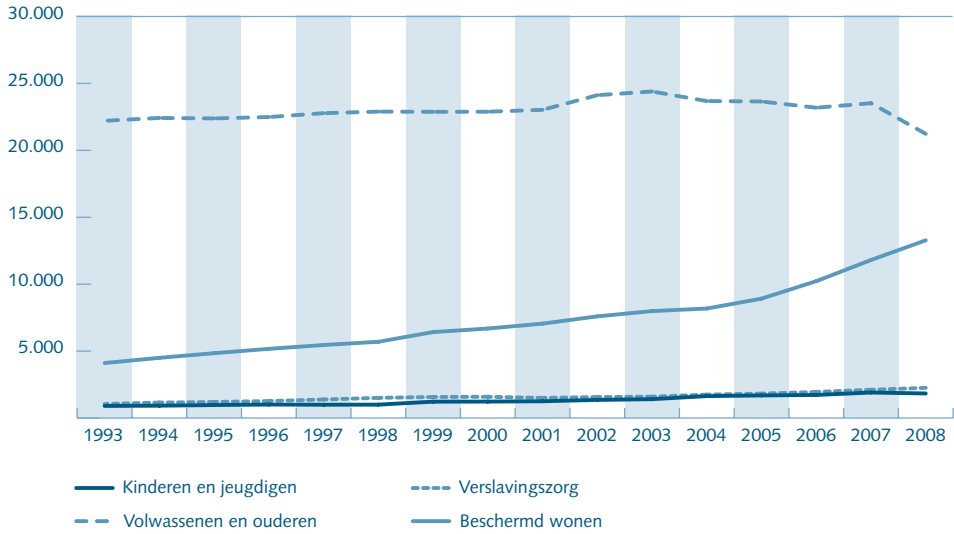
Bron: NZa

Tabel 3.2 presenteert de formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993-2008. In Grafiek 3.2 wordt dit visueel weergegeven. De formele klinische capaciteit verwijst naar het aantal bedden waarover de GGZ-instellingen in de afgelopen jaren hebben kunnen beschikken en wordt uitgedrukt in het aantal toegelaten bedden. Het geeft weer wat de capaciteit van zorgaanbieders zou mogen zijn.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale klinische capaciteit van de gezamenlijke GGZ-instellingen is vanaf 1993 toegenomen met 36,5 procent.
- Veruit het grootste deel van de formele klinische capaciteit is gesitueerd in de circuits volwassenen en ouderen. Tussen 2003 en 2006 nam de formele klinische capaciteit in deze circuits licht af. In 2007 was er een lichte toename met daarop volgend een afname van 9,7 procent in 2008 tot een formele klinische capaciteit van 21.232 bedden. Dit is het laagste aantal bedden voor deze circuits in de gehele tijdreeks.
- De formele capaciteit groeit het sterkst in het circuit beschermd wonen. Sinds 1993 is deze capaciteit verdrievoudigd.
- In de periode 1997-2007 nam de formele klinische capaciteit in de kinder- en jeugdpsychiatrie geleidelijk aan toe. De cijfers laten in 2008 een daling zien van 3,7 procent ten opzichte van 2007.
- In de verslavingszorg nam de formele klinische capaciteit sinds 2001 geleidelijk toe.

Grafiek 3.2 Formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen, 1993-2008



Bron: NZa

Tabel 3.3 Feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen, 1993-2008

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Bedden	23.922	23.980	23.858	23.920	23.868	22.756	22.615	22.265
Plaatsen beschermd wonen	4.173	4.574	4.913	5.253	5.573	5.443	6.025	6.087
Totaal	28.095	28.554	28.771	29.173	29.441	28.199	28.640	28.352
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bedden	21.087	22.516	21.947	22.115	22.200	22.233	22.245	20.127
Plaatsen beschermd wonen	5.994	6.370	6.946	7.384	8.421	9.868	11.427	12.674
Totaal	27.081	28.886	28.893	29.499	30.621	32.101	33.672	32.801

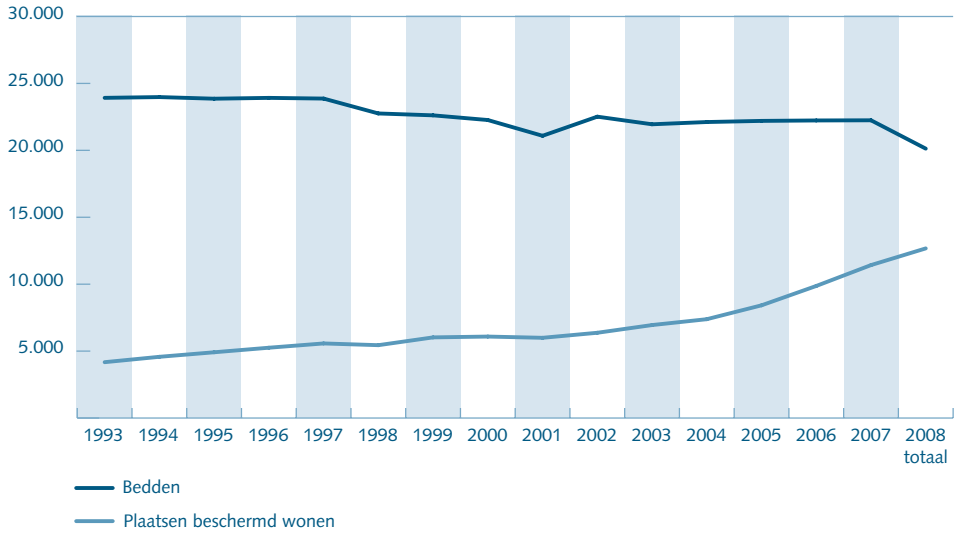
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

- De totale feitelijke klinische capaciteit is in de periode 1993-2003 redelijk constant. Vanaf 2003 tot en met 2007 is er sprake van een lichte stijging; dit is het resultaat van een relatief sterke toename van het aantal bezette plaatsen voor beschermd wonen (een toename van 64,5 procent in de periode 2003-2007).
- Tussen 2007 en 2008 is er een daling waar te nemen in de totale feitelijke klinische capaciteit van 2,6 procent. Het aantal plaatsen voor beschermd wonen steeg evenwel (met 10,9 procent).

Grafiek 3.3 Feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen, 1993-2008



Bron: NZa

Tabel 3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit van GGZ instellingen, 2005-2008

	2005			2006			2007		
	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil
Verslavingszorg	1.824	1.764	-3,4%	1.950	1.891	-3,1%	2.111	2.052	-2,8%
Forensische psychiatrie + KIB*	676	676	0,0%	697	697	0,0%	770	770	0,0%
Volwassenen en ouderen	23.650	18.254	-29,5%	23.187	18.079	-28,3%	23.521	18.449	-21,6%
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.688	1.506	-12,1%	1.726	1.565	-10,3%	1.906	1.744	-8,5%
Beschermd wonen	8.922	8.421	-5,9%	10.225	9.868	-3,6%	11.808	11.427	-3,2%
Totaal	36.760	30.621	-20%	37.785	32.100	-17,5%	40.116	34.442	-14,1%
	2008								
	Formeel	Feitelijk	Vershil						
Verslavingszorg	2.256	2.184	-3,2%						
Forensische psychiatrie + KIB*	303	303	0,0%						
Volwassenen en ouderen	21.109	16.047	-24,0%						
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.835	1.707	-7,0%						
Beschermd wonen	13.278	12.674	-4,5%						
Totaal	38.781	32.915	-15,1%						

* *Kliniek voor Intensieve Behandeling.*

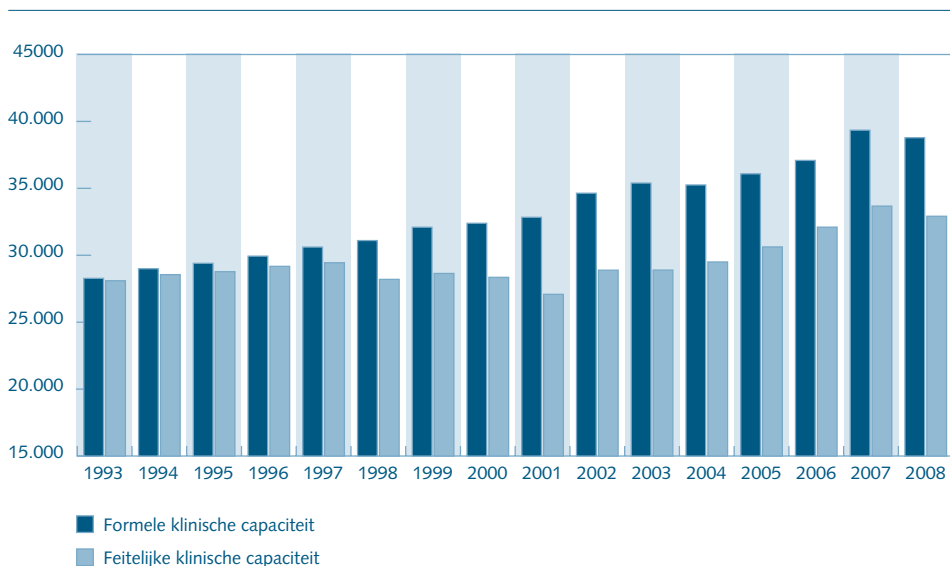
Bron: NZa

In Tabel 3.4 wordt per circuit de verhouding weergegeven tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit in de periode 2005-2008. De cijfers omtrent forensische psychiatrie zijn gebaseerd op wat via de AWBZ en Zvw bekostigd wordt. De totale formele en feitelijke klinische capaciteit wijkt iets af van de cijfers in Tabel 3.3 en Tabel 3.2. Reden is dat de forensische psychiatrie + KIB is opgenomen in bovenstaande tabel, terwijl deze niet zijn opgenomen in Tabel 3.3 en Tabel 3.2.

De belangrijkste bevindingen:

- De formele capaciteit is over de gehele linie groter dan de feitelijke capaciteit in de periode 2005-2008. Dit verschil werd tussen 2005 en 2007 steeds kleiner maar nam in 2008 toe.
- Het verschil tussen de formele en feitelijke capaciteit is in 2008 het grootst in de circuits volwassenen en ouderen (verschil van 24 procent), gevolgd door het circuit kinderen en jeugd (verschil van zeven procent).
- Uitzondering vormt de forensische psychiatrie: daar is de formele klinische capaciteit gelijk aan de feitelijke capaciteit.

Grafiek 3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit van GGZ instellingen, 1993-2008



Bron: NZa

Grafiek 3.4 geeft een totaaloverzicht van de formele en feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993-2008. De cijfers in Grafiek 3.4 zijn afkomstig uit de Tabellen 3.3 en 3.2.

De belangrijkste bevinding:

- De marge tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit neemt tot 2004 toe. Vanaf 2004 tot en met 2006 neemt de marge geleidelijk af, als gevolg van een grotere toename van de feitelijke klinische capaciteit ten opzichte van de formele klinische capaciteit. Vanaf 2007 loopt de marge weer op.

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

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

Nederlandse cijfers: exclusief beschermd wonen

* 1995.

** 1986-2006.

*** 1986-2005.

**** 1991-2006.

***** 1986-2004.

***** 1986-1996.

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

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

De belangrijkste ontwikkelingen:

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

Tabel 3.6 Productie van GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), 1993-2008 (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
Verpleegdagen	7.280	7.303	7.603	7.723	7.815	7.921	8.104	7.530
Deeltijdbehandelingen	1.296	1.365	1.511	1.559	1.517	1.498	-	1.513
Dagen beschermd wonen	2.116	2.248	2.452	2.674	3.022	3.412	3.952	4.113
Ambulante contacten	4.539	5.022	5.471	8.484	9.384	10.932	11.515	13.716

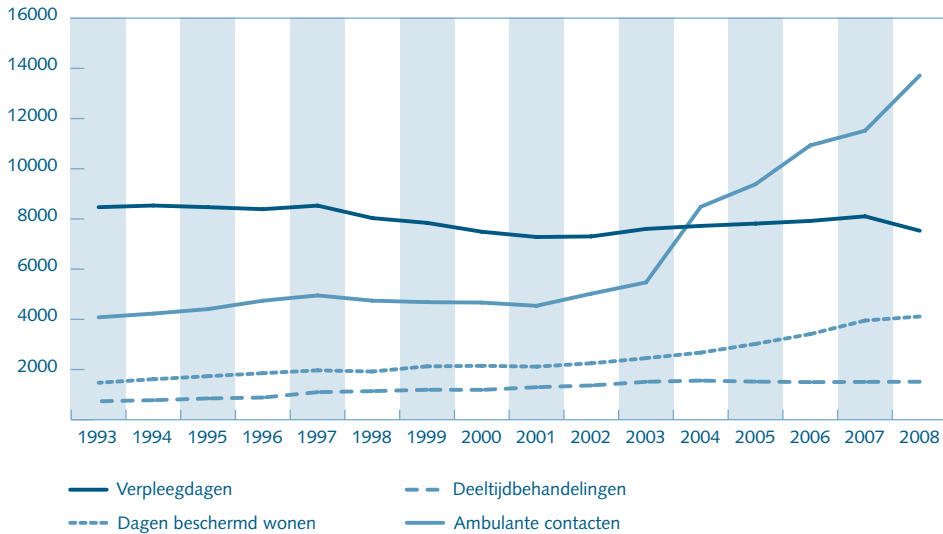
* Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.

Bron: NZa

In Tabel 3.6 worden de absolute productiecijfers weergegeven die de gezamenlijke GGZ-instellingen in de jaren 1993-2008 hebben gerealiseerd. In Grafiek 3.6 worden deze cijfers gevisualiseerd.

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

Grafiek 3.6 Productie van GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), 1993-2008 (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. Deze stijgende trend lijkt in 2008 te worden doorbroken met een afname van de klinische productie.
- 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 met ingang van 2004 ook telefonische contacten meegeteld zijn in de registratie van ambulante contacten.
- Wat betreft de klinische en ambulante productie zijn er in 2008 duidelijke veranderingen te zien ten opzichte van 2007. Het kan niet uitgesloten worden dat deze veranderingen (onder andere) samenhangen met administratieve oorzaken (zoals de inwerkingtreding van de Zvw in de GGZ).
- Dagen Beschermd Wonen zijn meer dan verdubbeld in de periode 1993-2008. Deeltijdbehandelingen zijn verdubbeld in de periode 1993-2008. Sinds 2003 ligt het aantal deeltijdbehandelingen rond de 1,5 miljoen. (De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007).

Tabel 3.7 Productie van GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2008 (x 1.000)

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

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

Bron: NZa

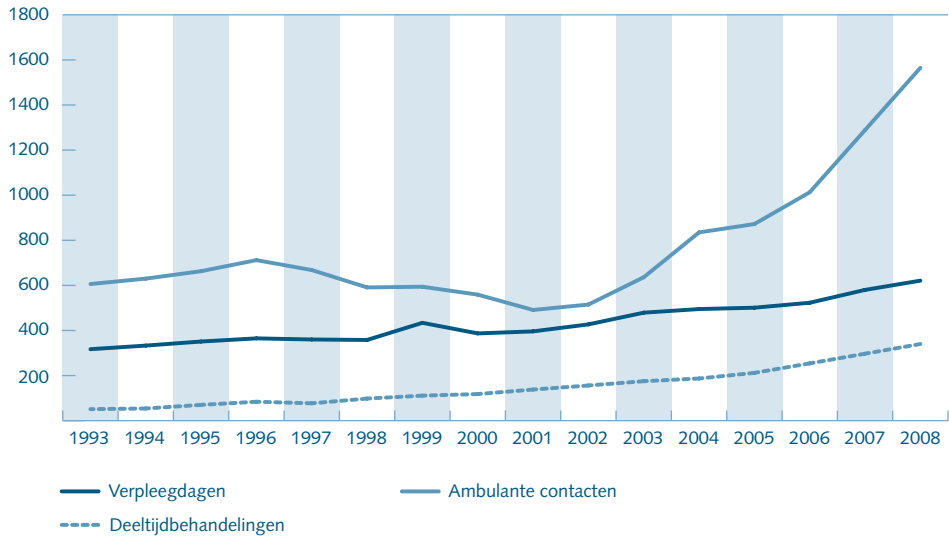
In Tabel 3.7 zijn de productiecijfers van de zelfstandige klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en van de kinder- en jeugdafdelingen van de APZ'en en RIAGG's in kaart gebracht. In Grafiek 3.7 worden deze cijfers gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Cliënten in dit circuit worden vooral ambulante geholpen. Na een daling vanaf 1996, is het aantal ambulante contacten sinds 2001 meer dan verdrievoudigd. De opmerkelijke stijging in 2004 (31,3 procent) heeft vermoedelijk administratieve oorzaken. Volgens de NZa zijn vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld in de registratie van ambulante contacten.
- Ook de klinische zorg en het aantal deeltijdbehandelingen zijn sinds 1993 toegenomen. De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007. Uit de cijfers van 2008 blijkt dat het aantal deeltijdbehandelingen blijft toenemen.

Grafiek 3.7 Productie van GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2008 (x 1.000)



Bron: NZa

Tabel 3.8 Productie van GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2008 (x 1.000)

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

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

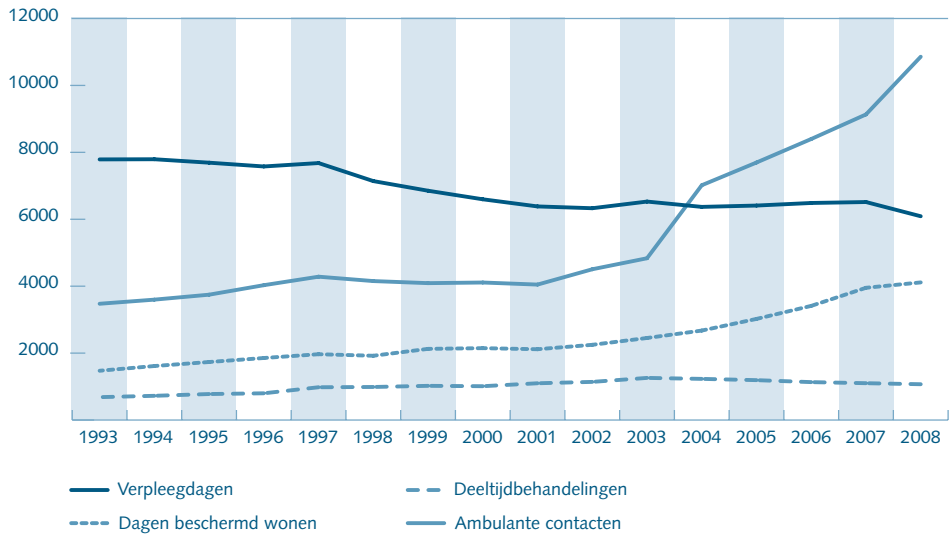
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevindingen:

- De productie van 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. In 2005 tot en met 2007 was het aantal verpleegdagen relatief stabiel, gevolgd door een daling in 2008 van 6,5 procent.
- Het aantal deeltijdbehandelingen is geleidelijk toegenomen (met uitzondering van 2000), maar daalt vanaf 2004 licht.
- Het aantal dagen beschermd wonen is sinds 1993 meer dan verdubbeld.
- 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 van GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2008 (x 1.000)



Bron: NZa

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

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

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

Bron: NZa

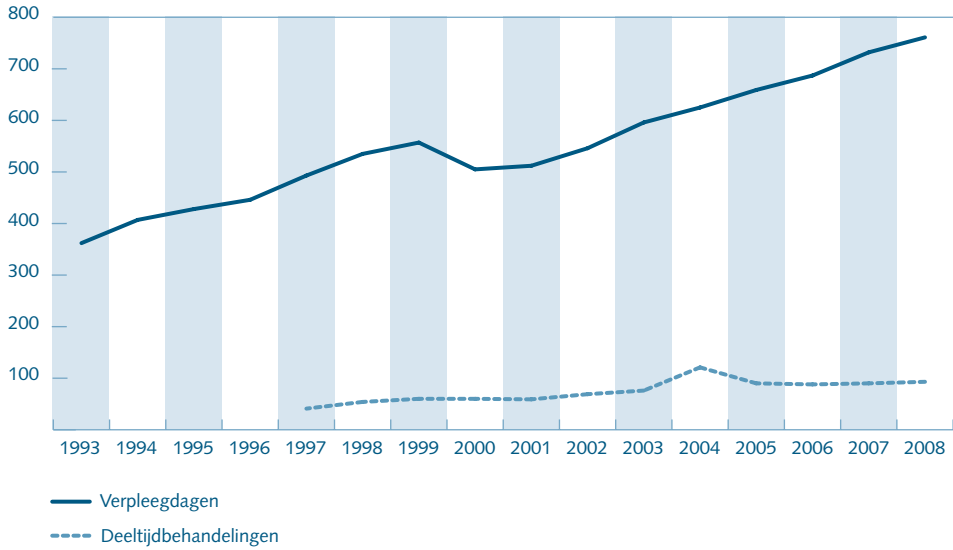
In Tabel 3.9 wordt het aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van meer omvattende GGZ-instellingen weergegeven. In Grafiek 3.9 wordt dit visueel weergegeven.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal verpleegdagen neemt vanaf 2001 geleidelijk toe met gemiddeld 5,3 procent (range: 1,4% – 9,2%). In 2008 nam het aantal verpleegdagen toe met 3,9 procent.
- Het aantal deeltijdbehandelingen is meer dan verdubbeld tussen 1997 en 2008. Sinds 2005 lijkt het aantal deeltijdbehandeling relatief stabiel.

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



Bron: NZa

Tabel 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2000-2008*

	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Contacten i.v.m.</i>					
Alcohol	192.906	156.130	167.484	229.659	294.229
Drugs	297.838	205.041	227.725	288.302	329.942
Overige middelen	30.294	19.924	20.185	26.227	32.708
Contacten totaal	521.038	381.095	415.394	544.188	656.879
	2005	2006	2007	2008	
<i>Contacten i.v.m.</i>					
Alcohol	326.081	480.932	625.409	611.220	
Drugs	398.545	576.156	755.467	762.896	
Overige middelen	31.390	42.522	47.150	41.954	
Contacten totaal	756.016	1.099.610	1.428.026	1.416.070	

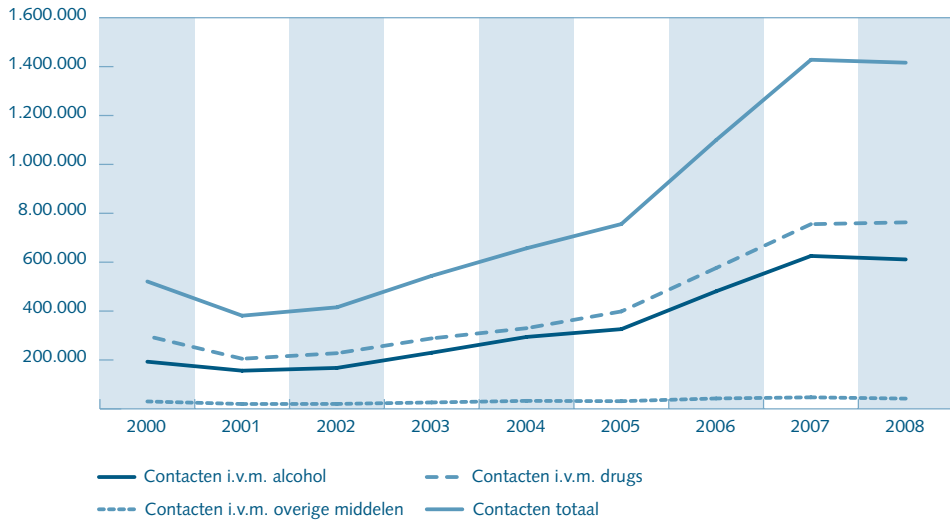
* De cijfers over 2000-2008 werden aangeleverd door het IVZ en zijn verkregen via analyses op het databestand LADIS. Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alle jaren vanaf 2000 zijn nagecalculeerd, komen de cijfers niet meer overeen met de cijfers in eerdere publicaties van GGZ in tabellen.
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 in 2000-2008. In Grafiek 3.10 worden deze productiecijfers gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal contacten in de ambulante verslavingszorg is in de periode 2000-2008 met ongeveer 170 procent toegenomen. De sprong omlaag tussen 2000 en 2001 is volgens IVZ (Stichting Informatie Voorziening Zorg) deels toe te schrijven aan een wijziging van het registratiesysteem. In 2008 lijkt de sterk stijgende trend die vanaf 2005 is ingezet niet door te zetten. In de komende jaren zal blijken of er sprake is van een trendbreuk.
- De meeste mensen in de ambulante verslavingszorg worden behandeld voor problemen met drugs. Tussen 2000-2008 nam het aantal mensen dat hulp zoekt voor drugsproblemen toe met 156 procent.
- Ook het aantal mensen dat wordt behandeld voor problemen met alcohol stijgt sterk. In de periode 2000 en 2008 wordt ruim een verdrievoudiging waargenomen.
- Het aantal contacten van mensen die verslaafd zijn aan andere middelen dan drugs of alcohol stijgt tussen 2000 en 2008 minder snel: met 39 procent.

Grafiek 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2000-2008



Bron: LADIS (IVZ)

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

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

Bron: Pijl, 2007

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

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

Bron: DJI

Tabel 3.12b Feitelijke capaciteit van TBS instellingen, 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Plaatsen	1.502	1.703	1.836	1.944	2.084

Bron: DJI

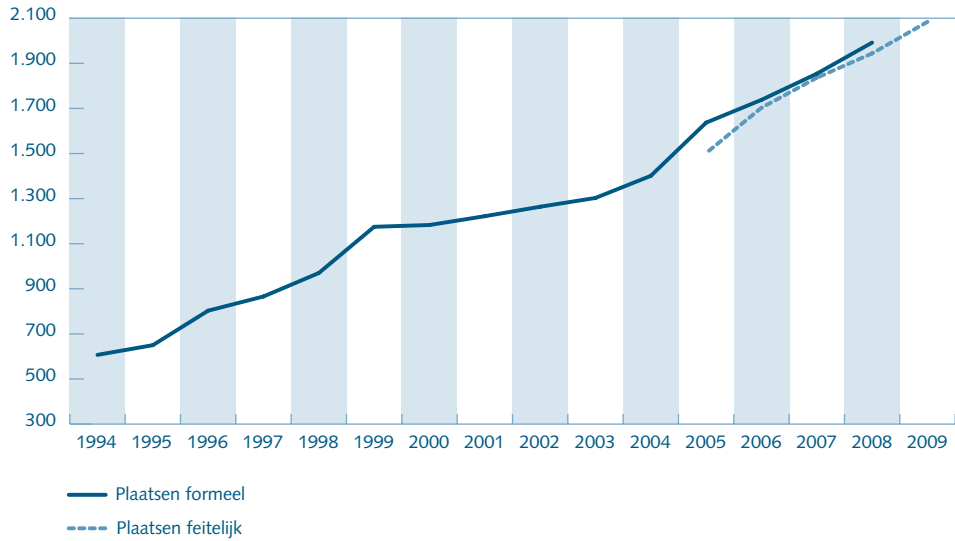
In Tabel 3.12a wordt een overzicht gegeven van de formele capaciteit van TBS-instellingen (aantal plaatsen) in de periode 1994-2008. Tabel 3.12b laat het aantal feitelijk bezette plaatsen in TBS- instellingen zien tussen 2005 en 2009. In Grafiek 3.12 wordt deze formele en feitelijke capaciteit gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevindingen:

- De formele capaciteit van de TBS-inrichtingen is in de periode 1994-2008 toegenomen van 607 naar 1992 plaatsen, ruim een verdrievoudiging. Tussen 2005 en 2008 is er een toename van 355 plaatsen (ongeveer 22 procent).
- De feitelijke capaciteit neemt in de periode 2005-2009 toe van 1502 naar 2084 plaatsen, een toename van ongeveer 39 procent. Ter vergelijking met de formele capaciteit: tussen 2005 en 2008 nam de formele capaciteit met 29 procent toe.
- Doordat de feitelijke capaciteit de laatste jaren sneller is toegenomen dan de formele capaciteit, is vanaf 2006 de feitelijke capaciteit bijna gelijk aan de formele capaciteit.

Grafiek 3.12 Formele en feitelijke capaciteit van TBS-instellingen, 1994-2008



Bron: DJI

Tabel 3.13 Samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang, 2005-2008

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

Bron: Monitor Maatschappelijke opvang

Tabel 3.13 geeft de samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang weer voor de periode 2005-2008. Bij de samengestelde capaciteit gaat het om een geschatte 100 procent capaciteit van de bij de Federatie Opvang aangesloten instellingen die in 2008 opvang leverden.

De belangrijkste bevinding:

- Het vergelijken van de verschillende jaren moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren.
- Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat bij elke voorzieningensoort een stijging te zien is tussen 2005-2008. Het is moeilijk te zeggen of er daadwerkelijk sprake is van toegenomen capaciteit. De reden voor de toename zou ook de steeds wisselende set van responderende instellingen kunnen zijn.

4 Kosten en financiering

Tabel 4.1 Uitgaven aan zorg, 2007-2009 (x 1 mln euro)

	2007	%BBP	2008*	%BBP	2009*	%BBP
Gezondheidszorg	43.138	7,5%	46.026	7,7%	48.602	8,5%
GGZ	4.634	0,8%	4.894	0,8%	5.470	1,0%
Welzijnszorg	28.183	4,9%	30.223	5,1%	32.106	5,6%
Beleids- en beheersorganisaties	3.040	0,5%	2.992	0,5%	3.100	0,5%
Totale zorg	74.362	13,0%	79.241	13,3%	83.809	14,7%

* Voorlopige cijfers.

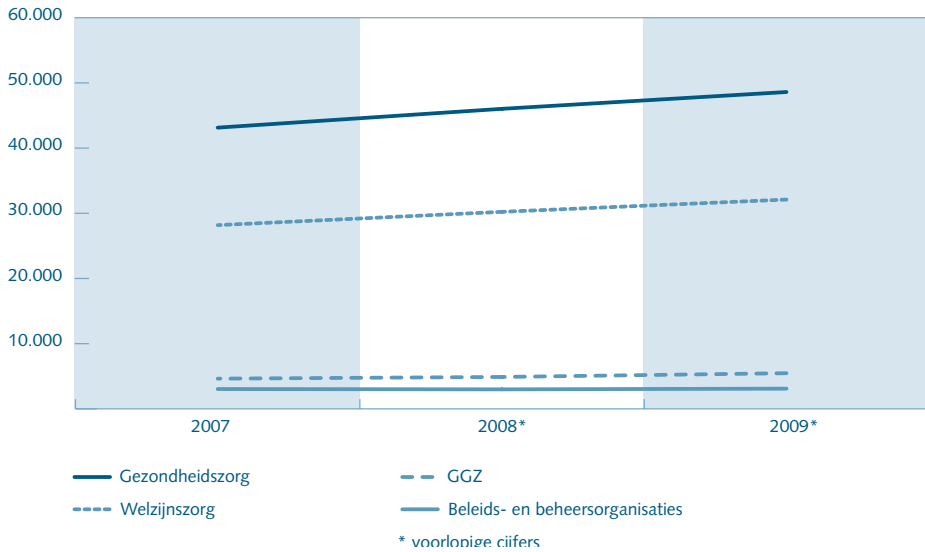
Bron: CBS: Statline, gereviseerde cijfers

Het CBS is bezig met een revisie van de cijfers in de Zorgrekeningen. De cijfers vanaf 2007 zijn reeds gerevisieerd en worden in Tabel 4.1 gepresenteerd. De gereviseerde cijfers tot en met 2006 zijn nog niet gereed, maar zullen in een volgende uitgave van GGZ in tabellen weergegeven worden. (De gereviseerde cijfers kunnen niet zonder meer met de 'oude' cijfers vergeleken worden, vandaar dat we de oude cijfers niet meer gebruiken in de tabellen). In Grafiek 4.1 wordt de tabel gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- In 2009 kwamen de uitgaven aan de totale zorgsector overeen met 14,7 procent van het Bruto Binnenlands Product. Dit percentage ligt hoger dan in voorgaande jaren. Dit hogere percentage wordt zowel veroorzaakt door een stijging in de uitgaven aan de gezondheidszorg, als een daling van het BBP tussen 2008 en 2009.
- *Gezondheidszorg*: In 2009 bedragen de kosten aan de gezondheidszorg 48,6 miljard euro. Hiervan wordt 11,3 procent (5,5 miljard euro) uitgegeven aan de GGZ.
- *GGZ*: Het aandeel van de GGZ-uitgaven in de totale gezondheidszorguitgaven is redelijk constant, namelijk ongeveer 10 tot 11 procent van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Dit was ook zo in de 'oude' cijfers van de Zorgrekeningen van het CBS.

Grafiek 4.1 Uitgaven aan zorg, 2007-2009 (x 1 mln euro)



* Voorlopige cijfers.

Bron: CBS

Tabel 4.2 Uitgaven aan GGZ naar zorg- en financieringsvorm, 2008 (in procenten)

Ambulant	Zvw tweede lijn	31
	Zvw eerste lijn	4
	AWBZ	4
	Totaal ambulant	40
Intramuraal en beschermd wonen	Zvw	36
	AWBZ inclusief beschermd wonen	24
	Totaal intramuraal	60
Totaal		100

Bron: CVZ, 2009

Tabel 4.2 presenteert de verdeling van de uitgaven aan de verschillende typen zorg en financieringsbronnen in 2008.

De belangrijkste bevindingen:

- De tabel laat zien dat de intramurale voorzieningen 60 procent van de GGz-uitgaven voor hun rekening nemen. Hiervan is meer dan de helft bestemd voor op genezing gerichte zorg. Aan op genezing gerichte ambulante hulp wordt ruim een derde van het GGz-budget besteed.

Tabel 4.3a Financieringsbronnen van uitgaven aan zorg (x 1 mln euro)

	2007	2008*	2009*
Overheid	10.654	11.515	12.155
Sociale Verzekeringen	50.610	53.869	57.461
- ZF/Zvw**	27.543	32.226	34.433
- AWBZ	23.067	21.643	23.028
Particuliere zorgverzekeringen	3.146	3.154	3.280
Eigen betalingen	7.115	7.808	7.826
Overige financiers	2.837	2.894	3.087
Totale uitgaven	74.362	79.241	83809

* Voorlopige cijfers.

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

Bron: CBS (gereviseerde cijfers)

Tabel 4.3b Financieringsbronnen uitgaven GGZ (x 1 mln euro)

	2007	2008*	2009*
Overheid	558	642	707
Sociale Verzekeringen	4052	4228	4738
Zvw	0	2531	2948
AWBZ	4052	1698	1790
Particuliere zorgverzekeringen	0	0	0
Eigen betalingen	0	0	0
Overige financiers	24	23	25
Totale uitgaven	4634	4894	5470

* Voorlopige cijfers.

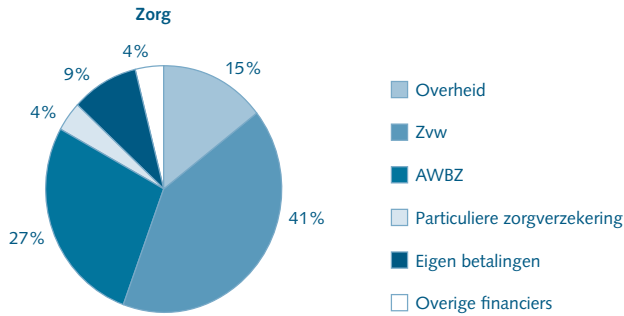
Bron: CBS, gereviseerde cijfers

In Tabel 4.3a en 4.3b wordt een overzicht gegeven van de financieringsbronnen van de uitgaven aan de zorg en de GGZ. Deze cijfers worden gevisualiseerd in Diagram 4.3a en 4.3b.

De belangrijkste bevindingen:

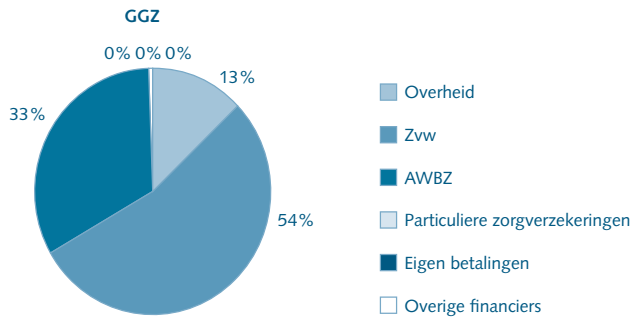
- **Zorg:** Van de uitgaven aan de zorg wordt in 2009 bijna 70 procent betaald door de sociale verzekeringen (Zvw en AWBZ).
- **GGZ:** Van de uitgaven aan de GGZ wordt in 2009 87 procent betaald door de sociale verzekeringen. Binnen de sociale verzekeringen bestaat ruim 60 procent uit Zvw financiering en een kleine 40 procent uit AWBZ financiering.

Diagram 4.3a Financieringsbronnen uitgaven gezondheidszorg en GGZ in 2009 (in procenten)



Bron: CBS

Diagram 4.3b Financieringsbronnen uitgaven GGZ in 2009 (in procenten)



Bron: CBS

5 Personeel

Tabel 5.1 Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ, 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ziekenhuizen	156.910	164.350	170.770	173.300	175.000	176.580
Gehandicaptenzorg	72.893	76.481	83.009	85.084	85.668	87.320
Verpleeg- en verzorgingshuizen	130.740	135.738	142.715	145.504	147.784	-
Thuiszorg	58.780	63.700	69.370	68.403	68.842	-
GGZ	43.990	45.895	49.340	50.998	52.649	55.840
Totaal	463.313	486.164	515.204	523.289	529.943	-

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

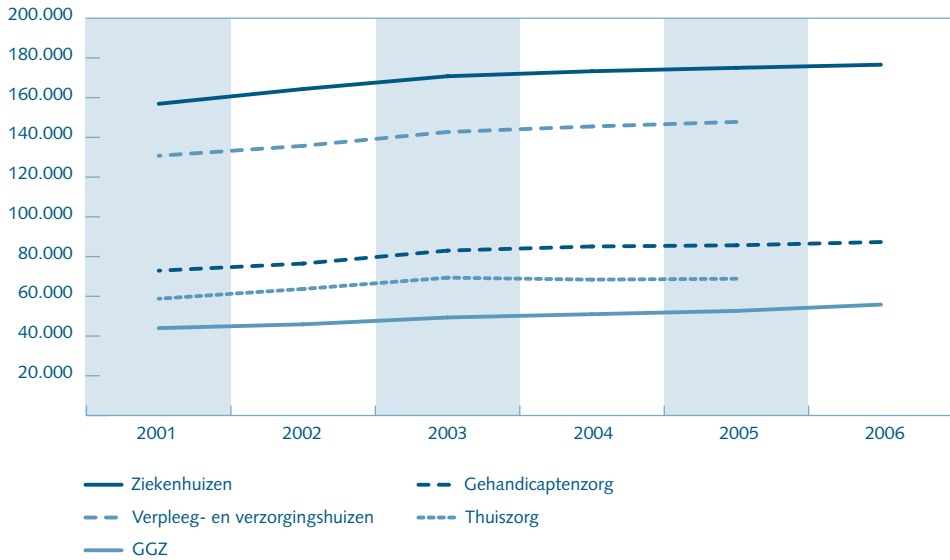
In Tabel 5.1 wordt het aantal fte's per zorgsector weergegeven. In Grafiek 5.1 wordt dit gevisualiseerd. Cijfers verpleeg- en verzorghuizen en thuiszorg over 2006 zijn tijdens het schrijven van dit rapport (augustus 2010) niet beschikbaar. Als gevolg hiervan kan het totaal aantal fte's over 2006 niet bepaald worden.

Het aantal arbeidsplaatsen wordt uitgedrukt in fte's (full 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's in de zorgsector toe, namelijk met ruim 14 procent in de periode 2001-2005.
- Het merendeel van het personeel in de zorg is werkzaam in ziekenhuizen.
- In totaal is ongeveer 10 procent van het personeel werkzaam in de GGZ in de periode 2001-2005. Het aantal fte's in de GGZ is in de periode 2001-2005 gestegen met ruim 19 procent. Een vergelijkbare groei zien we in de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. Het aantal fte's in verpleeg- en verzorgingshuizen groeit iets langzamer (13 procent).

Grafiek 5.1 Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ, 2001-2006



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

Tabel 5.2 Aantal fte's in de GGZ, per type instelling, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Brede GGZ-instellingen	20.251	22.042	28.105	29.510	31.685	34.935	37.217	39.965	41.929	44.620	45.760
Algemene en categorale ziekenhuizen	13.854	12.266	7.713	6.970	6.510	7.070	5.979	4.523	5.108	5.790	6.360
RIAGG's	3.239	2.960	2.089	1.795	1.645	1.490	1.496	1.090	1.130	930	960
RIBW's	2.148	2.075	2.165	2.260	2.340	2.420	2.664	3.131	3.455	4.540	5.090
Verslavingszorg	3.696	3.225	3.214	3.445	3.715	3.425	3.643	3.940	4.216	4.220	4.430
Totaal	43.188	42.568	43.268	43.990	45.895	49.340	51.000	52.649	55.838	60.100	62.600

Bron: GGZ Nederland

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

De belangrijkste bevindingen:

- Het totale personeelsbestand van de GGZ is in de periode 1998-2008 toegenomen (45 procent).
- Brede GGZ-instellingen hebben de meeste mensen in dienst. Sinds 1998 is het aantal fte's meer dan verdubbeld.
- Bij de RIAGG's en bij de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen is een omgekeerde ontwikkeling te zien. Daar nam het aantal fte's tot 2005 af. 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. Vanaf 2006 is echter weer een lichte stijging van het aantal fte's bij de categorale psychiatrische ziekenhuizen zichtbaar.
- Het aantal fte's bij instellingen voor verslavingszorg is sinds 1998 geleidelijk toegenomen met 20 procent.
- Bij de RIBW's is de personeelsomvang sneller toegenomen (toename van 137 procent sinds 1998).

Tabel 5.3 Aantal GGZ-werknemers, per type GGZ-instelling, 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brede GGZ-instellingen	38.400	41.305	46.300	48.874	53.580	54.235
Algemene en categorale ziekenhuizen	9.360	8.775	9.550	8.143	6.460	6.815
RIAGG's	2.460	2.275	2.105	2.040	1.480	1.510
RIBW's	2.955	3.110	3.230	3.483	4.010	4.480
Verslavingszorg	4.355	4.715	4.565	4.600	4.970	5.235
Totaal	57.530	60.180	65.750	67.180	70.500	72.275

Bron: GGZ Nederland

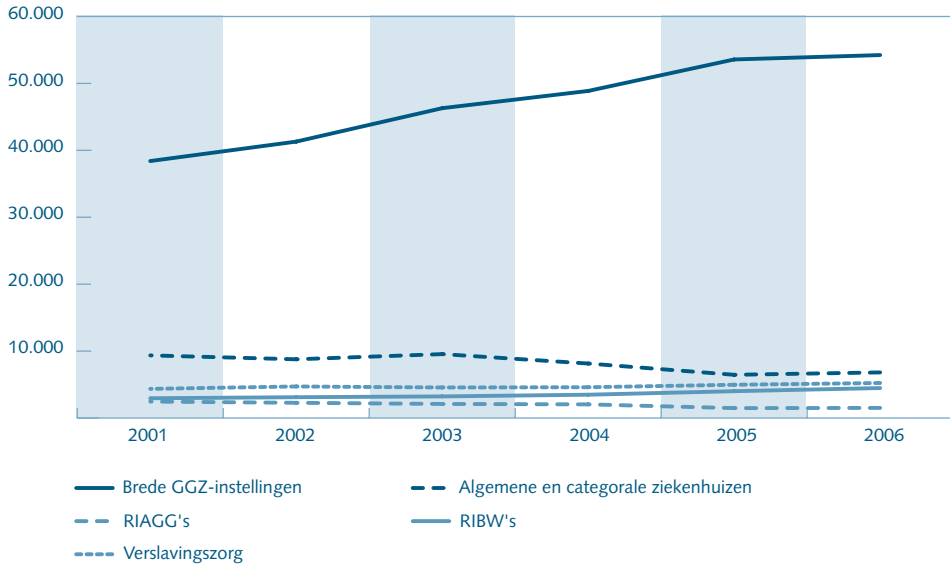
Tabel 5.3 toont het aantal werknemers per type GGZ-instelling in de periode 2001-2006. In Grafiek 5.3 wordt dit gevisualiseerd. Het is niet mogelijk de tabel van actuele cijfers te voorzien. De gegevens worden niet meer gepubliceerd door GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal GGZ-werknemers is in de periode 2001-2006 met ruim 25 procent toegenomen.
- Het merendeel van het personeel werkt in een brede GGZ-instelling. Dit aantal is sinds 2001 met ruim 40 procent toegenomen. Deze ontwikkeling hangt samen met de fusiegolf in de GGZ die eind jaren negentig haar hoogtepunt bereikte. Een steeds groter deel van deze arbeidsplaatsen is ondergebracht in brede GGZ-instellingen.
- Het aantal mensen dat werkzaam is bij RIBW's neemt in de periode 2001-2006 geleidelijk toe.
- De gemiddelde deeltijdfactor (het aantal FTE's per werknemer) van de arbeidscontracten is de afgelopen jaren redelijk constant gebleven (rond de 0.75).⁶

⁶ De deeltijdfactor is de verhouding tussen het aantal fte's in de GGZ (zie Tabel 5.1) en het aantal GGZ-medewerkers (zie Tabel 5.3) en geeft de gemiddelde aanstellingsomvang per medewerker aan.

Grafiek 5.3 Aantal GGZ-werknemers, per type instelling, 2001-2006



Bron: GGZ Nederland

Tabel 5.4 Aantal fte's in de GGZ per type functie, 2001-2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	%-groei
Medisch personeel	5.366	5.553	5.943	6.642	6.277	6.568	6.975	7.400	37,9
Behandelend en begeleidend personeel	7.301	7.527	8.584	9.360	9.054	9.244	10.325	10.525	44,2
Verplegend personeel	18.209	19.184	19.879	19.527	21.316	21.554	20.875	22.025	21,0
Overig behandelend personeel	2.382	2.341	2.422	2.638	4.077	4.371	4.575	4.650	95,2
Hotelpersoneel	3.989	3.993	4.466	4.104	3.788	3.794	3.950	4.357	9,7
<i>Subtotaal behandelend personeel</i>	<i>37.216</i>	<i>38.598</i>	<i>41.294</i>	<i>42.271</i>	<i>44.512</i>	<i>45.532</i>	<i>46.700</i>	<i>48.975</i>	<i>31,6</i>
Algemeen en administratief personeel	6.773	7.297	8.046	8.729	9.360	10.307	11.825	11.600	71,3
Totaal	43.989	45.895	49.340	51.000	53.872	55.838	58.525	60.575	37,7

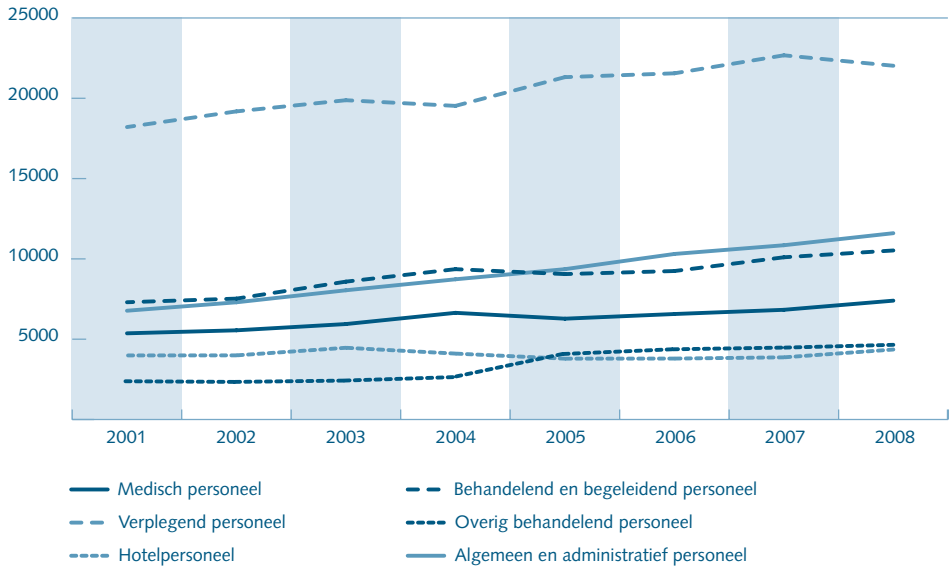
Bron: GGZ Nederland

In Tabel 5.4 wordt het aantal fte's in de GGZ uitgesplitst naar functie. In Grafiek 5.4 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van het personeel in de GGZ heeft een verplegende of behandelende functie.
- Het aantal fte's is in de periode 2001-2008 bij alle functies toegenomen. De sterkste groei is zichtbaar bij het behandelend en begeleidend personeel, het overig behandelend personeel en het algemeen en administratief personeel. De minst sterke groei is zichtbaar bij het hotelpersoneel.

Grafiek 5.4 Aantal fte's in de GGZ per type functie, 2001-2008



Bron: GGZ Nederland

Tabel 5.5 Ziekteverzuim in de GGZ en de zorgsector, 1999-2008 (in procenten)

Ziekteverzuim	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Algemene ziekenhuizen (excl. zwang.)	6,2	6,6	6,3	5,6	5,1	4,8	4,7	4,4	4,3	
Algemene ziekenhuizen (incl. zwang.)	7,5	8	7,7	6,9	6,3	6,1	6	5,7	5,6	
Gehandicaptenzorg (excl. zwang.)	8,1	8,7	8,1	7,3	6,5	6	5,7	5,3	5,4	
Gehandicaptenzorg (incl. zwang.)	9,4	10,1	9,5	8,6	7,9	7,5	7	6,8	6,9	
Verpleeg- en verzorgingshuizen (excl. zwang.)	8,4	8,8	8,3	7,4	6,5	6,1	5,8	5,4	5,4	
Verpleeg- en verzorgingshuizen (incl. zwang.)	10	10,3	9,8	8,8	7,8	7,4	7	6,7	6,6	
Thuiszorg (excl. zwang.)	9,4	10,2	10,1	8,5	7,6	7,1	6,5	6	6,3	
Thuiszorg (incl. zwang.)	10,6	11,3	11,5	9,8	8,9	8,5	7,8	7,2	7,5	
GGZ-instellingen (excl. zwang.)	7,1	7,4	6,9	5,9	5,3	5,1	5	4,6	4,7	4,7
GGZ-instellingen (incl. zwang.)	8	8,4	7,9	6,7	6,2	6	5,9	5,7	5,8	5,9
Totaal excl. zwangerschapsverlof	7,5	8	7,7	6,8	6,1	5,7	5,4	5	5,1	5
Totaal incl. zwangerschapsverlof	8,8	9,3	9,1	8,1	7,3	7	6,6	6,3	6,3	6,3

* Alleen de cijfers over de GGZ en de totale gezondheidszorg zijn beschikbaar voor 2008.

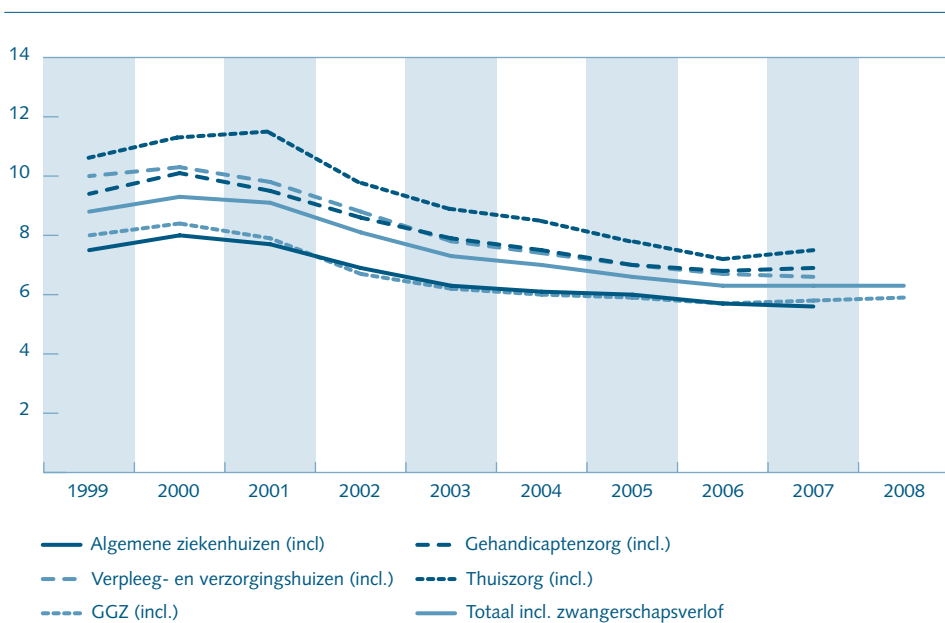
Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

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 1999 en 2008 over de gehele linie afgenomen of gestabiliseerd.
- Het ziekteverzuim in de GGZ is in 2007 relatief laag in vergelijking met andere zorgsectoren.
- Het ziekteverzuim (exclusief de vrouwen met zwangerschapsverlof) in de zorg (5 procent) en de GGZ (4,7 procent) is in 2008 iets hoger dan het landelijk gemiddelde (4,3 procent) (niet in de tabel).

Grafiek 5.5 Ziekteverzuim GGZ en zorgsector, 1999-2008 (in procenten, incl. zwangerschapsverlof)



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

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

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

Bron: NVvP

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

De belangrijkste bevindingen:

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

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

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

Bron: NVVP

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

De belangrijkste bevindingen:

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

Geraadpleegde bronnen


- College voor zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2007). *GIPdatabank. Gebruik van psychofarmaca*. www.cvz.nl
- College voor zorgverzekeringen. (2008). *Zorgcijfers. Kwartaalbericht 2008. Financiële ontwikkelingen in de Zvw en de AWBZ. 1e kwartaal 2008. Met meerjarige trendcijfers 2002-2007*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2007). *Jaarbericht 2006*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2008). *TBS in getal 2008*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *TBS in getal 2010*. Den Haag: DJI.
- 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 (2010). *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.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kamerbrief 'Voortgangsrapportage maatschappelijke opvang 2008'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I. & Sytema, S. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pijl, Y.J. (2007). *Kerncijfers ggz voor drie psychiatrische casusregisters*. (Unpub).
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J. & Slobbe, L.C.J. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's – 8*. Bilthoven: RIVM/CBS.
- Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W.J. & Polder, J.J. (2006). *Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's 1*. Bilthoven: RIVM.
- Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010) *Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en*

- werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52: 205-217.
- Van der Lucht, F & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verheij, R.A., Van Dijk, C.E., Abrahamse, H., Davids, R., Van den Hoogen, H., Braspenning, J. & Van Althuis, T. (2009). *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 37: 841-850.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007). *European health for all database (HFA-DB)*. <http://data.euro.who.int/hfadb>

Afkortingen

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

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



In dit handzame en informatieve naslagwerk zijn de belangrijkste cijfers over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. Voor een ieder die snel inzicht in deze cijfers wil hebben, voorziet dit boekje ongetwijfeld in een grote behoefte. De gegevens zijn verzameld in 2010 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