



## Wordt Nederland steeds zieker?

### Kengetallen en achtergrondanalyses

Giel Hutschemaekers 

Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 55 (2000), p. 314-335

#### Inhoud

- [Kengetallen](#)
- [Betrekkelijk rekkelijk](#)
- [De kracht van de cijfers](#)
- [Ten slotte](#)
- [Literatuur](#)

*In het najaar van 1999 installeerde minister Borst van Volksgezondheid Welzijn en Sport de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid met als taakopdracht mogelijke oorzaken van de sterk groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg op te sporen, na te gaan of Nederland steeds zieker wordt en te komen met beleidsaanbevelingen. Al snel stootte deze commissie op de wirwar aan cijfers over zorgconsumptie en geestelijke gezondheid. Ik kreeg het verzoek om de cijfers bijeen te brengen en na te gaan tot welke conclusies ze moesten leiden. Het resultaat van die speurtocht heb ik, op suggestie de Commissie, vervolgens aangeboden aan het MGv. De Commissie stelt reacties van lezers zeer op prijs.*

Volgens [De Goei \(1997\)](#) is de discussie over geestelijke volksgezondheid onlosmakelijk verbonden met een grote bezorgdheid over de toenemende geestelijke ongezondheid van de bevolking (vgl. [Gastelaars e.a. 1991](#); [Schnabel e.a., 1992](#); [Hutschemaekers e.a. 1997a](#)). Deze bezorgdheid wordt ingegeven door cijfers over zorgconsumptie. Algemeen is de indruk dat steeds meer Nederlanders gebruik maken van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Vooral het aantal aanmeldingen voor de Riagg zou dramatisch zijn gestegen, hetgeen onder andere zou blijken uit de groeiende wachtlijsten ([Van Straten e.a., 1999](#)). Ook de cijfers van ziekteverzuim en WAO-afkeuringen vanwege psychische stoornissen suggereren een sterke stijging ([nrc Handelsblad, 28 januari 1999](#)). Nogal eens wordt op basis van die cijfers geconcludeerd dat Nederland steeds zieker wordt (vgl. [Hutschemaekers, 1999](#)). Het is echter de vraag of die conclusie wel mogelijk is.

In deze bijdrage wil ik enkele kengetallen over zorgconsumptie en geestelijke gezondheid op een rij zetten. Achtereenvolgens passeren de actueelste cijfers van de specialistische tweedelijns-GGZ, de eerstelijns-AGZ en de open bevolking de revue. In de overzichten voeg ik daar de cijfers uit 1980 en 1988 aan toe zodat wij de jaren tachtig kunnen vergelijken met de jaren negentig. Daarna bespreek ik een aantal interpretaties van deze cijfers. Ik zal betogen dat de cijfers voor meerdere uitleg vatbaar zijn en dus niet tot de conclusie leiden van toenemende ongezondheid. Ten slotte wil ik laten zien dat dezelfde cijfers te gebruiken zijn om een aantal historische trends zichtbaar te maken.

#### Kengetallen

In de internationale literatuur wordt de relatie tussen zorgconsumptie en gezondheid meestal benaderd aan de hand van het model van [Goldberg en Huxley \(1980; 1992\)](#). Dit model maakt een scherp onderscheid tussen de aanwezigheid van een psychische stoornis en het zoeken of krijgen van professionele hulp. Daartoe maken de auteurs onderscheid in 'niveaus van zorg', of 'filters'. Het eerste niveau, dat van de bevolking, betreft het voor-komen van stoornissen en het herkennen daarvan. Het tweede niveau is dat van de algemene gezondheidszorg (huisarts, maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog), terwijl het derde niveau de gespecialiseerde GGZ betreft. In grote lijnen komt dat overeen met het in ons land vaak gemaakte onderscheid tussen de nulde, de eerste en de tweede lijn. Omdat de gesignaleerde verontrusting gebaseerd is op het toenemend zorggebruik in de tweede lijn, zal ik deze als eerste beschrijven. Daarna vervolg ik het overzicht met schattingen van cijfers uit de eerste lijn. Tenslotte zet ik de cijfers van het aantal mensen met een psychische stoornis in de bevolking op een rij.

#### Tweedelijns-GGZ

Tabel 1 geeft de aanmeldings- en opnamecijfers van GGZ-instellingen. We maken onderscheid tussen de extramurale voorzieningen (Riagg, poliklinieken en vrijgevestigden) en de semi- en intramurale voorzieningen (deeltijd- en klinische voorzieningen). De cijfers betreffen het aantal aanmeldingen en opnamen per duizend inwoners per jaar, dit is de jaarincidentie (vgl. [Hutschemaekers e.a. 1997b](#); [Jacobs & Bijl, 1992](#); [Ten Have e.a. 1998](#); Poster GGZ 2000). De meest rechtse kolom geeft het indexcijfer waarbij het cijfer van 1980 gelijk is gesteld aan honderd.

In 1980 werden 22.250 opnamen gerealiseerd in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ); 1,57 per duizend inwoners. Bijna twintig jaar later was dit aantal gestegen tot 41.440; 2,8 per duizend Nederlanders. In twee decennia tijd

een stijging van 175%. De overige intramurale instellingen verging het niet anders. Het aantal opnamen in categorale psychiatrische ziekenhuizen (kinder- en jeugdklinieken, verslavingsklinieken en forensischpsychiatrische klinieken) steeg het sterkst, met 233%, terwijl de psychogeriatricie een stijging van 216% te zien gaf. Alleen in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen was sprake van een lichte afname. De toename gold ook voor het aantal aanmeldingen bij deeltijdvoorzieningen (beschermende woonvormen, deeltijdbehandelingen en medisch kinderdagverblijven). Dit steeg in de genoemde periode van 0,3 tot 1,8 per duizend inwoners, een verzesvoudiging maar liefst.

**Tabel 1** Opnamen en aanmeldingen tweedelijns GGZ 1980, 1988, 1997 (aantallen per duizend Nederlanders)

	1980	1988	1997	Index 1997 (1980=100)
APZ	1,6	1,9	2,8	175
CPZ	0,3	0,6	0,7	233
PAAZ	1,4	1,1	1,3	093
PGV	0,6	0,8	1,3	216
Deeltijd	0,3	0,9	1,8	600
<b>intra/semimuraal</b>	<b>4,2</b>	<b>5,3</b>	<b>7,9</b>	<b>188</b>
Riagg	7,0	13,9	16,4	234
CAD	0,7	1,3	1,9	274
Poli PZ	1,7	2,2	5,7	335
Poli Paaz	2,8	3,1	2,5	089
EPPR	1,4	1,5	2,5	177
EPPT	0,1	0,5	1,5	1465
<b>extramuraal</b>	<b>13,7</b>	<b>22,5</b>	<b>30,5</b>	<b>223</b>
<b>jaarincidentie</b>	<b>17,9</b>	<b>27,8</b>	<b>38,4</b>	<b>215</b>
<b>jaarprevalentie</b>	<b>26,6</b>	<b>48,4</b>	<b>69,2</b>	<b>260</b>
Personen max.	22,6	38,3	50,3	239
Personen min.	20,8	31,6	40,3	200
N inschrijvingen	257.586	369.848	572.520	222
N aanwezigen 1/1	125.500	290.670	458.730	365
N totaal	383.086	660.518	1.031.250	270

APZ: algemeen psychiatrisch ziekenhuis CAD: consultatiebureau alcohol en drugs  
 CPZ: categoriaal psychiatrisch ziekenhuis Poli PZ: polikliniek alg. (A en C) PZ  
 Paaz: psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis Poli Paaz: polikliniek Paaz  
 PGV: psychogeriatric verpleeghuis EPPR: eigen praktijk psychiater  
 Deeltijd: beschermende woonvorm en dagbehandeling EPPT: eigenpraktijk psychotherapeut  
 Riagg: Regionale Instelling Ambulante GGZ.

De stijging van het aantal aanmeldingen in de ambulante GGZ was nog forser. Overal (behalve in de poliklinieken van de algemene ziekenhuizen) namen de aanmeldingen sterk toe, in de meeste gevallen meer dan een verdubbeling. Percentueel was de stijging het grootst in de eigen praktijk van psychotherapeuten, van 0,1 in 1980 tot 1,5 per duizend Nederlanders in 1997. Het ging daar echter maar om kleine aantallen: van 360 tot 21.900 aanmeldingen. In absolute getallen was de stijging in de Riagg het grootst: van 100.000 tot 244.000 aanmeldingen per jaar, oftewel van 7,0 tot 16,4 aanmeldingen per duizend inwoners.

Bij deze inschrijvingen moet het aantal aanwezigen per 1 januari van dat jaar worden geteld. In technische termen spreekt men dan van de jaarprevalentie (nieuwe inschrijvingen + aanwezigen per 1 januari). Schattingen van deze aantallen zijn weergegeven in de onderste rijen van tabel 1. Op 1 januari 1980 waren 125.000 patiënten in zorg, in 1997 was hun aantal opgelopen tot 458.000. Het totaal aantal inschrijvingen en aanmeldingen in 1980 bedroeg maar liefst 383.000. In 1989 was dat aantal gestegen tot ruim 660.000, terwijl de cijfers van 1997 uitkwamen boven de een miljoen. In 1980 ging het nog om 26,6 per duizend inwoners, in 1997 was dat gestegen tot 69,2.

Een belangrijke tekortkoming van dit overzicht is dat het voornamelijk registratiecijfers van aanmeldingen per jaar betreft; het toont niet het feitelijk aantal personen. Uit de door de APZ'en verstrekte cijfers blijkt dat een steeds groter deel van de opnamen voor rekening komt van dezelfde patiënten. In 1980 was er sprake van ruim 5.000, in 1997 van 12.000 heropnamen. Cijfers uit de casusregisters laten zien dat het aantal dubbelstellingen (als gevolg van meerdere opnamen in de intramurale en semimurale zorg) hier en daar zelfs is gestegen tot boven de 50% (vgl. Kooi e.a., 2000). Vergelijkbare ontwikkelingen zien we in de ambulante zorg. Van de Riaggs weten we dat het aantal aanmeldingen per jaar is gestegen als gevolg van meer kortdurende interventies, waardoor dezelfde patiënt meerdere keren per jaar kan worden ingeschreven. Ook heeft een andere rekensystematiek (snellere uitschrijving en dus snellere heraanmelding)

geleid tot een forse verhoging van cijfers zonder dat dit direct verband houdt met het aantal cliënten die de Riagg bezoeken (Jacobs & Bijl, 1992) en voorts de onderlinge dubbeltellingen. Als gevolg van circuitvorming en functionele samenwerking tussen instellingen worden patiënten steeds vaker transmuraal behandeld: zij krijgen zowel ambulante, deeltijd- als klinische zorg. Gevolg is een sterke stijging van het aantal aanmeldingen, zonder dat het om meer mensen gaat. Ook vindt steeds vaker onderlinge verwijzing plaats of melden patiënten zich bij een instelling aan uit onvrede over een andere. Cijfers van de vrijgevestigde psychiaters maken duidelijk dat maar liefst 40% van de nieuw aangemelde patiënten afkomstig is uit een andere GGZ-instelling (vgl. Brunenberg e.a., 1998).

Het totaal aantal dubbeltellingen kan slechts bij benadering worden vastgesteld. Zeker is dat het in de loop der jaren fors is gestegen. Eerdere overzichten van het Trimbos-instituut gingen uit van een relatief laag percentage, namelijk van 25% dubbeltellingen. Dit percentage gebruiken wij hier als indicatie voor het minimum aantal dubbeltellingen en dus het maximum aantal (nieuwe) patiënten. Volgens cijfers van de casusregisters te Drenthe, Rotterdam en Maastricht is er sprake van een veel hoger getal voor herregistraties. In MGv 2000-3 suggereren Kooi en zijn collega's zelfs dat de toename in aanmeldingscijfers voor de GGZ bijna volledig voor rekening komt van het aantal dubbeltellingen (Kooi e.a., 2000). Hoewel deze cijfers niet representatief zijn voor de gehele Nederlandse GGZ (omdat bijvoorbeeld de vrijgevestigden ontbreken) geven zij wel aanleiding om het percentage dubbeltellingen veel hoger in te schatten, namelijk op 40%. Deze schatting gebruik ik hier als indicatie voor het minimum aantal nieuwe patiënten.

In de maximumvariant is het aantal Nederlanders dat gebruik maakt van GGZ-voorzieningen de afgelopen twintig jaar toegenomen van 325.000 tot 750.000 (vijftig per duizend Nederlanders). In de minimumvariant is de groei in de afgelopen jaren tot stilstand gebracht, de stijging sinds 1980 is echter nog altijd aanzienlijk: van driehonderdduizend tot zeshonderdduizend (veertig per duizend Nederlanders). In beide varianten is sprake van een toenemend gebruik van de specialistische tweedelijnszorg; afhankelijk van de ramingsparameters is de groei meer of minder spectaculair.

Door twee perioden te onderscheiden (1980-1988, de jaren tachtig) en (1989-1997, de jaren negentig), kunnen we iets zeggen over het tempo van de groei. De grootste procentuele groei heeft zich voorgedaan in de jaren tachtig (55%), tegenover 38% groei in de jaren negentig. Dat geldt zeker ook voor het aantal patiënten per 1 januari. Ook dit is in de eerste periode veel forser gegroeid. (resp. 23 en 16% groei). Deze verschillen suggereren dat het aantal patiënten in de jaren tachtig veel forser is gestegen dan in de jaren negentig. Waarschijnlijk is vooral de Riagg-vorming daar debet aan geweest. Vervolgens brengt de vergelijking tussen beide perioden interessante verschillen aan het licht tussen intra- en extramuraal zorg. De extramuraal aanmeldingen zijn vooral in de jaren tachtig sterk gestegen (64% groei in de jaren negentig en 36% groei in de jaren tachtig), de intra- en semimurale opnamen (en aanmeldingen) daarentegen zijn forser toegenomen in de jaren negentig (resp. 126 en 149%). Deze laatste, enigszins onverwachte trend is overigens eenvoudig te verklaren door het gewijzigde opnamebeleid: in plaats van een wat langere opname wordt steeds vaker gekozen voor meerdere kortdurende opnamen.

## Eerstelijnszorg

Tot de algemene eerstelijnszorg voor mensen met psychische en psychosociale problemen rekent men meestal de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. De grootste groei in de eerste lijn is ongetwijfeld aanwijsbaar bij de eerstelijnspsycholoog (zie tabel 2). In 1980 was hun aantal nog zeer klein en het aantal aanmeldingen te verwaarlozen. Pas na 1985 zette de groei door. In 1988 bedroeg het aantal aanmeldingen ruim een per duizend inwoners, negen jaar later was dit aantal gestegen tot boven de twee. Daarmee is het marktaandeel van de eerstelijnspsycholoog groter dan dat van de vrijgevestigde psychotherapeut en komt het in de buurt van de vrijgevestigd psychiater.

**Tabel 2** Aanmeldingen psychosociale problematiek in de eerste lijn 1980-1997 (cijfers per duizend inwoners)

	1980	1988	1997	Index 1997 (1980=100)
Eerstelijnspsychiatrie	0,1	1,1	2,1	2100
AMW	4,4	7,5	7,9	180
huisarts	150	110	110/140	074
<b>totaal</b>	<b>154,5</b>	<b>118,6</b>	<b>120/150</b>	<b>083/099</b>

Het aantal aanmeldingen met psychosociale problematiek bij het algemeen maatschappelijk werk is de afgelopen twee decennia eveneens fors gestegen. Het algemeen maatschappelijk werk kan het beste vergeleken worden met de totaalcijfers van de poliklinieken psychiatrie. In 1980 en in 1998 was het aantal aanmeldingen vergelijkbaar; alleen in 1988 zijn er veel meer aanmeldingen bij het AMW. Die vergelijking maakt duidelijk dat het aantal 'psychosociale' aanmeldingen bij het AMW vooral in de jaren tachtig fors is gegroeid en daarna nog maar nauwelijks.

De huisarts is verreweg de belangrijkste zorgaanbieder in de eerste lijn. Met hem of haar heeft 75% van de bevolking minstens één contact per jaar. Dit percentage is al jaren constant (vgl. De Rijk e.a., 1999). Dat geldt echter niet voor patiënten met een 'psychische' diagnose. Volgens Verhaak e.a. (in druk) is hun aantal fors afgenomen: van 150 terug tot 110 per duizend. Dit is een daling van maar liefst 25%. Andere cijfers suggereren minder verandering, bijvoorbeeld Groningse cijfers uit 1996 met 140 psychische gevallen per duizend patiënten (Tiemens, 1999).

Van deze cijfers zijn twee interpretaties mogelijk. Volgens de ene is hier sprake van min of meer toevallige fluctuaties en is het algemene beeld in de eerste lijn er toch vooral een van constantie. Ter verklaring van de verschillen wijst men onder andere op het gebruik van andere classificatiesystemen. De andere interpretatie focust vooral op de afname aan 'psychische' diagnoses bij de huisarts: deze zou steeds minder geneigd zijn bij de klachten van zijn patiënten te denken aan een psychische stoornis. Bovendien zou hij, zodra hij een psychische stoornis vermoedt of constateert steeds vaker verwijzen naar de GGZ. Hoewel exacte cijfers ontbreken, zijn er inderdaad aanwijzingen dat het percentage verwijzingen door de huisarts naar de GGZ in de afgelopen decennia is gestegen. Zo is het aantal aanmeldingen bij de Riagg via de huisarts tussen 1980 en 1997 toegenomen van 34,2 naar ruim 46%. Volgens deze interpretatie kan de stijging in de

tweede lijn wel eens het gevolg zijn van een veranderde verwijfsstrategie van de huisarts.

## De bevolking

Er bestaan geen cijfers over toe- of afname van psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Wel kunnen cijfers van de drie toonaangevende Nederlandse onderzoeken op dit terrein naast elkaar worden gezet zodat historische ontwikkelingen zichtbaar worden; het betreft het Regioproject Nijmegen ([Hodiamont, 1986](#)), de Filterstudie uitgevoerd te Amsterdam ([Van Limbeek e.a., 1994](#)), en tenslotte NEMESIS, uitgevoerd door het Trimbos-instituut te Utrecht ([Bijl e.a., 1998](#)). Het probleem hierbij is echter dat deze studies niet volledig vergelijkbaar zijn, waardoor een aantal interpretatieproblemen ontstaat. Tabel 3 geeft de cijfers.

**Tabel 3 Schattingen jaarprevalentie psychische stoornissen Nederland (cijfers per duizend inwoners)**

	Regioproject 1977	Filterstudie 1991	Nemesis 1997	RGO (1999)
Schizofrenie+psychosen	7	0	2	
affectieve stoornissen	55	73	85	
neurosen	20	171	125	
middelen	50*	70	77	
psychosociale probl.	125*			
<b>totaal</b>	<b>250*</b>	<b>265</b>	<b>235/2501</b>	<b>295</b>

*Regioproject–Hodiamont, 1977 + toevoegingen andere studies (vgl. Verhaak e.a. 1993). Filterstudie–Van Limbeek, 1994; Nemesis, Bijl e.a. 1997b. rgo, 1999*

*1 Het cijfer van 235 per duizend Nederlanders verwijst naar het voorkomen van AS-I stoornissen. Het cijfer van 250 is gecorrigeerd voor in de studie ontbrekende groepen (bijv. patiënten in psychiatrisch ziekenhuis), ontbrekende (niet gemeten) stoornissen (o.a. persoonlijkheidsstoornissen) en ontbrekende leeftijdscategorieën (kinderen en ouderen).*

Omdat de gehanteerde diagnostische categorieën per studie variëren zijn in de tabel alle cijfers vertaald naar de wat verouderde diagnostische categorieën uit de studie van Hodiamont. De categorie affectieve stoornissen is nog het best vergelijkbaar. In de loop van de jaren lijkt de jaarprevalentie (aantal gevallen per jaar per duizend inwoners) van beide groepen stoornissen toegenomen van 50 tot 80 per duizend. Die toename kan iets zeggen over het voorkomen van depressie in de bevolking, maar ze kan even goed het gevolg zijn van andere definities. Vermoedelijk is ook de categorie 'middelen (verslaving)' vrij goed te vergelijken. Opnieuw constateren we een toename, al is die minder groot dan bij de depressie. Bij de overige diagnostische categorieën is vergelijking tussen de drie studies veel problematischer. Dat geldt voor de categorie 'neurosen' waarvan de cijfers wel een erg forse stijging suggereren. Helemaal moeilijk vergelijkbaar is de categorie 'psychosen'; de hier gevonden verschillen hangen ongetwijfeld samen met een andere opzet van de beschreven studies.

Het sprekendst is de vergelijking van de totaalcijfers. Bovendien kunnen wij deze cijfers plaatsen naast een recent door de Raad voor het Gezondheidszorg Onderzoek (RGO) gemaakte schatting van de geestelijke gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Op basis van een veelheid van onderzoeksuitkomsten schat de Raad de jaarprevalentie op maar liefst 295 per duizend inwoners. Ten opzichte van het totaalcijfer van Hodiamont uit 1977 is dat een forse stijging (20%). De cijfers van de filterstudie sluiten direct aan bij deze trend van toename. De cijfers van de meest omvangrijke en meest recente Nederlandse Nemesisstudie tenderen echter in een andere richting: in plaats van een forse stijging suggereren deze cijfers eerder een constante lijn: een kwart van de Nederlandse bevolking heeft op jaarbasis een detecteerbare psychische stoornis. Dit percentage van 25% is vergelijkbaar met de cijfers van de meeste landen om ons heen. Opnieuw constateren we een gebrek aan eenduidige cijfers.

## Betrekkelijk rekkelijk

Waarom leiden al deze cijfers? In ieder geval niet tot eenduidige conclusies over kwantitatieve ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de geestelijke volksgezondheid van de Nederlandse bevolking. In deze paragraaf zullen we laten zien dat de cijfers zowel bruikbaar zijn ter ondersteuning van de stelling dat Nederland zieker is geworden als van de stelling dat er helemaal niets veranderd is. Die interpretatievrijheid is niet alleen een gevolg van tegenstrijdig cijfermateriaal maar hangt ook veel fundamenteeler samen met de rekkelijkheid van getallen in de sector.

## Vier scenario's

Noch de cijfers over zorgconsumptie in de tweedelijns–GGZ en de eerstelijns–AGZ noch de bevolkingscijfers leiden tot eenduidige conclusies. Bij elk lijkt er sprake van minimaal twee varianten: een minimaliserende en een maximaliserende interpretatie. In totaal leidt dat tot acht combinaties (2\*2\*2). De vier helderste en markantste combinaties heb ik in de vorm van scenario's weergegeven in tabel 4.

**Tabel 4 Vier scenario's van psychische morbiditeit in Nederland in de bevolking, eerste en tweede lijn (cijfers per duizend inwoners)**

	Substitutie	Emancipatie	Groei	Rampen
bevolking	250 (0)	250 (0)	295 (+)	295(+)

eerste lijn	110 (-)	150 (0)	150 (0)	110 (-)
GGZ	40 (+)	50 (++)	50 (++)	40 (+)

(-) = afname sinds 1980  
 (0) = vrijwel gelijk gebleven sinds 1980  
 (+) = toename sinds 1980  
 (++) = zeer sterke toename sinds 1980 (verdubbeling of meer)

In het eerste scenario gaan we uit van een gelijkblijvend aantal personen met psychische stoornissen (25% van de bevolking), evenals een gelijkblijvende zorgconsumptie in eerste en tweede lijn gezamenlijk. De enige noemenswaardige verandering is een toename van zorg in de tweede lijn en een afname aan zorg door de huisarts in de eerste lijn. Er heeft met andere woorden een verplaatsing van zorg plaatsgevonden: steeds minder generalistische en steeds vaker specialistische GGZ. Vandaar de naam *substitutie-scenario*.

Ook scenario 2 gaat uit van een gelijkblijvend aantal psychisch zieken per duizend inwoners. In afwijking van het vorige scenario veronderstelt het echter dat het aantal in de eerste lijn behandelde mensen amper is veranderd, terwijl het aantal patiënten in de tweede lijn niet een beetje, maar sterk is toegenomen. Van dit scenario ging voormalig Staatssecretaris Simons uit in zijn GGZ-beleidsnota *Onder Anderen* (1993), waar hij sprak van een inhaal-effect: de GGZ zou bezig zijn met een inhaalslag ten opzichte van de algemene gezondheidszorg, waar de groei al veel eerder had plaatsgevonden. De verklaring voor deze groei wordt gezocht in de emancipatie van mensen met psychische klachten die steeds meer durven uit te komen voor hun problemen en daardoor ook gemakkelijker vragen om professionele zorg. We spreken dan ook van een *emancipatiescenario*.

Volgens scenario 3, het *groeiszenario*, moeten wij uitgaan van groei, groei en nog eens groei. Het aantal mensen met een psychische stoornis is de afgelopen decennia fors gestegen. Ook is de zorg in de eerste lijn enigszins toegenomen, vooral bij eerstelijnspsychologen, het algemeen maatschappelijk werk, evenals bij arbodiensten en vrijgevestigde arbeidshulpverlening. Ten slotte heeft zich ook een forse groei voorgedaan in de specialistische tweedelijns-GGZ. Hulpverleningsinstanties hebben zich tot het uiterste ingespannen om de groei aan patiënten met psychische problemen op te vangen.

Ten slotte het vierde scenario. Dit gaat uit van een sterke groei aan psychische stoornissen in de bevolking. Tegenover die groei staat echter een afname aan professionele zorg in de eerste lijn en nauwelijks groei in de tweede lijn. De suggestie van toename die spreekt uit het toenemend aantal inschrijvingen in de tweede lijn moet volgens dit scenario vooral worden begrepen als gevolg van rondpompeffecten: dezelfde patiënten worden gezien door steeds meer hulpverleners. Het resultaat is dat er minder nieuwe patiënten met psychische problemen in eerste en tweede lijn worden behandeld. Tegenover toename aan problematiek staat afname van zorg, vandaar de naam *rampenszenario*. Over de oorzaken van deze ontwikkeling wordt volop gespeculeerd. Sommigen zien een spiraaleffect dat optreedt omdat de zorg geen gelijke tred houdt met het groeiend aantal mensen met psychische problemen. Anderen wijzen op een toename van zorg (denk aan private arbeidsgebonden voorzieningen) maar vooral aan alternatieve, new-age hulpverleners. Volgens de meest recente berekeningen zijn dezen minstens zo veel patiënten als de totale Riagg-volwassenenzorg ([Van Reenen e.a., 1997](#)).

Aan de hand van vier scenario's heb ik laten zien dat combinaties van cijfers leiden tot vrij duidelijke patronen waarin eenieder zijn gelijk kan halen: cultuurpessimisten kiezen waarschijnlijk voor scenario 4, terwijl cultuuroptimisten waarschijnlijk zullen opteren voor scenario 1 of 2. Door verschillen in uitkomsten van diverse onderzoeken, schattingsmarges en methodologische beperkingen verschaffen de gepresenteerde cijfers niet zonder meer duidelijkheid over wat er in ons land aan de hand is met de geestelijke volksgezondheid.

## Het probleem van de alternatieve hypothese

De betrouwbare van de cijfers is niet alleen het gevolg van statistisch methodologische beperkingen. Zelfs als de cijfers onderling veel minder zouden variëren zou eenieder ze kunnen interpreteren als bewijs voor zijn gelijk. Dat is een gevolg van de interpretatieruimte die de cijfers bieden. In de literatuur is dit fenomeen beschreven als het probleem van de alternatieve hypothese (vgl. [Hutschmaekers, 1990](#)). Ik zal hieronder een aantal alternatieve hypothesen uitwerken voor het interpreteren van de cijfers van zorggebruik en de psychische gezondheid van de bevolking.

Nogal eens worden aantallen patiënten gezien als graadmeter voor de gezondheidstoestand van de bevolking. Vaak spreekt dat vrijwel vanzelf. Zo zijn uitspraken over een griep-epidemie meestal gebaseerd op het aantal bij de huisartsen bekende griepgevallen. Men neemt dan aan dat het aantal consulten bij de huisarts geheel en al bepaald wordt door het voorkomen van ziekte. Op dezelfde wijze kan men ervan uitgaan dat het aantal patiënten met een psychische stoornis een graadmeter is voor de bevolking. Toename van het aantal patiënten staat dan voor meer psychische stoornissen. Er zijn echter tal van andere verklaringen mogelijk. De eerste alternatieve hypothese problematiseert de directe relatie tussen aantallen patiënten en de gezondheid van de bevolking. Het aantal patiënten dat zich meldt hangt eveneens samen met de aard van de aandoening en het soort therapie, de beschikbaarheid van zorg en de attitudes ten aanzien van die ziekte. Ten eerste de aard van de aandoening. Ik gebruik wederom het voorbeeld van het bezoek aan de huisarts wegens griep. De alternatieve verklaring luidt dat het aantal bezoeken ook wordt bepaald door het natuurlijk verloop van de griep en de beschikbaarheid van een goede therapie. De kans op een bezoek aan de huisarts neemt toe naarmate we meer last krijgen van complicaties als bronchitis. Vervolgens kunnen we veronderstellen dat een bezoek aan de huisarts mede bepaald wordt door het voorhanden zijn van een probaat medicijn. Weten we dat een huisarts niets kan doen bij een bepaald griepvirus en dat de ziekte toch vanzelf overgaat, dan wordt de kans kleiner dat we de huisarts zullen bezoeken. Hoe invaliderender de griep, hoe meer complicaties en hoe beter het medicijn des te meer gevallen bij de huisarts worden gerapporteerd.

Daarnaast mag men veronderstellen dat een bezoek aan de huisarts ook wordt bepaald door diens beschikbaarheid, bereikbaarheid en houding ten opzichte van grieppatiënten. Auteurs als [Achterhuis \(1979\)](#) suggereren een directe relatie tussen het aantal huisartsen en het aantal bezoeken. Anderzijds zullen lange wachttijden en het vermoeden dat de huisarts de griep minder serieus neemt een negatieve invloed hebben op het aantal consulten. Hoe meer huisartsen er zijn en hoe meer tijd ze hebben en nemen voor grieppatiënten, des te groter het aantal aangemelde patiënten met griep. Bij juistheid van deze hypothese is in het geheel geen sprake meer van een directe relatie tussen aantallen patiënten en

de toestand van de bevolking.

Een derde alternatieve hypothese focust op de samenhang tussen het aantal contacten met hulpverleners met de attitudes van de bevolking. De socioloog [De Swaan \(1988\)](#) heeft aannemelijk gemaakt dat hulpzoekgedrag samenhangt met de wijze waarop problemen worden benoemd. Veel van de problemen die vroeger bij het leven hoorden, worden tegenwoordig als behandelbaar en te genezen beschouwd. Dit hangt ongetwijfeld samen met betere informatie over ziekte. Het zou ook een gevolg kunnen zijn van groeiende intolerantie voor eigen ongerief, of afname aan schaamtegevoelens. Ook is het mogelijk dat de samenleving minder geneigd is ziekte te accepteren. Telkens is het effect identiek: mensen kloppen eerder aan voor hulp. En ook hier geldt weer dat meer patiënten ten onrechte meer ziekte suggereren.

Met behulp van een volgende alternatieve hypothese kunnen we de relatie tussen bezoek aan professionele hulpverleners en de gezondheid van de bevolking zelfs omkeren en een positief verband tussen beide aannemelijk maken. Het aantal bezoeken aan gezondheidszorginstellingen kan namelijk ook gezien worden als een indicatie van goede gezondheid. Zo blijkt bijvoorbeeld het aantal opnamen (per duizend inwoners) in ziekenhuizen sinds 1930 bijna perfect en positief te correleren met de gemiddelde levensverwachting van mensen ( $r = 96$ ). Een vergelijkbaar verband kunnen we aantonen tussen het aantal medisch specialisten (per duizend inwoners) en de gemiddelde levensduur van de bevolking. Ook daar vinden we een sterk positieve correlatie van .83. Op grond van deze gegevens luidt de alternatieve hypothese: hoe vaker mensen worden opgenomen, hoe meer hulpverlenende instanties er zijn en hoe vaker mensen gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen, des te beter de gezondheid. Het aantal patiënten dat wordt behandeld voor een psychische stoornis is volgens deze interpretatie recht evenredig met de geestelijke gezondheid van de bevolking. Deze hypothese kan ook op inhoudelijke gronden plausibel worden gemaakt: als hulpverlening een positief effect heeft en het welzijn van mensen bevordert, dan mogen we verwachten dat meer professionele hulp leidt tot meer gezondheid.

Bieden cijfers uit bevolkingsonderzoek meer houvast voor het bepalen van veranderingen in volksgezondheid? Het antwoord is ontkennend, want ook hier kunnen we tal van alternatieve hypothesen opperen. Zo is er een relatie tussen de definities van wetenschappers en het voorkomen van stoornissen. Hier vatten we dat samen onder de noemer van verschillen in meetinstrumentarium. Kenmerkend voor de psychiatrische diagnostiek zijn de snel wisselende inzichten over het aantal en soort stoornissen en hun onderlinge grenzen. Met deze veranderingen zijn er ook nieuwe meetinstrumenten gekomen waarbij een groot aantal diagnostische criteria is aangepast. Sommige criteria zijn verdwenen, anderen zijn toegevoegd en weer andere hebben een ander gewicht gekregen. Definities van psychische stoornissen zijn veranderd. Dat maakt analyses van historische verschuivingen zeer problematisch. Om van anorexia nervosa te kunnen spreken moest er voor 1987 sprake zijn van minimaal 30% ondergewicht, tegenwoordig is dat 25% ([Van den Heuvel, 1998](#)). Dat heeft sterke schommelingen in aard en omvang van anorexia nervosa tot gevolg ([den Heuvel & Hutschemaekers, 1991](#)). Een vergelijkbare analyse is mogelijk voor stemmingsstoornissen: de grens tussen subklinische en klinische beelden is afgelopen decennia zo veranderd dat het plausibel is dat alleen al daardoor een stijging van depressie is opgetreden ([Ormel, 1985](#)).

Ook het probleem van andere definities bij de onderzoekspopulatie (de bevolking) maakt de interpretatie van historische veranderingen problematisch. Psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek steunt namelijk op subjectieve klachten. Wil er bijvoorbeeld sprake zijn van een depressie dan moet de persoon in kwestie veranderingen in interesse en plezier rapporteren, vermoeidheid en verlies van energie ervaren, last hebben van schuld- en waardeloosheidsgevoelens of vaak aan de dood denken. De grens tussen wat wel en wat niet als verandering in interesse en plezier wordt ervaren, is vooral een kwestie van subjectieve ervaring en definitie. Psychische klachten zijn afhankelijk van de mate waarin individuen geleerd hebben zich bewust te zijn van lichamelijke en psychische sensaties. De Swaan heeft in dit verband gewezen op effecten van protoprofessionalisering: leken leren hun dagelijkse wederwaardigheden bezien in het perspectief van de professionals. Het gevolg hiervan is dat klachten in een meer psychologisch vocabulaire worden verwoord. De mate waarin psychologische klachten worden gerapporteerd hangt samen met de mate van protoprofessionalisering ([Brinkgreve e.a., 1979](#)). Het voorkomen van psychische problemen hangt ook samen met benoemingspatronen.

Deze analyse van alternatieve hypothesen leidt tot de conclusie dat cijfers over zorgconsumptie niet eenduidig samenhangen met toe- of afname van psychische stoornissen in de bevolking. Ook wordt duidelijk dat epidemiologische studies niet zonder meer bruikbaar zijn om veranderingen in aard en omvang van psychische problematiek van de bevolking vast te stellen.

## De kracht van de cijfers

Cijfers zijn op zichzelf niet hard genoeg om de vraag of Nederland steeds zieker wordt eenduidig te beantwoorden. Moet daarom de conclusie zijn dat er zoveel zaken ongewis zijn dat verder praten op basis van de cijfers geen zin heeft? Verschillende wegen bieden wellicht een uitweg uit de impasse. Zo kan men volhouden dat gebrek aan eenduidige cijfers helemaal niet zo problematisch is: of de zorg nu toeneemt of niet, het beleid kan altijd gericht zijn op extra zorg. En ongeacht het antwoord op de vraag of Nederland zieker wordt, men kan altijd preventieve maatregelen voorstellen. Het nadeel van deze optie is de volledige relativisering van het cijfermateriaal. Hier wil ik daarom een andere benadering voorstellen.

## Andere vragen, andere antwoorden

De vraag of Nederland steeds zieker wordt, leidt de aandacht af van wat de cijfers wel te zeggen hebben. Want zelfs na nuancering en relativisering van de trends blijven er heel wat feiten overeind. De cijfers over de tweedelijns-GGZ geven geen uitsluitsel over de exacte toename aan zorg. Het kan zijn dat er meer mensen gebruik van maken, het kan ook zijn dat rondpompfenomeen en dubbeltellingen in sterke mate verantwoordelijk zijn voor de stijging. Maar we weten een aantal zaken wél zeker: in ieder geval is het aantal patiënten in de GGZ niet afgenomen. Sterker nog, zelfs na correctie voor de groei van de bevolking weten we zeker dat meer mensen gebruik maken van de GGZ. Daar kan een tweede zekerheid aan toe worden gevoegd: toename aan zorg kan, maar hoeft niets te zeggen over afname van geestelijke volksgezondheid. Zoals we hierboven hebben gezien kan toename aan zorg theoretisch zelfs een bewijs zijn van een betere volksgezondheid.

De cijfers van de eerstelijnszorg hebben geen uitsluitsel gegeven over de rol van de huisarts bij de zorg voor mensen met een psychische stoornis. We vermoeden dat de huisarts terughoudender is geworden ten aanzien van mensen met psychische problemen. Vanuit een ander perspectief gezien impliceert die uitspraak dat de huisarts in geen geval meer patiënten met een psychische stoornis is gaan behandelen. In combinatie met de ontwikkelingen in de tweede lijn luidt de conclusie dat huisarts en GGZ de afgelopen jaren een tegenovergestelde beweging hebben doorgemaakt. Hierbij past de vraag naar de wenselijkheid van deze ontwikkeling. Recente onderzoeksresultaten laten zien dat veel patiënten met psychische stoornissen met succes in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Er valt dus veel te zeggen voor het versterken van de eerste lijn (VWS, 1998).

Ook over de relatie tussen de bevolkings- en zorgconsumptiecijfers valt meer te constateren dan gebrek aan overeenkomsten tussen de diverse studies. Wellicht is het gebruik van zorgvoorzieningen toegenomen, maar de komende decennia zullen nog grote groepen Nederlanders verstoken blijven van professionele hulp. Kan binnen deze groep van zorgdeprivatie een aantal subgroepen worden onderscheiden? Meestal gaat de aandacht daarbij uit naar die mensen voor wie de barrière om hulp te zoeken te groot is. Dat kan zijn uit schaamte of omdat de hulp voor hen verkeerd georganiseerd is en onvoldoende toegankelijk. Men kan zich echter ook richten op de subgroep van mensen die heel goed in staat zijn om met een psychische stoornis een zinvol bestaan op te bouwen. Ten dele zal deze groep samenvallen met een groep van mensen die bewust afzien van het inroepen van professionele zorg.

De belangrijkste aanknopingspunten liggen bij de bevolkingscijfers. Zodra we de oorspronkelijke vraag – wordt Nederland ongezonder – loslaten, wordt duidelijk dat we met deze cijfers tal van andere vragen kunnen beantwoorden. Zeker, de cijfers zijn niet eenduidig over toename, maar wel zijn zij pertinent waar het de tegenovergestelde vraag betreft: Nederland wordt in ieder geval niet geestelijk gezonder. Geen van de studies wijst in die richting. Die constatering onthult een contrast tussen het geestelijke en het algemeen somatische gezondheidspeil. De geestelijke gezondheid is in ieder geval niet gestegen, de somatische gezondheid (blijkens de gemiddelde levensverwachting en dergelijke wél. Volgens [Van Dantzig \(1995\)](#) hangen deze verschillen samen met een stiefmoederlijke benadering in onze samenleving van de geestelijke gezondheid. Dit blijkt volgens hem uit het veelvuldig ontkennen van psychische problematiek, de weigering een adequaat preventie-beleid op te zetten en een gebrek aan durf om maatregelen te treffen om oorzaken van psychisch leed te elimineren of vroegtijdig op te sporen. Anderen, onder wie [Schnabel \(1995\)](#) benadrukken de meer principiële verschillen tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid: het gebrek aan toename van geestelijke gezondheid zegt in zijn ogen iets over de bijzonder complexe samenhang met maatschappelijke ontwikkelingen. Geestelijke gezondheid is zo gezegd niet alleen een medische aangelegenheid maar hangt, veel sterker dan algemene gezondheid, samen met sociologische variabelen als professionalisering en medicalisering, of marginalisering en normalisering. Wellicht ook is er een veel sterkere samenhang met impliciete stelsels van normen en waarden.

Ten tweede leidt de constatering van geen afname tot vragen over de invloed van in het verleden verrichte inspanningen tot verbetering van de geestelijke gezondheid. Want ondanks alle inspanningen en veranderingen van de laatste decennia, zoals de opkomst van de professionele GGZ, de toename van het aantal eerstelijnspsychologen en een actiever voorlichtings-beleid, is het niet gelukt om het geestelijke gezondheidspeil van de Nederlandse bevolking te verbeteren. Zelfs welvaart, volgens [Mackenbach \(1992\)](#) een van de belangrijkste voorspellers van gezondheidsverschillen, verkorting van de werkweek, meer vrije tijd, bewustere opvoedingsstrategieën, kleinere gezinnen et cetera hebben niet geleid tot een afname van psychische problematiek. We weten niet wat er zou zijn gebeurd als al deze aspecten onveranderd waren gebleven, maar wel dat ze op zichzelf onvoldoende zijn geweest om de geestelijke volksgezondheid te verbeteren. Ook verschillen in aanpak tussen de diverse westerse landen hebben niet geleid tot andere cijfers over aard en omvang van de psychische problematiek.

Ten derde kunnen we constateren dat er geen directe relatie is tussen aard en omvang van psychische problemen en de last die we ervan ondervinden. Afgaande op de publieke discussies hebben psychische stoornissen de afgelopen jaren geleid tot veel meer overlast. Dat geldt voor de verslavings-problematiek (denk aan Perron 0), voor de daklozen (Hoog Catharijne) en sinds kort ook voor seksuele delinquenten. Het begrip voor de problematiek van deze mensen en de zo hoog in het Nederlandse vaandel geschreven tolerantie, lijken geleidelijk plaats te maken voor discussies over de inbreuk die deze mensen op ons leven maken. Schnabel heeft in dat verband gewezen op de potentiële bedreiging die deze mensen vormen voor de kwaliteit van leven van de doorsnee burger. De toegenomen last geldt overigens niet alleen voor anderen. De cijfers van de ziektewet en de WAO maken duidelijk dat we ook zelfs steeds meer last krijgen van onze psychische problematiek ([nrc Handelsblad, 29-1-1999](#)).

De stijging van het aantal WAO'ers vanwege psychische stoornissen voert naar een volgende observatie: de discussie over toenemende ongezondheid betreft slechts een beperkt aantal psychische stoornissen. De discussie gaat niet over schizofrenie en ook nauwelijks over de manisch depressieve stoornis, dementie of autisme, maar over een amalgaam aan andere stoornissen: verslavingsproblematiek, depressie en burn-out. Zijn deze stoornissen tijdsgebondener dan andere? Mogelijk speelt de afstand tot gewone en alledaagse gedragingen een rol: hoe groter de afstand, dat wil zeggen hoe bizarder en vreemder het gedrag, des te geringer de variatie in de tijd. Daarnaast zijn vermoedelijk nog andere zaken in het geding: wellicht zijn bij de meer tijdgebonden stoornissen de diagnostische criteria de afgelopen decennia naar verhouding sterker opgerekt. Misschien ook is de acceptatie van onderliggende gevoelens (somberheid, onvrede, slapeloosheid, etc.) sterker afgenomen. Dat brengt ons bij het vraagstuk van de onderlinge afhankelijkheid tussen de observatie van veranderingen en veranderingen van de observator.

## Nogmaals veranderingen in geestelijke volksgezondheid

Hierboven hebben we geconstateerd dat speculaties over de afname van geestelijke gezondheid niet gelijk verdeeld zijn over de diverse psychische stoornissen. De discussie wordt vooral gevoerd over enkele grote en wijdverspreide stoornissen, te weten: depressie, verslaving en burn-out. Daarnaast wordt ook wel gespeculeerd over minder frequent voorkomende, maar zeer tot de verbeelding sprekende aandoeningen, waaronder eetstoornissen ([Van't Hof, 1994](#)) en borderline ([Derksen, 1993](#)). Wat verbindt deze stoornissen? Ten eerste de aandacht die zij in wetenschappelijke media krijgen. Binnen de transculturele psychiatrie is de depressie de meest bestudeerde stoornis, terwijl ook de eetstoornissen op een grote populariteit mogen rekenen. Als gevolg daarvan hebben zich bij deze stoornissen grote veranderingen voorgedaan in visie op etiologie en symptomatologie. Vermoedelijk zijn de meest cultuurgebonden aandoeningen daarom ook de stoornissen waarbij de diagnostische criteria het sterkst zijn veranderd. Er is bij deze stoornissen sprake van een bijzondere afhankelijkheid tussen de tijdgebondenheid van hun voorkomen en de tijdgebondenheid van de wijze waarop

zij gedefinieerd worden door wetenschappers.

Ten tweede zou er wel eens een bijzondere relatie kunnen bestaan tussen de toename van deze stoornissen en de aandacht die zij krijgen in de populaire media. Het grote publiek heeft waarschijnlijk het meeste weet van de sterk in omvang stijgende stoornissen. In tijdschriften en op de televisie lijkt het grote publiek ook voortdurend geconfronteerd te worden met nieuwe uitingen en symptomen van die stoornissen. Men kan dan ook de vraag stellen of de snelst in omvang groeiende stoornissen ook niet naar verhouding een grotere invloed hebben op onze cognitieve interpretatieschema's, in de literatuur ook wel sociale representaties genoemd (Zeegers, 1988). Misschien moeten we daarom wel een relatie veronderstellen tussen toename van stoornissen en de invloed van benoemings- en verwoordingpatronen.

Deze analyse leidt tot een vraag naar oorzaak en gevolg: wat was er het eerst, veranderingen in voorkomen van de stoornis of veranderingen in diagnostische criteria en veranderingen in benoemingspatronen? Ontstond eerst het besef van toename van stoornissen of leidden veranderende definities van die stoornis tot toe- of afname?

Achter deze onmogelijke vraag schuilt een bijzondere dynamiek: er lijkt sprake van een bijzondere samenhang tussen de observator en het geobserveerde. Naarmate stoornissen in potentie meer kunnen samenhangen met maatschappelijke factoren worden harde uitspraken daarover problematischer omdat de taal waarin ze verwoord worden en het instrumentarium waarmee ze gemeten worden zelf zo sterk samenhangen met ontwikkelingen in de samenleving. De discussie over geestelijke volksgezondheid en de vraag naar toenemende ongezondheid impliceert met andere woorden een principiële en fundamentele afhankelijkheid tussen het subject en het object van studie. Hoe gericht men studie maakt van toe- of afnemende stoornissen, des te groter de kans dat men zichzelf in de staart bijt en zijn conclusies baseert op eigen veranderingen in 'the eye of the beholder' (Van de Vijver & Hutschemaekers, 1990; Peeters, 1996).

Deze verwevenheid tussen het geobserveerde en de observator speelt op vele fronten. Hier zal ik dat laten zien aan een drietal voorbeelden. Ten eerste de onmogelijkheid om ontwikkelingen te ontrafelen in termen van oorzaak en gevolg, of zo men wil in termen van probleem en oplossing. Het betreft hier een variant op het hierboven gesignaleerde probleem van de kip en het ei. De discussie over geestelijke volksgezondheid zegt niet alleen iets over de ongezondheid van de bevolking maar evenzeer en evenveel over de wijze waarop de samenleving problemen oplost. Met het voorbeeld van de WAO-vanwege-psychische-stoornissen kan dat verduidelijkt worden. Men kan volhouden dat de sterke stijging van het aantal WAO'ers-vanwege-psychische-stoornissen een gevolg is van toenemende stress op het werk. Men kan echter ook volhouden dat deze stijging gezien moet worden als een maatschappelijke oplossing voor disfunctioneren op het werk of achterblijvende en afnemende productiviteit of zelfs voor groeiende onvrede over het eigen functioneren en de kwaliteit van leven.

Een tweede illustratie van de verknooptheid tussen subject en object is het onvermogen om een strikt onderscheid te maken tussen feit en norm. Niet alleen wordt het oordeel bepaald door het aantal psychische stoornissen, onze normen bepalen ook wat ongezondheid is en dus of psychische stoornissen al dan niet toenemen (Hutschemaekers, 1996). Ook dit kan worden geïllustreerd aan de hand van arbeidsgerelateerde psychische problemen. Dergelijke categorieën veronderstellen niet alleen subjectieve normen over het voorkomen van specifieke klachten, opvattingen en theorieën over hoe deze klachten gerelateerd zijn aan het werk en normen over hoe met deze problemen moet worden omgegaan. Juist deze normen zijn mede bepalend voor de aard en omvang van de problematiek. De omvang van de WAO-vanwege-psychische-stoornissen is niet alleen bepalend voor de norm hoe het werk moet worden aangepast, maar de normen over het werk bepalen evenzeer hoe met mensen die (tijdelijk) minder functioneren moet worden omgegaan. Het probleem is niet dat zowel het ene als het andere perspectief van toepassing is, maar dat het niet mogelijk is om een onderscheid tussen beide perspectieven aan te brengen. Eerder discussies over geestelijke volksgezondheid zijn als gevolg van deze verwevenheid telkens gestrand (zie Goei, 1997). In plaats van 'objectieve' aanbevelingen leidden deze discussies tot normatieve uitspraken over een in de ogen van de participanten (lees: gegoede burgerij) ideale samenleving.

Als derde voorbeeld noemen we de onmogelijkheid om analyse en interventie van elkaar te onderscheiden en om niet-gewenste bijeffecten te vermijden. Theoretische analyse kan directe invloed hebben op waarnemingsschema's en deze zijn op hun beurt van invloed op de grens tussen gezondheid en ziekte. Omgekeerd kunnen activiteiten gericht op de preventie of curatie van een psychische stoornis leiden tot een verandering van onze cognitieve interpretatieschema's. Zij zijn gewenst voor zover zij leiden tot nagestreefde gedragsverandering, zij zijn onverwacht en soms ook ongewenst als zij tot een andere definitie van het probleemgebied leiden. Soms zijn de bijeffecten zelfs erger dan het probleem waarvoor ze een oplossing moesten bieden. De Winter (1986) geeft van zulke ongewenste bijeffecten een voorbeeld in zijn proefschrift over vroegtijdige onderkenning van ontwikkelings-stoornissen. Als gevolg van allerlei signaleringssystemen voor kinderen 'at risk' constateert hij een toenemende onrust en onzekerheid bij de ouders van deze kinderen en daardoor een groeiende afhankelijkheid van professionele hulpverleners. De Winter sluit daarbij niet uit dat de onzekerheid van de ouders van invloed kan zijn op de problemen van hun kinderen.

Waar toe leidt deze analyse van de onmogelijkheid om het object van studie en het subject van studie van elkaar te scheiden? Zij verschaft inzicht in het stranden van eerdere discussies over geestelijke volksgezondheid. Wie de relaties in kaart wil brengen tussen psychopathologie en ontwikkelingen in de samenleving begeeft zich op glad ijs.

## Ten slotte

In deze bijdrage ging het over de vraag of wij op basis van cijfers over zorgconsumptie en over het voorkomen van psychische stoornissen in de bevolking moeten concluderen dat Nederland steeds zieker wordt. Aan de hand van het meest recente cijfermateriaal en een analyse van de achterliggende trends heb ik vervolgens geconcludeerd dat deze conclusie niet gedekt wordt door de premissen. De cijfers variëren te sterk, terwijl de interpretatie van die cijfers veel ruimte openlaat voor speculatie.

De cijfers hebben wel andere trends en patronen zichtbaar gemaakt: het aantal patiënten in de tweedelijns-GGZ is de afgelopen decennia niet afgenomen en het aandeel van de huisarts bij de behandeling van patiënten met een psychische stoornis is niet toegenomen. Daarnaast laten de cijfers zien dat zeker een derde van het totaal aantal lijdens aan een psychische stoornis geen professionele hulp krijgt. En ten derde maken de cijfers duidelijk dat psychische stoornissen verschillen in de mate dat zij tijdgebonden zijn. Ik heb op grond daarvan het vermoeden uitgesproken dat het verband tussen maatschappelijke ontwikkelingen en verschillende psychische stoornissen waarschijnlijk beïnvloed wordt door de wetenschappelijke en populaire aandacht voor de betreffende stoornis.

## Uitnodiging

Wat betekenen deze conclusies voor het debat over de geestelijke volksgezondheid in Nederland? De Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid wil de lezers van het MGv graag uitnodigen tot een debat hierover. Wat mij betreft zouden daarin in ieder geval drie vragen centraal moeten staan. De eerste vraag heeft betrekking op de voortdurende onrust over de geestelijke volksgezondheid: als we niet mogen concluderen dat Nederland steeds zieker wordt, is er dan nog wel reden voor ongerustheid? Kan de zeer oude discussie over de vermeende slechte invloed van de hedendaagse samenleving worden gesloten of is er toch grote reden tot ongerustheid?

De tweede vraag heeft betrekking op de aard van psychische problematiek. Als al die maatschappelijke en institutionele veranderingen van de afgelopen twintig jaar zo weinig invloed hebben op de omvang van de psychische problematiek in de bevolking, wat betekent dat dan voor de identiteit van psychische problematiek? Wat maakt dat psychische stoornissen zo moeilijk beïnvloedbaar zijn? Zijn ze misschien toch vooral genetisch bepaald of moeten we psychische stoornissen zien als wezenlijk element van de *condition humaine*?

De derde vraag ten slotte gaat over de gevolgen voor de GGZ: wat is er toch aan de hand met de professionele geestelijke gezondheidszorg dat haar activiteiten niet leiden tot minder patiënten maar juist tot meer? Twee alternatieve hypothesen dringen zich op: volgens de ene moet het antwoord gezocht worden in de effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg (de GGZ presteert onder de maat); de tweede benadrukt dat de GGZ ook functioneert als 'muisengat' voor mensen in nood. De GGZ zou in dat geval niet alleen functioneren als gezondheidszorgsysteem waarin de genezing van ziekten centraal staat, maar ook als systeem voor maatschappelijke opvang waar het voor velen goed toeven is.

## Summary

Hutschemaekers, G.

**Is The Netherlands becoming increasingly unhealthy? Indicators and background analyses of mental health.**

**Core question is: on the basis of which care–consumption figures and those relating to mental disorder prevention among the general population, is the conclusion justified that The Netherlands is becoming more and more sick? The figures for 1980, 1988 and 1997 in respect of the Mental Health Care (MHC) second–line, front–line care, and the general population, are presented. These figures offer little clarity, as analysis of the background trends shows there is room for speculation. Therefore it cannot be said with any degree of certainty that there is any evidence of increasing ill health. The figures do illustrate that the number of patients in the second–line MHC has not shown any decrease in the last few decades, whilst the part played by GP's in the treatment of patients with mental disorders has shown no increase. The suspicion is voiced that the link between social developments and various mental disorders is (partly) influenced by the scientific and 'popular' focus on a particular disorder at any given time.**

## Literatuur

1. Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo.
2. Bijl, R.V., G. van Zessen & A. Ravelli (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Epidemiology*, 33, 587–595.
3. Brinkgreve, C., J.H. Onland & A. de Swaan (1979). *Sociologie van de psychotherapie I. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Amsterdam: Het Spectrum.
4. Brunenberg, W., M. Rondez & G. Hutschemaekers (1998). *De psychiater gevolgd. Een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en de eigen praktijk*. Utrecht: Trimbos–instituut.
5. Dantzig, A. van (1995). *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?* Amsterdam/Meppel: Boom.
6. Derksen, J. (1993). *Handboek persoonlijkheids–stoornissen. Diagnostiek en behandeling de de DSM–IV en ICD–10 persoonlijkheidsstoornissen*. Maarssen: De Tijdstroom.
7. Gastelaars, M., e.a. (1991). *Vier gevaarlijke kruispunten. Een voorzet voor een geestelijke volksgezondheidsbeleid*. Utrecht: Centrum voor Beleid en Management.
8. Goei, L. de. (1997). De Beweging voor geestelijke volksgezondheid. In G.Hutschemaekers, C. Hosman & P. van Lieshout (red.), *Geestelijke volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*. (pp. 5–14). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
9. Goldberg, D., & P. Huxley (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London/New York: Tavistock.
10. Goldberg, D., & P. Huxley (1992). *Common mental disorders*. London/New York: Tavistock/Routledge.
11. Have, M. ten, e.a. (1998). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998. De GGZ in getallen*. Maarssen: De Tijdstroom.
12. Heuvel, E. (1998). *Anorexia nervosa: een samenspel tussen leken en deskundigen*. Tilburg: Academisch proefschrift KUB.
13. Heuvel, E. van den, & G. Hutschemaekers (1991). Anorexia nervosa en cultuur. *De Psycholoog*, 26, 429–437.
14. Hodiamont, P. (1986). *Het zoeken van zieke zielen*. Nijmegen: Academisch proefschrift KUN.
15. Hof, S. van't (1994). *Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious 'facts'*. Lisse: Swets.
16. Hutschemaekers, G. (1990). *Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Nijmegen: SUN (Academisch proefschrift) KUB.

17. Hutschemaekers, G. (1996) De wet en het weten. In Hutschemaekers, G., & M. de Winter (red.), *De veranderlijke moraal. Over moraliteit en psychologie* (p. 115–129). Nijmegen: SUN.
18. Hutschemaekers, G., C. Hosman & P. van Lieshout (red.) (1997a). *Geestelijke volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
19. Hutschemaekers, G., R. Bijl, P. Verhaak & M. ten Have (1997b). Gezondheid en gezondheidszorg: een historische analyse. In: G. Hutschemaekers e.a. (red.) (1997a). *Geestelijke volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*, p. 68–82.
20. Hutschemaekers, G. (1999). In de beperking toont zich de meester. De GGZ in het nieuwe millennium. *ZM-Magazine*, 12, 20–24.
21. Jacobs, C., & R. Bijl (1992). *GGZ in getallen. Kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980–2000*. Utrecht: NcGv.
22. Knepper, S. (1998). Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 233–238.
23. Kooi, L., S. Sytema, D. Wiersma e.a. (2000). GGZ onder druk? Verkenning met behulp van drie Nederlandse psychiatrische casusregisters. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 219–226.
24. Limbeek, J. van e.a. (1994). *Patiënt, stoornis en zorg: een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost*. Amsterdam: GG&GD / UvA.
25. Mackenbach, J.(1992). Verschillen in gezondheid binnen de Nederlandse bevolking. In L.Gunnings–Schepers,& M. Mootz (red.). *Gezondheidsmeting*.(pp.101–110). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
26. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1993). *Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en GGZ in maatschappelijk perspectief*. Rijswijk: VWS.
27. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1998). *Integrale Beleidsvisie GGZ*. Rijswijk: VWS.
28. NRC Handelsblad 28januari 1999. *WAO–profiel*.WWW.NRC.NL
29. Ormel, H. (1985). Komen depressies thans meer voor? Cijfers en twijfels. *Gezondheid en samenleving*, 6, 22–30.
30. Peeters, H. (1996). Hoe veranderlijk is de mens. *Een inleiding in de historische psychologie*. Nijmegen: SUN.
31. Raad voor gezondheidsonderzoek (1999) *Advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid*. Den Haag: RGO.
32. Raad voor de Zorg en Volksgezondheid (1998). *GGZ in de XXIe eeuw. Advies*. Zoetermeer: RVZ.
33. Reenen, H. van, P. Vandermeersch & G. Hutschemaekers (1997). Alternatieve GGZ en New Age. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 1207–1218.
34. Rijk, K. de, P.Verhaak, B.Tiemens, W.de Vries, J.Kerssens & G. Hutschemaekers (1999). *Tussen de lijnen. Achtergrondstudie bij de Beleidsvisie GGZ*. Utrecht: Trimbos–instituut.
35. Schnabel, P., R. Bijl & G. Hutschemaekers (1992). *Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90. Van ideaal tot opgave*. Utrecht: NcGv.
36. Schnabel, P. (1995). *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.
37. Straten, A. van, e.a. (1999). *Wachlijsten bij de Riagg II. Gezondheidsschade, maatschappelijke schade en beleving bij cliënten in de volwassenenzorg*. Utrecht: Trimbos–instituut.
38. Swaan, A. de (1988). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verengde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
39. Tiemens, B. (1999). *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model*. Groningen: Academisch proefschrift RUG.
40. Verhaak, P., E. van de Lisdonk, H. Bor & G. Hutschemaekers (2000). GP's referral to mental health care during the last 25 years. *British Journal of General Practioners* (in druk).
41. Vijver, F. van de, & G. Hutschemaekers (1990). *The investigation of Culture. Current issues in cultural psychology*. Tilburg: KUB.
42. Winter, M. de. (1986) *Het voorspelbare kind. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) in wetenschappelijk en sociaal historisch perspectief*. Academisch proefschrift Universiteit Utrecht.
43. Zeegers, W. (1988). *Andere tijden, andere mensen. De sociale representatie van identiteit*. Amsterdam: Bert Bakker.