

Ron de Graaf, Margreet ten Have, Saskia van Dorsselaer

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking

NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten

 **NEMESIS**
Netherlands Mental Health
Survey and Incidence Study

De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking

NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten



NEMESIS

Netherlands Mental Health
Survey and Incidence Study

 **Trimbos
instituut**

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Auteurs

Dr. ir. Ron de Graaf
Dr. Margreet ten Have
Drs. Saskia van Dorselaer

Met dank voor hulp bij data-analyse aan

Dr. Coen van Gool (RIVM)

Leden van de externe wetenschappelijke adviescommissie

Prof. dr. Paul Schnabel
Prof. dr. Aartjan Beekman
Prof. dr. Jozien Bensing
Prof. dr. Wim van den Brink
Drs. Wim Brunenberg
Prof. dr. Hans van Oers
Prof. dr. J. (Hans) Ormel
Mr. Mady Samuels

Leden van de interne wetenschappelijke adviescommissie

Dr. Margriet van Laar
Prof. dr. Filip Smit
Dr. Jan Walburg

Met dank voor commentaar op delen van het rapport aan

Drs. Gerdien Franx
Drs. Frank van Hoof
Dr. Jan Spijker
Dr. Peter Verhaak

Productiebegeleiding

Linda Groeneveld

Logo

Inne ten Have

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie BV Houten

Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

ISBN 978-90-5253-663-7

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel onder vermelding van artikelnummer **AF0898**. U krijgt een factuur voor de betaling.

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 toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

Herhaling en vergelijking zijn in sociaal-wetenschappelijk onderzoek van groot belang. Herhaling na verloop van tijd van dezelfde vragen, soms ook juist bij dezelfde respondenten, vergelijking van de uitkomsten over de tijd, voor verschillende groepen of tussen landen. Dat maakt het mogelijk te zien of er veranderingen en ontwikkelingen in opvattingen, houdingen en gedrag geweest zijn, maar ook of culturele, sociaal-economische of door generatie bepaalde factoren een rol spelen.

Hoe belangrijk ook, te vaak komt het er niet van. Soms lijkt het door de hoge kosten en de grote inzet aan menskracht die ervoor nodig is, zelfs bijna ondoenlijk. En dan lukt het toch, zoals in het geval van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In de jaren 1996-1999 werd bij een grote en steeds dezelfde representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking drie keer een interview afgenomen dat een beeld gaf van hun geestelijke gezondheid. Nationaal en internationaal zijn daar inmiddels zo'n 150 publicaties uit voortgekomen. Een samenvattend overzicht van de uitkomsten verscheen in 2003 als 'Psychische stoornissen in Nederland' en in 2006 als 'Trimbos Kerncijfers Psychische Stoornissen'.

Intussen werden ook de voorbereidingen getroffen voor een grootscheepse herhaling van NEMESIS. Dankzij de financiële steun van het Ministerie van VWS was het mogelijk ruim tien jaar na de eerste meting weer opnieuw een grote steekproef (meer dan 6600 personen) te interviewen. Dat gebeurde in de periode november 2007 – juli 2009 en zal opnieuw nog twee keer gebeuren in de periode 2010-2015. Uiteindelijk zal zo een longitudinaal beeld ontstaan van de prevalentie, incidentie en het beloop van psychische stoornissen in de volwassen Nederlandse bevolking en de mate waarin voor psychische problemen ook hulp gezocht wordt. Dat is wetenschappelijk en klinisch van groot belang, maar levert ook veel gegevens op die aanknopingspunten zullen bieden voor de ontwikkeling van preventieve activiteiten. Uiteraard bieden de resultaten ook veel materiaal waarmee het beleid ten aanzien van de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg beter onderbouwd kan worden.

De nu voorliggende publicatie biedt een overzicht van de uitkomsten van de basismeting van wat we inmiddels NEMESIS-2 zijn gaan noemen. Het is de eerste publicatie die uit het onderzoek voortkomt. Behalve kerncijfers over psychische aandoeningen en het gebruik van de verschillende zorgvoorzieningen bevat dit rapport ook een verantwoording van de opzet en de uitvoering van het onderzoek. Daaruit blijkt dat er naast de herhaling en vergelijking ook ruimte is voor vernieuwing. De vragenlijsten zijn verder verfijnd en er is nu ook een instrument opgenomen om aandachtstekort- en gedragsstoornissen te kunnen vaststellen. De meeste respondenten waren ook bereid speekselmonsters af te staan, zodat nu ook nader onderzoek gedaan kan worden naar de genetische factoren van psychische stoornissen.

Net als NEMESIS-1 sluit NEMESIS-2 aan op een internationale ontwikkeling die het straks ook mogelijk maakt de Nederlandse uitkomsten te vergelijken met die van bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Met enige trots, de vele internationale publicaties

op basis van NEMESIS-1 hebben dat al duidelijk laten zien, mag wel gezegd worden dat Nederland zich met de NEMESIS-onderzoeken een plaats heeft verworven in de voorhoede van het psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek.

Prof. dr. Paul Schnabel

Voorzitter Wetenschappelijke Adviescommissie NEMESIS-2

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
Deel 1. Design van de studie en eerste resultaten	11
2. Doelstellingen	13
3. Methode	15
Steekproef	15
Veldwerk	15
Interviewers	18
Diagnostisch instrument	19
Aanvullende vragenlijst	25
Genetisch materiaal (DNA)	28
Respons en non-respons onderzoek	28
Karakteristieken van de steekproef en weging	31
Toekomstige meetmomenten	33
4. Vóórkomen van psychische aandoeningen	35
Lifetime prevalentie van DSM-IV aandoeningen	35
Demografische determinanten van lifetime aandoeningen	40
12-maands prevalentie van DSM-IV aandoeningen	40
Aantallen Nederlanders met een 12-maands aandoening	41
Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen	41
Trends in prevalentie van 12-maands aandoeningen	47
Trends in demografische determinanten van 12-maands aandoeningen	49
5. Gebruik van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen	51
Zorggebruik vanwege psychische problemen in de afgelopen 12 maanden	51
Demografische determinanten van zorggebruik vanwege psychische problemen	57
Trends in zorggebruik vanwege psychische problemen	60
Trends in demografische determinanten van zorggebruik	62
6. Discussie	65
Kracht en beperkingen van de studie	65
Vóórkomen van psychische aandoeningen: belangrijkste resultaten	67
Zorggebruik vanwege psychische problemen: belangrijkste resultaten	71
Conclusies	77

Deel 2. Kerncijfers over psychische aandoeningen: vóórkomen bij verschillende demografische groepen	79
Inleiding	81
Enigerlei As-I psychische aandoening	83
Enigerlei stemmingsstoornis	87
Depressieve stoornis	91
Dysthymie	95
Bipolaire stoornis	99
Enigerlei angststoornis	103
Paniekstoornis	107
Agorafobie zonder paniekstoornis	111
Sociale fobie	115
Specifieke fobie	119
Gegeneraliseerde angststoornis	123
Enigerlei middelenstoornis	127
Alcoholmisbruik	131
Alcoholafhankelijkheid	135
Drugsmisbruik	139
Drugsafhankelijkheid	143
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis	147
ADHD	149
Gedragsstoornis	153
Oppositieeel-opstandige gedragsstoornis	155
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	157
Referenties	159
Bijlage 1. Verklarende woordenlijst	169
Bijlage 2. Leden van de externe en interne wetenschappelijke adviescommissie van NEMESIS-2	171
Bijlage 3. Methode van het schatten van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1	173

Samenvatting

NEMESIS-2 ('the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2') is een psychiatrisch-epidemiologische studie onder de algemene bevolking. Het is een herhaling en een uitbreiding van de studie NEMESIS-1, waarvan de eerste meting werd uitgevoerd in 1996. De belangrijkste doelen van de nieuwe studie zijn om actuele gegevens te verkrijgen over het vóórkomen, ontstaan, beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen, en om trends te bestuderen in het vóórkomen van psychische aandoeningen en in het gebruik van zorg. Uitbreidingen werden gemaakt naar onderwerpen die niet in NEMESIS-1 waren opgenomen. Zo werden aandachtstekorten en gedragsstoornissen in NEMESIS-2 gemeten, en werden speekselmonsters verzameld om genetische factoren van psychische aandoeningen te kunnen bestuderen. Deze publicatie geeft een overzicht van de opzet van de studie en van de eerste resultaten met betrekking tot het vóórkomen van psychische aandoeningen en het gebruik van zorg daarvoor in de Nederlandse bevolking. Daarnaast bevat het kerncijfers over het vóórkomen van psychische aandoeningen bij verschillende demografische groepen.

NEMESIS-2 is een longitudinale studie met drie metingen bij 6.646 personen uit de algemene Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar, met drie jaar tussen elke meting. In de eerste meting werden de 'face-to-face' interviews uitgevoerd tussen november 2007 en juli 2009 met de 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) versie 3.0. Een getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure werd toegepast. De respons was 65,1%. Speeksel ten behoeve van DNA-onderzoek kon aan het eind van het interview worden verzameld bij 76,4% van de respondenten. Vergeleken met gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek bleek dat de steekproef in grote lijnen representatief was voor de algemene bevolking, maar jonge mannen en vrouwen waren iets ondervertegenwoordigd.

Psychische aandoeningen in de algemene bevolking

Het ooit in het leven vóórkomen van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-2 was 20,1% voor stemmingsstoornissen, 19,6% voor angststoornissen, 19,1% voor middelenstoornissen en 9,2% voor aandachtstekort- en gedragsstoornissen. Voor het vóórkomen van aandoeningen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview waren deze percentages respectievelijk 6,1%, 10,1%, 5,6% en 2,1%. Enigerlei As-I psychische aandoening ooit in het leven kwam voor bij 42,7% van de bevolking en in de 12 maanden voorafgaand aan het interview was dit 18,0%. In aantallen uitgedrukt: 1.896.700 mensen hadden in het afgelopen jaar enigerlei psychische aandoening (gehad). In deel 2 van dit rapport staat beschreven welke afzonderlijke stoornissen tot bovengenoemde hoofdgroepen worden gerekend.

Trends in het vóórkomen van psychische aandoeningen

Tussen 1996 en de periode 2007 tot en met 2009, veranderde de 12-maands prevalentie van enigerlei stoornis, angststoornis en middelenstoornis niet significant.

Het percentage mensen met een stemmingsstoornis was iets afgenomen van 7,4% naar 6,1%, maar als rekening werd gehouden met verschillen in demografie tussen beide meetmomenten dan was deze daling niet significant. Ondanks dat enkele veranderingen werden gevonden in demografische determinanten van 12-maands aandoeningen, kan gesteld worden dat de risicogroepen van psychische aandoeningen nagenoeg hetzelfde zijn gebleven.

Zorggebruik vanwege psychische problemen

In de totale populatie maakte in de 12 maanden voorafgaand aan het interview 11,4% gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen. 9,0% zocht hulp in de algemene gezondheidszorg (AGZ) vanwege deze problemen, 6,2% bezocht de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), 2,8% schakelde het informele zorgcircuit in, en 5,7% kreeg medicatie voorgeschreven vanwege de psychische problemen. 11,0% besprak deze problemen met iemand in de directe omgeving en 1,4% zocht informatie of hulp via het internet vanwege psychische problemen. Slechts 1,8% rapporteerde een onvervulde zorgbehoefte te hebben gehad in de afgelopen 12 maanden.

Mensen met een stemmingsstoornis maakten het meest gebruik van zorgvoorzieningen vanwege hun problemen en zij kregen het vaakst medicatie voor hun problemen voorgeschreven. Daarna volgden mensen met een angststoornis en mensen met ADHD. Mensen met een alcohol- of drugsstoornis maakten het minst gebruik van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen en zij kregen het minst vaak medicatie voor hun klachten voorgeschreven.

Trends in zorggebruik vanwege psychische problemen

Vergeleken met NEMESIS-1 zijn mensen minder vaak gebruik gaan maken van AGZ-voorzieningen bij psychische problemen (van 11% naar 9%). Het gebruik van GGZ-voorzieningen bleef stabiel en dat van informele zorg ook, na constant houding voor verschillen in de bevolkings- en steekproefsamenstellingen tussen beide studies. Ondanks dat mensen minder vaak een beroep deden op de AGZ, steeg hun onvervulde zorgbehoefte niet. In tegendeel, dat nam zelfs fors af (van 6,2% naar 1,8%). Uit Nederlandse registratiegegevens blijkt dat het percentage mensen dat in één kalenderjaar contact had met de GGZ in grote lijnen overeenkomt met het percentage gevonden in NEMESIS-2 (6,2%).

Conclusie

Met de uitvoering van NEMESIS-2 zijn er weer actuele cijfers beschikbaar over de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Voor het eerst zijn er nu ook bevolkingsgegevens over het vóórkomen van aandachtstekort- en gedragsstoornissen. Door de hoge kwaliteit van het veldwerk en de goede respons is het mogelijk geworden een dataset te verkrijgen van goede kwaliteit. Hiermee kunnen in de toekomst verschillende onderwerpen op het gebied van de psychische gezondheid worden bestudeerd.

1. Inleiding

NEMESIS-1

De 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1' (NEMESIS-1), waarvan de eerste meting werd uitgevoerd in 1996, was in Nederland de eerste landelijke representatieve bevolkingsstudie die *het vóórkomen* (prevalentie) van psychische aandoeningen bepaalde (Bijl et al., 1998a, 1998b). Ook werden onderwerpen onderzocht zoals *psychiatrische comorbiditeit*, dat wil zeggen het samengaan van meerdere psychische aandoeningen (de Graaf et al., 2002a, 2003, 2004a, 2004b; Krabbendam et al., 2004; Vollebergh et al., 2001), *somatische comorbiditeit*, zo wordt het samengaan van lichamelijke en psychische aandoeningen genoemd (Buist-Bouwman et al., 2005; Neeleman et al., 2004; Thewissen et al., 2005), en de gevolgen van psychische aandoeningen. Deze gevolgen werden beschreven in termen van *functionele beperkingen* (Bijl et al., 2000a, Buist-Bouwman et al., 2004; Ormel et al., 2004; Spijker et al., 2004a), *zorggebruik en on vervulde zorgbehoefte* (Bijl et al., 2000b; ten Have et al., 2002, 2003, 2004, 2005, 2006; Sareen et al., 2007), en *kosten van ziekten en ziektelast* (Cuijpers et al., 2007a; Hakkaart-van Roijen et al., 2004; Smit et al., 2006).

Omdat NEMESIS-1 meerdere meetmomenten kende over een periode van drie jaar, was het ook mogelijk *de incidentie*, dat wil zeggen het ontstaan van psychische aandoeningen (Bijl et al., 2002; Cuijpers et al., 2004, 2007b; de Graaf et al., 2002b; Hanssen et al., 2005; Krabbendam et al., 2005; van Laar et al., 2007; Overbeek et al., 2007; Plaisier et al., 2007; Smit et al., 2004), en *het beloop* van psychische aandoeningen te bestuderen (de Bruijn et al., 2005, 2006; Spijker et al., 2000, 2001, 2002, 2004b). Dit soort zogenoemde longitudinale gegevens naar psychische problematiek onder de algemene bevolking zijn wereldwijd op deze schaal nauwelijks verzameld.

In NEMESIS-1 werden alleen As-I aandoeningen gemeten. As-I aandoeningen zijn alle aandoeningen behalve persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen, die As-II aandoeningen worden genoemd. NEMESIS-1 liet zien dat de lifetime (ooit in het leven) prevalentie van tenminste één As-I psychische aandoening in de algemene bevolking 41,2% was; en de 12-maands prevalentie 23,2% (Bijl et al., 1998b). Psychiatrische comorbiditeit was eerder regel dan uitzondering. Om een voorbeeld te geven: bij slechts 39,5% van de personen met een stemmingsstoornis in de 12 maanden voorafgaand aan het interview was alleen deze aandoening aanwezig en dus geen andere psychische aandoening (de Graaf et al., 2002b). Psychische aandoeningen hebben op verschillende gebieden een grote invloed op het functioneren van mensen (Bijl et al., 2000a). Ook na herstel van een aandoening is het functioneren vaak nog beperkter dan bij de rest van de bevolking (Ormel et al., 2004). De kosten van psychische aandoeningen werden geschat op 669 miljoen euro per miljoen volwassenen in 2003 (Smit et al., 2006). De kosten vanwege verzuim op het werk, ook wel indirecte kosten genoemd, zijn veel hoger dan de kosten van de hulpverlening en medicatie, de directe kosten (85% versus 15%). Van degenen met een 12-maands psychische aandoening bezocht 33,9% de eerste lijn (huisarts) en/

of de geestelijke gezondheidszorg vanwege hun klachten. Onvervulde zorgbehoefte, dat wil zeggen het niet of onvoldoende gezocht hebben van zorg zoals dat werd gerapporteerd door de persoon, werd door 16,8% van degenen met een psychische aandoening aangegeven (Bijl et al., 2000b). Overigens, vergeleken met veel andere westerse landen ontving een relatief groot percentage van de Nederlandse bevolking met psychische klachten zorg (Bijl et al., 2003; de Graaf et al., 2008).

Aanleiding voor NEMESIS-2

Bovengenoemde resultaten zijn nu meer dan een decennium oud en het is de vraag of deze cijfers nog steeds gelden. Om over nieuwe en kwalitatief goede beleidsinformatie te kunnen beschikken op het terrein van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg is daarom een nieuwe studie gestart. Deze studie, die de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2) wordt genoemd, is een herhaling van NEMESIS-1 en breidt het onderzoek uit met nieuwe onderwerpen. NEMESIS-2 maakt gebruik van de allernieuwste 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) 3.0, een instrument waarmee diagnoses kunnen worden bepaald die gebaseerd zijn op DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, vierde versie), het meest recente classificatiesysteem van psychische aandoeningen dat psychiaters en andere hulpverleners gebruiken bij het stellen van diagnoses. In NEMESIS-1 waren de diagnoses gebaseerd op DSM-III-R.

Leeswijzer

In deel 1 van deze publicatie worden als eerste de doelstellingen van NEMESIS-2 en de opzet van de studie beschreven. Als u hierin minder geïnteresseerd bent, dan kunt u meteen door naar de hoofdstukken 4 en 5 over de eerste resultaten met betrekking tot het vóórkomen van psychische aandoeningen en het zorggebruik daaromtrent in Nederland.

In deel 2 van deze publicatie worden gedetailleerd per demografische groep beschreven hoe vaak psychische aandoeningen vóórkomen. Hiermee kan de lezer zelf gegevens opzoeken over specifieke groepen waarin men is geïnteresseerd.

Achterin het rapport vindt u een verklarende woordenlijst (Bijlage 1).

Deel 1.

Design van de studie en eerste resultaten

2. Doelstellingen

Ongeveer een decennium na de start van NEMESIS-1 vonden het veld van de Nederlandse GGZ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het van belang dat er nieuwe cijfers zouden komen over de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Hoewel sinds NEMESIS-1 enkele Nederlandse gegevens beschikbaar zijn gekomen door de uitvoering van de studie ESEMeD ('European Study on the Epidemiology of Mental Disorders'), had deze studie en het Nederlandse gedeelte daarvan, enkele duidelijke beperkingen. Deze waren: a.) de cross-sectionele opzet (één meetmoment); b.) het relatief kleine aantal Nederlandse respondenten (N=2.372); c.) het lage aantal respondenten dat vragen kreeg over aandachtstekorten en gedragsstoornissen; belangrijke en nog niet eerder bepaalde psychische aandoeningen in de bevolking; en d.) de relatief lage respons van de Nederlandse studie (56,4%). Daarom heeft het ministerie van VWS het financieel mogelijk gemaakt de voorbereidingen en het veldwerk van NEMESIS-2 in 2007 te starten.

Actualiseren van gegevens en nieuwe onderwerpen

De belangrijkste doelstelling van de nieuwe studie was om actuele gegevens te verkrijgen over het vóórkomen, het ontstaan, en het beloop van DSM-IV psychische aandoeningen, en van factoren die hiermee samenhangen, en over de gevolgen van psychische aandoeningen zoals functionele beperkingen, zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte, en kosten van ziekten. In NEMESIS-1 werden alleen internaliserende aandoeningen (dat zijn stemmings- en angststoornissen) en middelenstoornissen meegenomen. In NEMESIS-2 werd een uitbreiding gemaakt naar externaliserende stoornissen, zoals ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) en gedragsstoornissen. Met name antisociaal gedrag en criminele handelingen als gevolg van gedragsstoornissen leiden tot grote maatschappelijke schade. Een voordeel van het bepalen van een breed spectrum van zowel internaliserende als externaliserende aandoeningen is dat dit meer inzicht geeft in sekseverschillen van psychische (on)gezondheid, dan wanneer alleen internaliserende en middelenstoornissen worden bestudeerd. Wat betreft de risico-indicatoren van psychische aandoeningen werd een belangrijke uitbreiding gemaakt ten opzichte van NEMESIS-1 door speekselmonsters te verzamelen. Hierdoor is het in de nieuwe studie mogelijk om genetische risicofactoren van psychische aandoeningen die opgeslagen liggen in het DNA te bestuderen.

Bestuderen van trends in het vóórkomen van psychische aandoeningen

De andere belangrijke doelstelling van NEMESIS-2 was om trends te bestuderen voor de periode van twaalf jaar tussen beide studies in het vóórkomen van stemmings-, angst-, en middelenstoornissen, en in het gebruik en de behoefte aan professionele zorg. Wereldwijd zijn dergelijke trendstudies met gegevens uit algemene bevolkingsonderzoeken onder volwassenen, die met een diagnostisch instrument verzameld zijn, zeldzaam. In de VS zijn trends bepaald door middel van twee vergelijkbare algemene

bevolkingsstudies. Hieruit kwam naar voren dat het vóórkomen van enigerlei 12-maands psychische aandoening in de 'National Comorbidity Survey-Replication' (NCS-R) uitgevoerd tussen 2001 en 2003 niet was veranderd vergeleken met de 'National Comorbidity Survey' (NCS) uitgevoerd tussen 1990 en 1992 (30,5% versus 29,4%) (Kessler et al., 2005a, 2005b). Het zorggebruik nam wel duidelijk toe: van 20,3% tot 32,9% bij degenen met een 12-maands aandoening; en van 12,2% tot 20,1% voor de totale populatie (Kessler et al., 2005a; Wang et al., 2005a). Een toename werd vooral gevonden in de algemene gezondheidszorg (Wang et al., 2006). In Groot-Brittannië zijn iets andere trendanalyses uitgevoerd. Deze lieten zien dat ook in dit land het vóórkomen van psychische aandoeningen tussen 1993 en 2000 hetzelfde was gebleven. Verder nam het gebruik van psychologische therapieën in de bevolking *niet* toe, evenals het percentage dat de huisarts bezocht vanwege psychische problemen. Het gebruik van psychofarmaca liet wel een duidelijke stijging zien. Dat verdubbelde bij degenen met een psychische aandoening; en bij degenen zonder gediagnosticeerde psychische aandoening werd zelfs een grotere toename in medicatiegebruik gezien (Jenkins et al., 1997; Brugha et al., 2004). In tegenstelling tot deze twee studies liet een derde studie uitgevoerd in de VS, waarbij eveneens van een diagnostisch interview gebruik werd gemaakt, wel een toename van depressieve stoornis zien van 3,3% in 1991-1992 tot 7,1% in 2001-2002 (Compton et al., 2006). Een toonaangevende studie in Australië liet geen verandering zien in de prevalentie van psychische aandoeningen en in het percentage mensen dat zorg gebruikte tussen 1997 en 2007 (Burgess et al., 2009; Slade et al., 2009).

Er is geen duidelijke verklaring te geven voor het feit dat de weinige studies die onder de volwassen bevolking zijn uitgevoerd naar trends in psychische aandoeningen en zorggebruik niet hetzelfde beeld laten zien. Studies onder kinderen en adolescenten laten eveneens verschillende resultaten zien. Een studie onder Nederlandse kinderen en adolescenten vond geen bewijs voor een toename in psychopathologie tussen 1983 en 1993, maar wel werd tussen 1993 en 2003 een toename gezien in internaliserende problemen, dronkenschap en drugsgebruik (Verhulst et al., 1997; Tick et al., 2007, 2008). Een studie uit Groot-Brittannië vond echter geen duidelijke verandering in gedragsproblemen tussen 1999 en 2004 onder kinderen en adolescenten (Maughan et al., 2008).

Bestuderen van trends in zorggebruik vanwege psychische problemen

Trends in zorggebruik vanwege psychische aandoeningen zijn van belang vanwege veranderingen in het afgelopen decennium in de GGZ en in de grotere rol van de eerstelijns bij de behandeling van psychische aandoeningen. Uit cijfers over de GGZ verkregen via zorginstellingen lijkt te kunnen worden geconcludeerd dat het zorggebruik is toegenomen in het afgelopen decennium (Pijl et al., 2000; CBS, 2009). Echter, de meeste mensen zoeken bij psychische problemen eerst hulp buiten de GGZ (Bijl et al., 2000b). Inzicht in dergelijke veranderingen in zorggebruik en in veranderingen in het gebruik van de verschillende sectoren kan met een bevolkingsstudie als NEMESIS-2 worden verkregen.

3. Methode

Steekproef

Een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure werd toegepast. Eerst werd een aselechte steekproef getrokken van 184 uit de in totaal 443 gemeenten die in 2007 bestonden, gestratificeerd naar vier regio's (noord, oost, zuid, west) en bevolkingsdichtheid (5 categorieën). De vier grootste steden - Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht - werden sowieso meegenomen binnen die 184 gemeenten. Er werden 24 strata (4 regio's x 5 categorieën van bevolkingsdichtheid + 4 grootste steden) gemaakt om de steekproef te stratificeren. Aan de hand van de verdeling van het aantal inwoners van 18-64 jaar over deze 24 strata werd bepaald hoeveel adressen per gemeente er getrokken werden. Daarna werd uit post-registraties een aselechte steekproef getrokken van adressen van privé-huishoudens van de geselecteerde gemeenten, waarbij elk adres dezelfde kans had om geselecteerd te worden. Tenslotte werd aselekt een individu van tenminste 18 jaar en ten hoogste 64 jaar gekozen uit het huishouden. Degene die het laatste jarig was geweest voorafgaand aan het moment waarop voor het eerst contact werd gelegd met het huishouden, was de te interviewen respondent. Een inclusiecriteria was dat men de Nederlandse taal voldoende machtig was: het instrument vereist dat men een goed begrip van de taal heeft, omdat anders de betrouwbaarheid en validiteit van de data worden aangetast. Indien de geselecteerde potentiële respondent niet kon worden geïnterviewd, was vervanging door een andere persoon niet toegestaan. Adressen van instellingen werden niet meegenomen in de steekproef; dus personen die langdurig in instellingen verbleven (bijvoorbeeld personen in detentie, in een ziekenhuis of revalidatiekliniek) werden geëxcludeerd. Als de geselecteerde persoon tijdelijk in een instelling verbleef kon men op een later moment worden geïnterviewd als men naar huis terugkeerde.

Veldwerk

Eerste contact met de respondent

Het veldwerk van de eerste meting werd uitgevoerd van november 2007 tot en met juli 2009. Een voordeel van deze relatief lange veldwerkperiode was dat er voldoende tijd was om met potentiële respondenten opnieuw contact op te kunnen nemen, om zo de respons te verhogen. Het veldwerk bestond uit drie fasen. In fase 1 werden de eerste contactpogingen uitgevoerd. Aan de geselecteerde huishoudens werd een introductiebrief gestuurd die ondertekend was door de minister van VWS. Hij gaf hierin uitleg over de studie, beviel de studie aan en vroeg om deelname. Deze brief werd vergezeld van een brochure die meer gedetailleerd de doelen van de studie aangaf; de brochure verwees ook naar een website die speciaal ontworpen was voor potentiële respondenten. De brochure en de website bevatten antwoorden op vaak

gestelde vragen, en vermeldde een gratis telefoonnummer indien men behoefte had aan aanvullende informatie. Binnen een week na verzending van de brief en brochure belden speciaal getrainde telefonistes naar het huishouden indien een telefoonnummer bekend was (30% van de huishoudens had geen telefoon of had een geheim nummer of een 06-nummer waarvan het nummer niet kon worden achterhaald). Zij stelden eerst vast of het huishouden bewoners had die jonger dan 65 jaar waren (in 18% van de huishoudens bleken er alleen bewoners van 65 jaar of ouder te wonen), en als dit het geval was gingen zij na wie voor selectie in aanmerking kwam en probeerden zij toestemming van de potentiële respondent te krijgen. Daarna nam een interviewer contact op om een afspraak te maken voor het interview. Als er geen telefoonnummer bekend was, probeerde de interviewer persoonlijk aan de deur contact te leggen. In deze fase werd als dank voor de medewerking van de respondent aan het eind van het interview als financiële tegemoetkoming een cadeaubon van 10 euro gegeven. Om de mogelijkheid te minimaliseren dat interviewers vooral makkelijk te werven respondenten rekruteerden, kregen zij de adressen elke keer in kleine hoeveelheden aangeleverd. Die adressen moesten zij eerst afwerken voordat zij weer nieuwe adressen kregen. Dat gold ook voor de tweede fase van het veldwerk.

Tweede fase

In fase 2 werden degenen die in fase 1 geen duidelijke harde weigeraars waren, en degenen die niet konden worden bereikt, opnieuw benaderd. Dit gebeurde altijd 'face-to-face' (persoonlijk aan de deur, dus niet telefonisch). Als het hierbij ging om weigeraars bij een eerdere face-to-face benadering in fase 1, werd het hernieuwde contact uitgevoerd door een andere interviewer. In deze fase werd voordat de interviewer persoonlijk contact legde, een mooie glanzende folder verstuurd naar de geselecteerde persoon of het huishouden, om diegenen te interesseren die niet gevoelig bleken voor een brief van de minister. In deze folder stonden redenen waarom de studie werd uitgevoerd, enkele voorlopige resultaten gebaseerd op de eerste 3.000 interviews, en enkele uitspraken van respondenten over hoe zij deelname hadden ervaren. Daarnaast was in deze fase de financiële tegemoetkoming een cadeaubon van 15 euro of een keuze uit verschillende cadeaus die op de folder stonden afgebeeld. De interviewers hadden bovendien een extra budget van gemiddeld 3,50 euro per interview, dat zij variabel konden inzetten tijdens onderhandelingen aan de deur over deelname. In deze fase werden interviewers die een relatief lage respons hadden behaald van het veldwerk van de studie gehaald. In fase 1 en 2 samen moesten - indien nodig - tenminste 10 telefonische of persoonlijke contactpogingen op verschillende tijden van de dag en op verschillende dagen van de week worden uitgevoerd.

Derde fase

Aan het eind van de veldwerkperiode begon de derde fase. Van degenen die nog niet konden worden geïnterviewd, dus de moeilijk te werven personen, werd 33% aselect getrokken om opnieuw te worden benaderd. De overige 67% werd niet meer benaderd. Ook in andere wereldwijd bekende bevolkingsstudies naar

psychische aandoeningen, zoals de NCS-R en ESEMeD, werd deze zogenoemde 'endgame'-strategie toegepast om de financiële middelen die voor deze fase nodig waren, zo gunstig mogelijk in te zetten (Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2004). Respondenten kregen in deze fase een financiële tegemoetkoming van minimaal 15 euro waarbij in de onderhandeling tot 40 euro mocht worden gegaan. Interviewers werden extra beloond voor hun inspanningen, zowel per geslaagd interview als voor een vooraf bepaald aantal te behalen interviews. In het geval een potentiële respondent de duur van het interview te lang vond, werd (alleen in deze fase) de mogelijkheid van een verkort interview aangeboden. De verkorte versie omvatte de gehele CIDI, de belangrijkste demografische gegevens en een vragenlijst die het algemeen functioneren meet. Bij 140 personen van de 317 personen die in deze fase werden geïnterviewd (44%), werd zo'n verkorte vragenlijst afgenomen. Hercontact werd in principe uitgevoerd door een interviewer die nog niet eerder door de potentiële respondent was gezien. Deze fase werd uitgevoerd door interviewers die een relatief hoge respons hadden behaald in de voorgaande fasen.

Het interview

Bijna alle interviews werden bij de respondent thuis afgenomen. Hoewel bij de werving werd aangegeven dat het interview bij voorkeur onder vier ogen plaatsvond, was dit niet altijd mogelijk: bij 18,2% van de interviews was tenminste een derde persoon aanwezig in de kamer waar het gesprek plaatsvond; in 69,3% van die gevallen was dat tenminste de helft van de tijd. Er waren geen aanwijzingen voor onderrapportage van psychische aandoeningen bij degenen die geïnterviewd werden waarbij tenminste een derde persoon gedurende minstens de helft van de tijd aanwezig was: zij hadden niet significant minder vaak enigerlei lifetime en 12-maands psychische aandoening dan de overige respondenten (lifetime: OR=0,88 (95% BI=0,75-1,02); en 12-maands: OR=0,90 (95% BI=0,73-1,11); ORs zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en woonsituatie).

De gemiddelde duur van het totale interview bedroeg 95 minuten. De tijd varieerde sterk en dit was vooral afhankelijk van het aantal gediagnosticeerde psychische aandoeningen bij de respondent.

Aan het eind van het interview werd aan de respondenten gevraagd hoe zij het gesprek hadden ervaren: 67,9% vond het positief, 30,8% antwoordde neutraal en 1,4% negatief. Vergeleken met degenen met een positieve evaluatie, waren degenen met een negatieve of neutrale evaluatie vaker 55-64 jaar, vaker zonder betaald werk, behoorden zij vaker tot de laagste inkomenscategorie, en hadden zij vaker een lifetime en 12-maands psychische aandoening. Andere demografische kenmerken (geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, etnische afkomst, religie, urbanisatiegraad) en de duur van het interview waren niet van invloed. Veel van deze variabelen die met een negatieve evaluatie van het interview samenhangen werden ook gevonden in NEMESIS-1 (de Graaf et al., 2004c).

Bereidheid om mee te doen aan de tweede meting

Van de respondenten was 96,4% bereid om deel te nemen aan de tweede meting over drie jaar na het eerste interview. Degenen die daartoe niet bereid waren, behoorden vaker tot het laagste opleidingsniveau en de laagste inkomenscategorie, en waren vaker zonder betaald werk, van niet-westerse afkomst, woonden vaker alleen, in een grote stad, hadden een kortere interviewduur, vaker een negatieve evaluatie over het interview, en waren minder vaak 45-54 jaar. Geen verschil werd gevonden in geslacht, religie, en enigerlei lifetime en 12-maands psychische aandoening.

Informed consent en privacy

Het onderzoeksvoorstel, de veldwerkprocedures en de informatie voor potentiële respondenten werden goedgekeurd door de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de studie was gegeven voorafgaand en bij de start van het interview van de eerste meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier ('informed consent') over hun deelname aan het interview. Een uniek respondentnummer werd gebruikt om de vertrouwelijkheid met de omgang van de data te garanderen. Anonimiteit werd gewaarborgd door naam en adresgegevens van respondenten los te koppelen van de gegevens uit het interview en op gescheiden plaatsen te bewaren.

Voor de studie werd een externe en interne adviescommissie in het leven geroepen. De leden ervan zijn genoemd in Bijlage 1.

Interviewers

98 professionele interviewers van het veldwerkbureau 'GfK (Growth from Knowledge) Panel Services Benelux' in Dongen, met een team van 5 supervisors, voerden het veldwerk uit. De interviewers werden geselecteerd op basis van hun ervaring met systematische face-to-face dataverzameling en met gevoelige onderwerpen en hun vermogen om een goede respons te verkrijgen zoals bleek uit eerdere studies die ze hadden uitgevoerd. Omdat jonge interviewers minder succesvol zouden kunnen zijn om psychische problematiek mee te bespreken, gold als criterium dat interviewers minstens 25 jaar oud waren. Zij werden getraind in de CIDI, de aanvullende vragenlijst en in het afnemen van speeksel tijdens een driedaagse cursus die driemaal gegeven werd. De training werd gegeven door het Nederlandse CIDI-centrum, dat is ondergebracht bij het Interdisciplinair Centrum voor Psychiatische Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Groningen, en door het NEMESIS-team. Dit resulteerde bij positieve evaluatie in een officieel CIDI-certificaat. Eén van de getrainde personen werd negatief geëvalueerd. Voor de start van het veldwerk moesten interviewers een aantal interviews oefenen met behulp van uitgeschreven casussen. Nadat het veldwerk was gestart had het veldwerkbureau minstens twee keer per maand persoonlijk contact

met de interviewers. Om hen gemotiveerd te houden werden zij door middel van verschillende nieuwsbrieven geïnformeerd over het verloop van de studie en werden er tips over bepaalde onderwerpen gegeven. Zes maanden na de start van het veldwerk werd er een terugkomdag voor de interviewers georganiseerd, om veldwerkproblemen te bespreken en tips uit te wisselen hoe een hogere respons te bewerkstelligen.

Controle van de interviewers

Het veldwerk werd tijdens de hele dataverzamelingsperiode gevolgd door het NEMESIS-team van het Trimbos-instituut en door het veldwerkbureau. De onderzoekers van het Trimbos-instituut bekeken alle opmerkingen die interviewers maakten bij de antwoorden. In het geval van (belangrijke) missende gegevens, moesten interviewers opnieuw contact opnemen met de respondent. Per interviewer bekeken de onderzoekers de respons, de gemiddelde duur van het gehele interview en van de CIDI, het aantal positieve antwoorden op de vragen in de screener (de eerste belangrijke sectie van de CIDI), de evaluatie van het interview door de respondent, de toestemming voor vervolgonderzoek en de toestemming voor speekselafname. Het controleren van het aantal positieve antwoorden op de vragen in de screener was van belang omdat er namelijk een negatief leereffect kan plaatsvinden waarbij een interviewer de gewoonte kan krijgen het aantal af te nemen CIDI-secties onbewust of bewust te beperken door negatieve antwoorden op de screeningsvragen te stimuleren. Dit kan tot gevolg hebben dat het vóórkomen van aandoeningen daalt naarmate het veldwerk vordert, zoals in een Duitse studie bleek (Matschinger et al., 2005). In NEMESIS-2 werd daarvoor geen bewijs gevonden. Indien er vragen over de kwaliteit van een interviewer ontstonden, werden enkele interviews op band opgenomen. Eén van de onderzoekers luisterde de opnames af en gaf via het veldwerkbureau feedback aan de interviewer. Om de kwaliteit van het veldwerk te volgen werd daarnaast aan 10% van de respondenten een brief gezonden twee weken nadat het interview had plaatsgevonden, met enkele vragen over demografie, evaluatie en lengte van de vragenlijst. Dit leverde geen bijzondere zaken op. Aan interviewers werd vooraf verteld dat er verschillende kwaliteitscontroles plaatsvonden.

De interviewers werden zowel per interview betaald, als voor de tijd dat het interview, de werving en het reizen duurde. Indien alleen per interview zou worden betaald kan bovengenoemd fenomeen worden gestimuleerd dat screeningsvragen negatief worden gescoord, en dat interviewers zich vooral richten op respondenten die makkelijk te werven zijn, met een lage respons tot gevolg.

Diagnostisch instrument

Ontwikkeling van de CIDI 3.0

De aanwezigheid van lifetime en 12-maands DSM-IV aandoeningen waren gebaseerd op de CIDI 3.0, welke eerder was ontwikkeld en verder werd aangepast door de 'WHO-World Mental Health (WMH) Survey Initiative', een wereldwijd consortium van psychiatrisch-epidemiologische studies onder de algemene bevolking. In Neder-

land was de CIDI 3.0 eerder gebruikt in de studie ESEMeD, dat onderdeel is van de WMH-studies. De CIDI 3.0 werd daarvoor eerst in het Engels gemaakt en onderging een langdurig proces van aanpassingen om een conceptueel en crosscultureel vergelijkbare versie in het Nederlands te verkrijgen (Alonso et al., 2004; de Graaf et al., 2008). Dit proces hield onder meer een vertaling in van het Engels naar het Nederlands en daarna een 'terugvertaling' van het Nederlands naar het Engels van delen van de vragenlijst, een beoordeling van vertalingen door een panel van experts, en het testen van de vragenlijst. De eerste auteur van dit rapport, die als projectleider deelnam aan ESEMeD en de WMH-studies, had hierover de leiding voor de Nederlandse CIDI 3.0 die in ESEMeD werd gebruikt (de Graaf et al., 2008). De CIDI 3.0 die in NEMESIS-2 is gebruikt is hiervan een verbetering. De ESEMeD-landen waren namelijk de eerste WMH-landen die met het veldwerk begonnen (veldwerkperiode van 2001-2003) en gebruikten een eerdere versie van de CIDI 3.0 (versie 18). Latere versies van de CIDI 3.0 kwamen tot stand toen verschillende landen van de WMH hun veldwerk begonnen en er verbeteringen in werden aangebracht.

Nieuwste CIDI 3.0 versie

NEMESIS-2 maakte gebruik van de CIDI 3.0 versie 21, welke wereldwijd de meest recente versie was toen in 2007 met de voorbereidingen van NEMESIS-2 begonnen werd. Voor deze versie was van sommige vragen een aanvullende vertaling van het Engels naar het Nederlands nodig. Daarnaast werd één sectie geheel opnieuw vertaald omdat deze substantieel was veranderd. In plaats van de minder uitgebreide drugssectie van de CIDI 3.0 werd namelijk gekozen voor de uitgebreide drugssectie die in 2007 door de 'WHO-CIDI Advisory Committee' als keuzemogelijkheid was gemaakt, zodat drugsmisbruik en -afhankelijkheid apart voor de verschillende drugs konden worden bepaald (zie voor een discussie over 'overall' versus afzonderlijke drugsdiagnosen: Cottler, 2007; Kessler & Merikangas, 2007b).

Exclusie-criteria bij het bepalen van psychische aandoeningen

Om er zeker van te zijn dat de CIDI 3.0 symptomen niet alleen te wijten waren aan lichamelijke ziekten, een letsel, of het gebruik van alcohol, drugs of medicatie, werden zogenoemde organische exclusieregels gebruikt om de diagnosen te bepalen. Daarnaast werden hiërarchische regels gebruikt bij het bepalen van de diagnosen; deze worden gebruikt om het vóórkomen van psychische aandoeningen te bepalen als psychiatrische comorbiditeit *niet* het onderwerp van studie is. Omdat middelen-afhankelijkheid vaak vooraf wordt gegaan door middelenmisbruik, werd de diagnose misbruik met uitsluiting van afhankelijkheid bepaald.

Validatie van de CIDI 3.0

Klinische validatie-studies uitgevoerd in verschillende landen (Haro et al., 2006) laten zien dat de CIDI 3.0 stemmings-, angst- en middelenstoornissen over het algemeen met een goede validiteit bepaalt in vergelijking tot geblindeerde klinische interviews die gebruik maken van de SCID ('Structured Clinical Interview for DSM-IV'). Studies

met een eerdere versie van de CIDI concludeerden eerder eveneens dat de CIDI psychische aandoeningen over het algemeen met een acceptabele betrouwbaarheid en validiteit bepaalt, met uitzondering van schizofrenie (Andrews & Peters, 1998; Wittchen, 1994). De CIDI 3.0 diagnoses van aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn niet gevalideerd in de eerder genoemde klinische validatie-studie (Haro et al., 2006) omdat ze geen onderdeel uitmaken van de SCID.

In de CIDI 3.0 is de retrospectieve bepaling van ADHD in de kindertijd gebaseerd op de 'Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV' (DIS; Robins et al., 1995). Om dit instrument te valideren werden in de NCS-R-studie in de VS de uitkomsten van dit instrument vergeleken met de uitkomsten van een klinisch interview waarin de 'ADHD Rating Scale' (ADHD-RS; DuPaul et al., 1998) voor het bepalen van ADHD in de kindertijd werd gebruikt, en een aanpassing van de ADHD-RS om recente ADHD bij volwassenen te bepalen. Een sterk verband ('area under the curve' = 0,86) werd gevonden tussen de DIS-vragen en de klinische diagnoses, zodat het als een valide instrument kan worden beschouwd (Fayyad et al., 2007).

Verbeteringen in de CIDI 3.0

Vergeleken met de CIDI 1.1 die gebruikt werd in NEMESIS-1, heeft de CIDI 3.0 belangrijke verbeteringen en toevoegingen (voor een overzicht, zie Kessler & Üstün, 2004, 2008). De drie meest belangrijke zijn de volgende. Ten eerste, de ernst van de aandoening wordt vastgesteld voor alle stoornissen. Om die ernst van de aandoening te bepalen wordt de 'Sheehan Disability Scale' gebruikt (Leon et al., 1997). Door middel van deze toevoeging kan de vraag worden beantwoord of degenen met de meest ernstige aandoening zorg krijgen, of dat een groot deel van degenen die zorg ontvangen geen of slechts een milde psychische aandoening heeft volgens DSM-IV criteria (Druss et al., 2007; Kessler et al., 2005a; The WHO World Mental Health Consortium, 2004). Het was niet mogelijk deze onderzoeksvraag te bestuderen in NEMESIS-1. Ten tweede, zorggebruik wordt niet alleen in het algemeen bepaald, maar ook per aandoening. Dit maakt het mogelijk de tijdsduur tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het moment waarop men voor het eerst daarvoor zorg kreeg te bestuderen (Wang et al., 2005b, 2007). Ten derde, de CIDI 3.0 bepaalt ook een aantal externaliserende stoornissen in de kindertijd en vroege adolescentie en de restsymptomen ervan in de volwassenheid (Kessler et al., 2005b). Daarom kon in NEMESIS-2 ook ADHD, gedragsstoornis, en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis worden bepaald. Deze aandoeningen worden alleen vastgesteld bij respondenten van 18 tot en met 44 jaar omdat oudere respondenten zich de symptomen uit de kindertijd en vroege adolescentie minder goed zouden kunnen herinneren (zie Kessler et al., 2007a).

Een ander voordeel van de CIDI 3.0 is dat het start met een screening sectie waarin kernvragen over symptomen van de meeste in de CIDI opgenomen psychische aandoeningen zijn opgenomen. Alleen respondenten die bevestigend antwoorden op een kernvraag, gaan verder met de vragen van de CIDI-sectie over de betreffende aandoening. Met een screener wordt de kans verkleind dat de respondent leert hoe de duur van het interview kan worden verkort door negatief te antwoorden op

belangrijke kernvragen ('key questions') indien deze telkens zouden worden gevraagd aan het begin van een sectie over een aandoening. Een screener was geen onderdeel van de CIDI 1.1 die in NEMESIS-1 werd gebruikt.

Afgenomen CIDI-secties

In NEMESIS-2 zijn niet alle secties van de CIDI 3.0 gebruikt. De meeste secties over psychische aandoeningen (stemmings-, angst-, middelenstoornissen, ADHD en gedragsstoornissen) en de sectie over suïcidaliteit werden opgenomen. In tegenstelling tot veel andere studies, werd er voor gekozen de verschillende secties van psychische aandoeningen bij *alle* respondenten af te nemen (met uitzondering van aandachtstekort- en gedragsstoornissen waar de leeftijd beperkt was tot alle 18-44 jarigen). Het voordeel hiervan is dat de aantallen respondenten per psychische aandoening dan van voldoende grootte zijn om relevante analyses uit te kunnen voeren. Veel CIDI-secties die niet op het vaststellen van psychische aandoeningen betrekking hadden werden om verschillende redenen niet opgenomen, zoals een te lange duur en niet vergelijkbaar met NEMESIS-1. Vragen over andere onderwerpen dan stoornissen werden opgenomen in een aanvullende vragenlijst (zie hierna). De vragen om schizofrenie en antisociale persoonlijkheidsstoornis vast te stellen werden ook in de aanvullende vragenlijst opgenomen. De CIDI en de aanvullende vragenlijst werden met een laptop afgenomen tijdens de face-to-face interviews.

Schizofrenie

De vragen om schizofrenie vast te stellen waren een uitbreiding en verbetering van de vragen die onderdeel vormen van de psychose-sectie van de CIDI 1.1. Omdat de diagnose schizofrenie minder betrouwbaar kan worden vastgesteld met de CIDI werd binnen enkele weken na het interview telefonisch contact opgenomen met de respondent om een afspraak te maken voor een klinisch herinterview, indien een respondent één of meer lifetime psychotische symptomen uit een lijst van 20 rapporteerde (n=1.084). Dit interview werd telefonisch afgenomen met vragen uit de SCID, door psychologen die getraind waren in het afnemen van dit instrument. De respons van dit deelonderzoek bedroeg 73,3%. De klinische herinterviews werden uitgevoerd en gefinancierd door de Afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis werd gemeten met vragen uit de 'International Personality Disorder Examination' (IPDE; Loranger et al., 1994). Deze items zijn onderdeel van de CIDI 3.0 (Lenzenweger et al., 2007; Huang et al., 2009) en bepalen lifetime antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Programmering van de CIDI 3.0

De Nederlandstalige CIDI 3.0 die in NEMESIS-2 is gebruikt werd in de VS geprogrammeerd door de Harvard University in Boston met het Blaise software systeem.

De programmering werd uitvoerig gecontroleerd en getest door de onderzoekers van het NEMESIS-team waarbij van elke sectie alle mogelijke interviewpaden werden nagelopen. Dit was een tijdrovende klus omdat de CIDI veel en vaak complexe doorverwijzingen heeft. Als een doorverwijzing niet juist geprogrammeerd is, kan dit grote consequenties hebben, wat zelfs het niet kunnen bepalen van het vóórkomen van een aandoening tot gevolg kan hebben, zoals in ESEMeD gebeurde voor drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid (de Graaf et al., 2008).

Op basis van een pilot werden slechts kleine aanpassingen gemaakt in de gecomputeriseerde versie van de CIDI en de aanvullende vragenlijst. Na de pretest werd besloten de sectie obsessieve-compulsieve stoornis niet in de vragenlijst op te nemen vanwege de relatief lange duur van het interview en het geringe vóórkomen van deze aandoening in de algemene bevolking (in NEMESIS-1 kwam dit ooit in het leven bij 0,9% van de volwassenen voor).

Tabel 1. Onderwerpen en instrumenten gebruikt in NEMESIS-2.

Onderwerp	Instrument/Meting	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolgmeting T ₁	2e vervolgmeting T ₂
I. Demografie				
Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, urbanisatiegraad van de woonplaats (huidige en gedurende de jeugd), woonsituatie (inclusief aantal en leeftijd van kinderen), werksituatie (ook van partner), inkomen (ook van partner), etnische afkomst, religieus zijn	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
II. Psychische gezondheid				
Internaliserende en middelenstoornissen: depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornis paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, en drugsmisbruik en –afhankelijkheid	Psychische aandoeningen secties van de CIDI 3.0	X	X	X
Externaliserende stoornissen: ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	Psychische aandoeningen secties van de CIDI 3.0	X	X*	X*
Psychotische symptomen	Een aanpassing van de CIDI 1.1 schizofrenie-sectie die gebruikt werd in NEMESIS-1	X	X	X
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	IPDE	X	X	X
Gebruik van tabak	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
Veranderingen in psychiatrische symptomen	Life chart interview bij subgroepen (b.v. degenen met een recente depressieve stoornis of paniekstoornis)		X	X

Onderwerp	Instrument/Meting	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolg-meting T ₁	2e vervolg-meting T ₂
III. Lichamelijke gezondheid				
Somatische aandoeningen	Zelf-ontworpen vragen op basis van de NEMESIS-1-vragenlijst	X	X	X
Fysieke activiteit	1 vraag op T ₀ gebaseerd op de IPAQ, en de IPAQ op T ₁ en T ₂	X	X	X
IV. Kwetsbaarheidsfactoren				
Neuroticisme	EPQ	X	X	X
Extraversie	EPQ	X		
Kindertraumata	Zelf-ontworpen vragen op basis van de NEMESIS-1-vragenlijst	X		
Psychiatrische problemen in de familie	Zelf-ontworpen vragen op basis van de NEMESIS-1-vragenlijst		X	
Suïcidaliteit	Suïcidaliteit-sectie van de CIDI 3.0	X	X	X
Discriminatie	Zelf-ontworpen vragen		X	
V. Bevorderende en belemmerende factoren				
Recente levensgebeurtenissen	Op basis van de Brugha Life Events section	X	X	X
Sociale steun	Nog te beslissen		X	X
Eenzaamheid	Nog te beslissen			
Delinquentie	Nog te ontwikkelen		X	X
VI. Functioneren				
Functioneren: algemeen	SF-36	X	X	X
Functionele beperkingen: aandoening-specifiek	Sheehan Disability Scales binnen de secties van psychische aandoeningen van de CIDI 3.0	X	X	X
Werkverzuim	3 vragen uit de WHODAS	X	X	X
VII. Hulpzoekgedrag				
Zorggebruik: algemeen	Aanpassing van de zelf-ontworpen NEMESIS-1-vragenlijst	X	X	X
Zorggebruik: aandoening-specifiek	Binnen de secties van psychische aandoeningen van de CIDI 3.0	X	X	X
Medicatie	Aanpassing van de zelf-ontworpen NEMESIS-1-vragenlijst	X	X	X
Mantelzorg	Zelf-ontworpen vragen		X	X
Onvervulde zorgbehoefte	Zelf-ontworpen vraag op basis van de NEMESIS-1 vragenlijst	X	X	X
Attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten	Gebaseerd op Kwekkeboom, 2000	X		
Attitude ten aanzien van het zoeken van professionele hulp	5 vragen uit de ESEMeD-CIDI 3.0	X		

Onderwerp	Instrument/Meting	NEMESIS-2		
		Baseline-meting T ₀	1e vervolg-meting T ₁	2e vervolg-meting T ₂
IIX. Seksualiteit				
Seksueel gedrag en seksuele oriëntatie	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
Seksuele problemen, en seksueel misbruik na het 16 ^e jaar	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
Zorggebruik vanwege seksuele problemen	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
IX. Geweld				
Geweld binnen partner-relaties	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
Geweld tegen eigen kinderen	Zelf-ontworpen vragen	X	X	X
Geweld in andere situaties	Zelf-ontworpen vragen		X	X

*: *nog te beslissen*

Aanvullende vragenlijst

Tabel 1 laat de onderwerpen zien die zijn opgenomen in de aanvullende vragenlijst van de eerste meting. Deze onderwerpen hebben vooral betrekking op niet-klinische secties, zoals demografie, lichamelijke gezondheid, kwetsbaarheidsfactoren, bevorderende en belemmerende factoren, functioneren, hulpzoekgedrag, seksualiteit en geweld. De aanvullende vragenlijst werd zo geconstrueerd dat een vergelijking van belangrijke gegevens mogelijk was met NEMESIS-1, en met andere belangrijke studies in de psychiatrische epidemiologie.

Demografie

Gevraagd werd naar: geslacht, leeftijd, hoogst genoten opleiding, urbanisatiegraad van de woonplaats (huidige en gedurende de jeugd), woonsituatie, aantal en leeftijd van kinderen, werksituatie van de respondent en van de eventuele partner, inkomen van de respondent en van de partner, inclusief de evaluatie van de respondent over zijn of haar financiële situatie, etnische afkomst en religie.

Psychische gezondheid

Met de CIDI 3.0 werd een brede range aan internaliserende en externaliserende stoornissen bepaald. In de aanvullende vragenlijst kwamen andere psychische problemen aan bod, zoals symptomen van schizofrenie (zie boven) en het gebruik van tabak (frequentie van roken in de afgelopen vier weken).

Lichamelijke gezondheid en fysieke activiteit

Om de comorbiditeit van psychische en lichamelijke aandoeningen te kunnen bepalen werd een lijst van 17 chronische lichamelijke aandoeningen opgenomen. De vragen hadden betrekking op de aanwezigheid ervan, het zorggebruik daarvoor in de afgelopen 12 maanden, en de leeftijd van het ontstaan van de lichamelijke aandoening. Daarnaast werd fysieke activiteit bepaald: het aantal fysiek actieve dagen, dat wil zeggen het aantal dagen dat men minstens 30 minuten per dag minstens matig inten-

sieve activiteiten heeft uitgevoerd, in een gemiddelde week. Deze vraag is gebaseerd op de 'International Physical Activity Questionnaire' (IPAQ; Craig et al., 2003).

Kwetsbaarheidsfactoren

Neuroticisme en extraversie werden gemeten met de Nederlandse verkorte 24-item versie van de 'Eysenck Personality Questionnaire' (the EPQ-Revised Short Scale; Eysenck et al., 1976, 1985). Kindertraumata werden gemeten door middel van de aanwezigheid van 7 negatieve levensgebeurtenissen vóór de leeftijd van 16 jaar (zoals dood van een ouder, en scheiding van de ouders), en misbruik en verwaarlozing (frequentie van emotionele verwaarlozing, psychische en lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik) tijdens iemands jeugd door ouders, broers, zussen, andere familieleden, vrienden of anderen.

Negatieve levensgebeurtenissen

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

Functioneren

Het functioneren in het algemeen werd gemeten met de 'MOS Short-Form Health Survey' (SF-36; Stewart et al., 1988; Ware & Sherbourne, 1992). Het aantal verloren 'werk'-dagen werd gemeten door middel van het aantal dagen dat men verzuimde op het werk of bij andere normale bezigheden, en het aantal dagen waarop men in staat was deze bezigheden te verrichten maar minder kwaliteit of kwantiteit leverde dan gewoonlijk (drie vragen gebaseerd op de 'WHO Disability Assessment Schedule' (WHODAS; Von Korff et al., 2008).

Zorggebruik

Zorggebruik in het algemeen werd nagevraagd met behulp van de sectie over zorggebruik in NEMESIS-1 (Bijl & Ravelli, 2000b). Zorggebruik werd bepaald met de vraag: 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan...?' Deze vraag werd gesteld voor 16 hulpverleners, instellingen of voorzieningen: algemene gezondheidszorg (huisarts; bedrijfsarts of ARBO-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg), GGZ (psychiater, psycholoog of psychotherapeut; instelling voor verslavingszorg; psychiatrische dagbehandeling; opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of soortgelijke instelling), of andere vormen van zorg (alternatieve genezer; pastorale zorgverlener; iemand uit het eigen sociale netwerk; zelfhulpgroep; telefonische hulpdienst; en informatie of hulp via internet). Indien de respondent een hulpverlener of instelling had bezocht, werden vragen gesteld over het type hulp, de aantallen bezoeken en de leeftijd

waarop men voor het eerst een arts of andere hulpverlener had gesproken. Medicatie vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, en de leeftijd waarop men voor het eerst deze medicatie kreeg voorgeschreven, en onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden, werden eveneens nagevraagd.

Attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten

Attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten werd gemeten met een vragenlijst met 5 items die al eerder in Nederlandse bevolkingsonderzoeken is meegenomen (Kwekkeboom, 2000; Mootz, 1990; Van 't Veer, et al., 2005). Voorbeelden van de vragen zijn: 'Zou u er bezwaar tegen hebben als iemand van wie u weet dat hij/zij opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis: 1. naast u zou komen wonen; 2. met u bevriend zou worden; 3. op uw kinderen zou passen voor een paar uur?'. De 5 antwoordcategorieën varieerden tussen 'beslist niet' en 'beslist wel'.

Attitude ten aanzien van het zoeken van professionele hulp

Attitude ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen werd gemeten met 5 vragen die ook opgenomen waren in de ESEMeD-versie van de CIDI 3.0. Voorbeelden van deze vragen zijn: 'Als u een psychisch probleem zou hebben, zou u dan naar een professionele hulpverlener gaan?' en 'In welke mate zou u zich op uw gemak voelen wanneer u uw psychische problemen met een hulpverlener zou bespreken?'. De antwoordcategorieën varieerden per vraag.

Seksualiteit

In NEMESIS-1 waren weinig vragen over seksualiteit opgenomen. Daarom werd het aantal vragen hierover uitgebreid. Gevraagd is naar het seksueel gedrag in de afgelopen 12 maanden (heteroseksuele, homoseksuele of biseksuele contacten), seksuele oriëntatie (aangetrokken voelen tot vrouwen of/en mannen), seksuele problemen (miskraam, vruchtbaarheidsproblemen, abortus, seksverslaving), seksueel misbruik voor en na het 16^e jaar, en zorggebruik vanwege seksuele problemen in de afgelopen 12 maanden.

Geweld

Omdat in NEMESIS-2 externaliserende stoornissen worden bepaald, waren we ook geïnteresseerd in de vraag of men geweld had meegemaakt, zowel in de rol van slachtoffer als dader. Op verschillende plaatsen in de vragenlijst is gevraagd naar geweld in interpersoonlijke relaties: tijdens iemands jeugd (zie boven), in vroegere of huidige vaste relatie(s) (frequentie en laatste keer van emotionele verwaarlozing, psychische en lichamelijke mishandeling door en tegen de partner), geweld tegen iemands kinderen gedurende de opvoeding (frequentie van emotionele verwaarlozing, psychische en lichamelijke mishandeling).

Genetisch materiaal (DNA)

Omdat psychische aandoeningen gedeeltelijk erfelijk bepaald zijn (Sullivan et al., 2000), zijn genetische factoren en hun interacties met omgevingsfactoren belangrijke determinanten van het ontstaan en het beloop van deze aandoeningen. Om in NEMESIS-2 genetische factoren te kunnen bestuderen, werd aan de respondenten aan het eind van het interview gevraagd speeksel af te staan. In de brochure die vooraf aan de respondent werd verzonden werd informatie gegeven over het doel ervan. Er werd overigens duidelijk aangegeven dat men ook aan het interview kon deelnemen zonder speeksel af te staan. De respondent werd gevraagd voorafgaand aan het afstaan van speeksel een tweede informed consent te ondertekenen voor toestemming van het gebruik van de erin besloten genetische informatie. Van 76,4% van de respondenten werd DNA opgeslagen. Respondenten die niet bereid waren speeksel af te staan behoorden vaker tot het laagste opleidingsniveau en de laagste inkomenscategorie, waren vaker zonder betaald werk, van niet-westerse afkomst, woonden vaker alleen, in een grote stad, hadden minder vaak een lifetime aandoening, en hadden een kortere interviewduur, vergeleken met degenen die daartoe wel bereid waren. Er was geen verschil in geslacht, leeftijd, religie, lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen, antisociale persoonlijkheidsstoornis en enigerlei 12-maands aandoening.

Speeksel werd verzameld in 'Oragene-DNA Self Collection Kits' (DNA Genotek, Ottawa, Canada). Monsters werden door de interviewer via de post verzonden naar de Universiteit Maastricht, waar DNA werd geëxtraheerd met behulp van het 'Auto-GenFlex' DNA isolatie systeem (Autgen, Hilliston, MA, USA), volgens de instructies van de producent. DNA monsters werden in de vriezer opgeslagen bij -20°C zodat ze in de toekomst kunnen worden geanalyseerd. De DNA-verzameling vond plaats in samenwerking met en gefinancierd door de Afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Respons en non-respons onderzoek

Respons

Tabel 2 laat de resultaten zien van de steekproefprocedure en de respons. In de berekening van de respons is rekening gehouden met het geschatte gedeelte van de personen met wie nooit contact kon worden gemaakt (dat waren 741 personen) dat mogelijk niet tot de netto-steekproef behoorde, bijvoorbeeld omdat de respondent niet 18-64 jaar was of niet voldoende Nederlands sprak. Overeenkomstig de werkwijze van wereldwijd bekende bevolkingsstudies als de NCS-R en ESEMeD (Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2004), is de berekening van de respons gebaseerd op gewogen data omdat in de 'endgame'-fase een aselekt gedeelte van de moeilijk te werven respondenten is herbenaderd. De respons was 65,1%, wat vergelijkbaar is met dat van NEMESIS-1 (64,2%; Bijl et al., 1998a). Door de intensieve wervingsme-

thode in NEMESIS-2, met herhaalde contactpogingen en een lange veldwerkperiode, was het mogelijk een relatief hoge respons te verkrijgen voor de Nederlandse situatie. De bereidheid om deel te nemen aan wetenschappelijke studies is namelijk dramatisch gezakt in Nederland in het afgelopen decennium. Een mogelijke verklaring is dat in de laatste tien tot twintig jaar in ons land commerciële onderzoeksbureaus met een hoge frequentie contact proberen te leggen met mensen, wat een negatief effect heeft op de bereidheid om deel te nemen, ook aan niet-commercieel onderzoek (Stoop, 2005).

Tabel 2. De respons en non-respons van NEMESIS-2.

	N	%
'Bruto-bruto' steekproef van adressen ^a	15.239	
Bruto steekproef van adressen van privé-huishoudens	14.541	100
Huishoudens zonder 18-64-jarige	2.792	19,2
Taalproblemen	336	2,3
Cognitieve problemen	8	0,1
Gedurende gehele veldwerkperiode niet in Nederland	56	0,4
Netto steekproef	11.349	78,0
Netto steekproef	11.349	100
Weigering ^{bc}	3.307	29,1
Niet in staat ^{bd}	158	1,4
Geen contact ^{be}	1.211	10,7
Mislukte matching CIDI en aanvullende vragenlijst	27	0,3
Respons	6.646	58,6
Respons gecorrigeerd ^f	6.646	59,4
Respons gewogen ^g	6.646	65,1

^a Van de 15.239 getrokken adressen behoorden er 698 niet tot de steekproef vanwege de volgende redenen: verwaarloosde/vernieelde woning (33), woning nog niet gebouwd/niet bewoonbaar (43), geen woning/zakelijk pand/instelling (286), adres is niet bewoond (267), adres is niet traceerbaar (69). Dit leverde een bruto steekproef op van 14.541 adressen.

^b De non-respons categorieën geven de reden weer zoals verkregen tijdens de laatste contactpoging.

^c Weigering: weigering via de helpdesk van het veldwerkbureau (227), weigering voordat de respondent-selectie kon plaatsvinden (405), zachte weigering (358), harde weigering (2.102), weigering door iemand anders binnen het huishouden (194), afgebroken interview door respondent zonder vervolg (21).

^d Niet in staat: tijdelijk niet in staat (87), lichamelijk niet in staat (40), psychisch niet in staat (31).

^e Geen contact: geen contact met het huishouden (1.094), geen contact met de respondent (117).

^f In de berekening van de respons is rekening gehouden met een schatting van het gedeelte van de personen met wie nooit contact kon worden gemaakt (741 personen) dat niet tot de netto-steekproef behoorde.

^g In de berekening van de respons is daarnaast rekening gehouden met de 'endgame'-strategie.

De respons in fase 1 was 43%, in fase 2 28%, en in fase 3 20%. Van de in totaal 6.646 respondenten werden er 5.035 geworven in fase 1, 1.294 in fase 2 en 317 in fase 3. Analyses van verschillen tussen de respondenten die werden geworven in die verschillende fasen laat zien dat er geen verschillen zijn tussen respondenten uit fase 1 en 2. Maar zij die participeerden in fase 3 wonen vaker alleen, wonen vaker in een kleine stad, zijn vaker niet gelovig en behoren minder vaak tot het hoogste opleidingsniveau. Er werden geen verschillen gevonden voor andere demografische variabelen (geslacht, leeftijd, werksituatie, inkomen, etnische afkomst). Gecontroleerd voor demografische variabelen, bleek er geen verschil tussen de respondenten uit de verschillende fasen voor de verschillende hoofdgroepen van psychische aandoeningen, met uitzondering van enigerlei lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen die vaker bij respondenten uit fase 3 werden gezien (Tabel 3).

Redenen voor non-respons

De redenen van non-respons bij de laatste contactpoging zijn in tabel 2 genoemd. Indien we weigering niet definiëren op basis van de laatste contactpoging maar op basis van het ooit hebben geweigerd tijdens de verschillende contactpogingen in de verschillende fasen, dan bleek weigering de meest voorkomende reden van non-respons, namelijk 32,8%; onbereikbaarheid kwam minder vaak voor (6,5%). De intensievere wervingsmethode van NEMESIS-2 vergeleken met NEMESIS-1 blijkt uit het iets hogere percentage onbereikbare respondenten in NEMESIS-1 (7,9%).

Non-respons onderzoek

Een non-respons onderzoek werd uitgevoerd waarbij een vragenlijst werd afgenomen met de reden om niet te participeren, en met vragen over demografie (geslacht, leeftijd, woonsituatie, aantal personen in het huishouden, etnische afkomst), gevoelens van neerslachtigheid en zenuwachtigheid in de afgelopen vier weken (met de 'Mental Health Inventory'; MHI-5; 5 items; $\alpha=0,82$ voor het non-respons onderzoek en $\alpha=0,81$ voor de gewone studie; Cuijpers et al., 2009), en vier items uit de screener van de CIDI (drie symptomen van aandachtstekort- en gedragsstoornissen; één over ervaren lichamelijke gezondheid). Deze vragenlijst werd niet meteen afgenomen na een eerste (niet-harde) weigering door potentiële respondenten, omdat we deze personen enige tijd later opnieuw wilden benaderen. Het non-respons onderzoek werd pas echt in gang gezet aan het eind van de veldwerkperiode, en werd bij de meeste personen telefonisch uitgevoerd. Het behaalde een respons van 26,1% van alle non-responders (1.229 van 4.703). Vergeleken met alle respondenten, waren deze non-responders vaker man, minder vaak 18-24 jaar, woonden ze minder vaak alleen, en waren ze minder vaak van niet-Nederlandse afkomst. Urbanisatiegraad bleek niet significant te verschillen tussen beide groepen. Non-responders hadden significant vaker dan respondenten stemming- en angstproblemen volgens de MHI-5 (OR=1,75; 95% BI=1,45-2,11), en vaker minstens één lifetime symptoom van aandachtstekort- en gedragsstoornissen (OR=2,04; 95% BI=1,76-2,35), na controle voor demografie. Er werd geen verschil gevonden in de ervaren lichamelijke

Tabel 3. Vergelijking van de prevalentie van psychische aandoeningen bij respondenten uit de verschillende fasen waarin ze werden geïnterviewd, in 'relative risk ratio' (RRR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).

	Fase		
	2	3	
	RRR ^b (95% BI) ^a	RRR ^b (95% BI) ^a	p#
Enigerlei lifetime aandoening	0,97 (0,85 – 1,10)	1,13 (0,89 – 1,42)	NS
Stemmingsstoornis	0,97 (0,83 – 1,13)	0,94 (0,71 – 1,25)	NS
Angststoornis	0,94 (0,81 – 1,10)	0,98 (0,74 – 1,30)	NS
Middelenstoornis	0,99 (0,84 – 1,17)	1,12 (0,83 – 1,51)	NS
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	1,35 (0,97 – 1,87)	2,15 (1,34 – 3,46)	NS
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0,76 (0,49 – 1,17)	0,90 (0,43 – 1,88)	NS
Enigerlei 12-maands aandoening	0,97 (0,82 – 1,15)	1,06 (0,79 – 1,42)	NS
Stemmingsstoornis	1,14 (0,89 – 1,46)	0,91 (0,56 – 1,47)	NS
Angststoornis	0,91 (0,74 – 1,12)	1,01 (0,70 – 1,46)	NS
Middelenstoornis	0,89 (0,65 – 1,21)	1,12 (0,67 – 1,86)	NS
ADHD	1,15 (0,59 – 2,25)	2,02 (0,82 – 4,99)	NS

^a De referentiecategorie bestaat uit de respondenten die in fase 1 werden geïnterviewd.

^b De resultaten zijn gecorrigeerd voor verschillen in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie en urbanisatiegraad.

Vet gedrukt: significante RRRs voor de vergelijking van de prevalentie tussen fase 1 en 2, en tussen fase 1 en 3.

De significantie van de gecorrigeerde RRRs voor de vergelijking van de prevalentie tussen fase 2 en 3.

NS=niet significant.

gezondheid. De betekenis van deze resultaten voor de gevonden prevalenties van aandoeningen worden in hoofdstuk 6 (Discussie) besproken.

Item non-respons

Item non-respons, dat wil zeggen non-respons bij vragen in het interview, was verwaarloosbaar als gevolg van de computergestuurde afname van het interview. Bij 140 respondenten werd in de derde fase een verkort interview afgenomen (CIDI, belangrijkste demografische variabelen en algemeen functioneren).

Karakteristieken van de steekproef en weging

Tabel 4 laat van de respondenten (N=6.646) de verdeling zien in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, etnische afkomst en urbanisatiegraad van de woonplaats. Tevens geeft deze tabel de verdeling weer van deze demo-

Tabel 4. Demografische kenmerken van de NEMESIS-2-steekproef en van de Nederlandse bevolking.

	NEMESIS-2 %	Nederlandse bevolking %
Geslacht		
Man	44,8	50,3
Vrouw	55,2	49,7
Leeftijd		
18-24	7,3	13,1
25-34	16,9	19,3
35-44	25,6	24,7
45-54	23,9	22,9
55-64	26,3	20,0
Opleiding		
Lager onderwijs	5,0	8,3
LBO, MAVO	27,5	22,8
MBO, HAVO, VWO	32,3	41,2
HBO, universiteit	35,2	27,7
Woonsituatie		
Met partner met kinderen	38,3	38,8
Met partner zonder kinderen	29,5	27,8
Alleenstaande ouder	5,5	4,1
Alleenstaand	20,8	17,1
Bij ouders	5,0	10,4
Met anderen	0,9	1,8
Werksituatie		
Betaald werk	74,6	68,5
Geen betaald werk	25,4	31,5
Etnische afkomst		
Nederlands	86,1	79,7
Anders westers	8,2	9,4
Turks	0,7	2,3
Marokkaans	0,8	1,9
Surinaams	1,6	2,2
Antilliaans	0,7	0,8
Anders niet-westers	1,9	3,7
Urbanisatiegraad		
Zeer laag	13,2	11,7
Laag	21,6	21,1
Matig	22,6	19,1
Hoog	26,5	29,2
Zeer hoog	16,1	18,9

grafische variabelen voor de gehele Nederlandse bevolking volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voor het jaar 2008. De respondenten bestaan voor 55,2% uit vrouwen en 44,8% uit mannen en hebben een gemiddelde leeftijd van 44,3 jaar ($SD=12,5$). Het meest voorkomende opleidingsniveau was HBO/universiteit. 67,8% was getrouwd of woonde samen en 20,8% woonde alleen. 74,6% had een betaalde baan. Van de respondenten was 5,7% van niet-westerse afkomst, gedefinieerd als zelf of minstens één ouder niet geboren in West-Europa of Noord-Amerika. Zij waren vooral van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse of Marokkaanse afkomst.

De respondenten weerspiegelen redelijk goed de Nederlandse bevolking. Mannen, personen die jonger zijn, met name 18-24-jarigen, personen met een lager opleidingsniveau als hoogst behaalde opleiding, en personen zonder betaalde baan waren ondervertegenwoordigd. Zij die alleen woonden waren enigszins oververtegenwoordigd, mogelijk door de toegepaste procedure van de huishoudsteekproef, waardoor zij meer kans hadden om te worden geselecteerd. Personen van Turkse en Marokkaanse afkomst waren duidelijk ondervertegenwoordigd, maar dit was niet het geval voor degenen van Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Personen wonend in (grotere) steden waren nauwelijks ondervertegenwoordigd.

Een weegfactor werd geconstrueerd om te corrigeren voor het verschil in respons tussen verschillende demografische groepen, voor het verschil in de kans op selectie van respondenten binnen een huishouden (alleenwonenden hebben een grotere kans op selectie), en voor het verschil in de kans om in fase 3 te worden getrokken. Doel ervan was om daarmee de resultaten te kunnen generaliseren naar de algemene bevolking. De volgende bevolkingsgegevens uit het jaar 2008 verkregen van het CBS werden gebruikt om de weegfactor te construeren: geslacht, leeftijd, woonsituatie (al of niet met een partner wonend), opleidingsniveau en urbanisatiegraad (6 categorieën).

Toekomstige meetmomenten

Zoals eerder aangegeven gaf 96,4% van de respondenten aan het eind van het interview aan bereid te zijn om aan de tweede meting deel te nemen. Na de eerste meting zijn twee vervolgmetingen gepland, elk drie jaar na de voorgaande meting. Bij NEMESIS-1 was er een periode van één jaar tussen de eerste en de tweede meting en twee jaar tussen de tweede en de derde meting. Bij NEMESIS-2 is gekozen voor een andere opzet om het aantal personen met nieuw ontwikkelde psychische aandoeningen te kunnen vergroten en om het beloop van aandoeningen over een langere periode te kunnen volgen. Het vergroten van de periode tussen de meetmomenten heeft echter als nadeel dat het moeilijker is de respondenten in het cohort vast te houden. Verschillende technieken werden en zullen worden toegepast om het cohort vast te houden, zoals het versturen van een kerstkaart (met een adreswijzigingskaart die kan worden verstuurd indien men gaat verhuizen) en een verjaardagskaart, en van eerste resultaten van de studie, en het vernieuwen van de

website voor respondenten om hen op de hoogte te houden van de vooruitgang en resultaten van de studie.

Tabel 1 laat zien welke onderwerpen we van plan zijn om mee te nemen in de vragenlijst van de tweede en derde meting. Voor een deel komen de onderwerpen uit de eerste meting terug. Verandering in psychiatrische symptomen zullen in beide vervolgmetingen onder specifieke subgroepen worden meegenomen, bijvoorbeeld bij degenen met een recente depressieve stoornis of paniekstoornis, met behulp van de zogenoemde 'life chart'-methode (Lyketsos et al., 1994; Terluin et al., 2006). Psychiatrische problemen in de familie zullen worden bepaald in de tweede meting. Hoewel in de CIDI 3.0 deze psychiatrische problemen in de familie worden bepaald, gebeurt dit alleen bij respondenten met een 12-maands aandoening. Sociale steun, ervaren discriminatie, delinquentie, geweld buiten de partner-relatie en mantelzorg zullen eveneens worden meegenomen in één van de vervolgmetingen. Een definitieve selectie van onderwerpen zal worden bepaald in de voorbereidende fase van de vervolgmetingen.

4. Vóórkomen van psychische aandoeningen

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken over het vóórkomen van psychische aandoeningen op basis van de eerste meting van NEMESIS-2 (veldwerkperiode: 2007-2009). De gegevens zijn gewogen naar de Nederlandse bevolking, zoals beschreven is in hoofdstuk 3. Om een trend te bestuderen in de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking wordt een vergelijking gemaakt met gegevens uit NEMESIS-1 waarvan de veldwerkperiode in 1996 plaatsvond.

Lifetime prevalentie van DSM-IV aandoeningen

Tabel 5 laat het vóórkomen zien van psychische aandoeningen ooit in het leven, ook wel lifetime prevalentie genoemd, zoals bleek uit NEMESIS-2. De aanwezigheid van enigerlei lifetime As-I aandoening werd gevonden bij ongeveer vier op de tien respondenten (42,7%). Stemmings-, angst- en middelenstoornis waren de meest voorkomende hoofdgroepen van aandoeningen en werden gezien bij ongeveer 2 op de 10 personen (respectievelijk 20,1%, 19,6% en 19,1%). Daarna volgden aandachtstekort- of gedragsstoornissen die bij ongeveer 1 op de 10 personen werden gezien (9,2%). Schizofrenie werd gevonden bij 0,5% van de respondenten¹.

De meest voorkomende afzonderlijke lifetime As-I aandoeningen waren depressieve stoornis (18,7%), alcoholmisbruik (14,3%), sociale fobie (9,3%) en specifieke fobie (7,9%). Van de aandachtstekort- en gedragsstoornissen in de kindertijd of vroege adolescentie kwamen gedragsstoornis (5,6%) en ADHD (2,9%) het meest voor. Antisociale persoonlijkheidsstoornis, de enige persoonlijkheidsstoornis (As-II aandoening) die gemeten is, kwam bij 3,0% van de respondenten voor.

Van alle respondenten had 23,0% één As-I aandoening, 9,7% had er twee en 10,1% had er drie of meer. Comorbiditeit werd dus bij bijna de helft (46,3%) van degenen met een lifetime As-I aandoening vastgesteld.

¹ Op grond van de gegevens uit het klinische herinterview zoals beschreven in hoofdstuk 3 kon de diagnose schizofrenie worden gesteld bij de respondenten die hieraan hadden deelgenomen. Het percentage mensen met schizofrenie bij degenen die aan dit herinterview hadden deelgenomen werd geëxtrapoleerd naar de respondenten die ook één of meer psychotische symptomen hadden volgens de CIDI maar die niet hadden deelgenomen aan het herinterview. De schatting die op deze manier werd verkregen van de prevalentie van lifetime schizofrenie in de algemene bevolking bedraagt 0,5%. In NEMESIS-1 was dit 0,4%. Omdat het hier een extrapolatie betreft, wordt deze aandoening verder niet in de tabellen over het vóórkomen van psychische aandoeningen opgenomen. De verzamelde gegevens over schizofrenie zullen in de toekomst vooral op symptomniveau worden geanalyseerd, zoals in NEMESIS-1 ook is gedaan.

Tabel 5. Prevalentie van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in percentage met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).

	Lifetime prevalentie						
	Mannen		Vrouwen		Totaal		
	%	95% BI	%	95% BI	%	95% BI	
Enigerlei stemmingsstoornis	14,4	12,8 - 16,0	25,9	24,2 - 27,7	20,1	18,9 - 21,3	
Depressieve stoornis	13,1	11,6 - 14,7	24,3	22,6 - 25,9	18,7	17,5 - 19,8	
Dysthymie	0,6	0,3 - 0,9	2,0	1,3 - 2,7	1,3	0,9 - 1,7	
Bipolaire stoornis	1,2	0,7 - 1,7	1,4	0,8 - 2,0	1,3	0,9 - 1,6	
Enigerlei angststoornis	15,9	14,2 - 17,7	23,4	21,2 - 25,6	19,6	18,2 - 21,0	
Paniekstoornis	2,8	2,1 - 3,5	4,7	3,8 - 5,6	3,8	3,2 - 4,3	
Agorafobia zonder paniekstoornis	0,4	0,2 - 0,7	1,4	0,9 - 1,8	0,9	0,6 - 1,1	
Sociale fobie	7,7	6,4 - 9,0	10,9	9,4 - 12,4	9,3	8,2 - 10,4	
Specifieke fobie	5,5	4,4 - 6,6	10,3	8,9 - 11,7	7,9	7,0 - 8,8	
Gegeneraliseerde angststoornis	3,6	2,9 - 4,4	5,4	4,4 - 6,4	4,5	3,9 - 5,1	
Enigerlei middelenstoornis	27,7	24,8 - 30,6	10,3	8,8 - 11,8	19,1	17,2 - 20,9	
Alcoholmisbruik	21,9	19,4 - 24,5	6,6	5,4 - 7,9	14,3	12,8 - 15,9	
Alcoholafhankelijkheid	3,1	2,2 - 4,1	0,9	0,4 - 1,4	2,0	1,4 - 2,6	
Drugsmisbruik	4,8	3,9 - 5,8	2,7	2,1 - 3,4	3,8	3,2 - 4,4	
Cannabismisbruik ^a	3,5	2,7 - 4,3	1,2	0,7 - 1,6	2,3	1,8 - 2,8	
Drugsafhankelijkheid	3,0	2,0 - 4,0	1,5	0,9 - 2,0	2,2	1,7 - 2,8	
Cannabisafhankelijkheid ^a	2,1	1,2 - 3,0	0,6	0,1 - 1,1	1,4	0,9 - 1,9	
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis ^{bc}	11,8	9,0 - 14,6	6,5	4,9 - 8,1	9,2	7,4 - 10,9	
ADHD ^{bc}	4,4	2,8 - 6,0	1,5	0,9 - 2,1	2,9	2,1 - 3,8	
Gedragsstoornis ^{bc}	7,4	5,5 - 9,3	3,8	2,4 - 5,2	5,6	4,3 - 6,9	
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis ^{bc}	3,2	1,9 - 4,4	2,0	1,2 - 2,8	2,6	1,8 - 3,4	
Enigerlei As-I stoornis ^d	43,4	40,4 - 46,3	41,9	39,6 - 44,3	42,7	40,5 - 44,8	
Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen ^d							
1	23,9	21,9 - 26,1	22,0	20,5 - 23,6	23,0	21,6 - 24,4	
2	9,4	8,1 - 10,8	10,0	8,8 - 11,4	9,7	8,8 - 10,7	
3 of meer	10,2	8,6 - 11,9	10,0	8,7 - 11,5	10,1	9,0 - 11,3	
Antisociale persoonlijkheidsstoornis ^e	4,3	3,2 - 5,4	1,7	1,2 - 2,2	3,0	2,5 - 3,5	
Enigerlei NEMESIS-2 stoornis ^d	44,7	41,8 - 47,7	42,3	40,0 - 44,6	43,5	41,4 - 45,6	

^a Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik, respectievelijk drugsafhankelijkheid.

^b Aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^c Lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen betekent: in de kindertijd of vroege adolescentie.

^d Bij 'Enigerlei As-I stoornis', 'Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen', en 'Enigerlei NEMESIS-2 stoornis', zijn aandachtstekort- en gedragsstoornissen gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoeningen niet zijn bepaald.

	12-maands prevalentie						Mate van chronisch beloop ^f
	Mannen		Vrouwen		Totaal		
	%	95% BI	%	95% BI	%	95% BI	%
	4,8	3,9 - 5,8	7,4	6,2 - 8,6	6,1	5,3 - 6,9	30,3
	4,1	3,2 - 5,1	6,3	5,3 - 7,2	5,2	4,5 - 5,8	27,8
	0,4	0,2 - 0,7	1,3	0,8 - 1,8	0,9	0,6 - 1,1	69,2
	0,7	0,3 - 1,1	1,0	0,4 - 1,5	0,8	0,5 - 1,1	61,5
	7,7	6,5 - 9,0	12,5	11,1 - 13,9	10,1	9,2 - 11,0	51,5
	1,0	0,6 - 1,3	1,5	0,9 - 2,0	1,2	0,9 - 1,6	31,6
	0,2	0,0 - 0,4	0,6	0,3 - 0,9	0,4	0,2 - 0,6	44,4
	3,2	2,3 - 4,1	4,4	3,5 - 5,3	3,8	3,2 - 4,4	40,9
	3,5	2,6 - 4,4	6,6	5,4 - 7,7	5,0	4,3 - 5,7	63,3
	1,3	0,8 - 1,9	2,2	1,7 - 2,7	1,7	1,4 - 2,1	37,8
	7,6	5,9 - 9,3	3,6	2,6 - 4,5	5,6	4,6 - 6,7	29,3
	5,6	4,2 - 6,9	1,8	1,1 - 2,6	3,7	2,9 - 4,5	25,9
	1,0	0,3 - 1,7	0,5	0,0 - 0,9	0,7	0,3 - 1,2	35,0
	0,9	0,5 - 1,4	0,8	0,4 - 1,2	0,9	0,6 - 1,2	23,7
	0,6	0,2 - 1,0	0,2	0,0 - 0,4	0,4	0,2 - 0,6	31,8
	0,8	0,2 - 1,3	0,7	0,3 - 1,1	0,7	0,4 - 1,0	17,4
	0,4	0,1 - 0,8	0,1	0,0 - 0,3	0,3	0,1 - 0,5	21,4
	2,9	1,5 - 4,4	1,2	0,6 - 1,7	2,1	1,3 - 2,8	--
	2,9	1,5 - 4,4	1,2	0,6 - 1,7	2,1	1,3 - 2,8	72,4
	-	-	-	-	-	-	--
	-	-	-	-	-	-	--
	17,7	15,7 - 19,6	18,4	16,4 - 20,3	18,0	16,6 - 19,4	42,2
	12,4	10,9 - 14,0	12,1	10,8 - 13,5	12,2	11,3 - 13,3	--
	3,4	2,5 - 4,4	3,3	2,5 - 4,4	3,3	2,7 - 4,1	--
	2,2	1,5 - 3,1	3,0	2,3 - 3,9	2,6	2,0 - 3,3	--
	-	-	-	-	-	-	--
	17,7	15,7 - 19,6	18,4	16,4 - 20,3	18,0	16,6 - 19,4	41,4

^e De screener van antisociale persoonlijkheidsstoornis meet lifetime antisociale persoonlijkheidsstoornis en bepaalt niet of de symptomen in de afgelopen 12 maanden aanwezig waren. Daarom zijn geen 12-maands gegevens gerapporteerd van antisociale persoonlijkheidsstoornis.

^f Het percentage mensen met een 12-maands aandoening van de mensen met een lifetime aandoening is een ruwe maat voor de mate van het chronische beloop van de betreffende stoornis.

- Niet gemeten.

-- Niet van toepassing.

Tabel 6. De samenhang tussen demografische kenmerken en psychische aandoeningen ooit in het leven, in percentage en odds ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).

	Stemmingsstoornis			Angststoornis		
	%	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	
Geslacht						
Man	50,3	14,4	1	15,9	1	
Vrouw	49,7	25,9	2,09 (1,79-2,45)	23,4	1,61 (1,35-1,92)	
Leeftijd						
18-24	12,3	15,3	0,75 (0,52-1,07)	18,9	1,01 (0,73-1,40)	
25-34	19,6	19,5	1,01 (0,82-1,24)	18,3	0,97 (0,79-1,19)	
35-44	24,9	19,8	1,04 (0,84-1,27)	21,8	1,22 (0,99-1,49)	
45-54	23,1	24,2	1,34 (1,10-1,64)	19,6	1,06 (0,86-1,29)	
55-64	20,1	19,3	1	18,7	1	
P for trend			0,01		0,92	
Opleiding						
Lager onderwijs	7,7	24,5	1,49 (0,99-2,25)	24,2	1,48 (1,00-2,19)	
LBO, MAVO	22,6	20,1	1,21 (1,00-1,46)	20,8	1,22 (0,99-1,50)	
MBO, HAVO, VWO	41,7	20,9	1,24 (1,04-1,47)	19,4	1,11 (0,93-1,32)	
HBO, universiteit	28,0	17,8	1	17,8	1	
P for trend			0,03		0,02	
Etnische afkomst						
Westers	92,8	20,1	1	19,4	1	
Niet-westers	7,2	20,6	1,04 (0,71-1,52)	22,4	1,16 (0,81-1,66)	
Religieus						
Niet	61,7	20,6	1	20,2	1	
Wel	38,3	19,3	0,88 (0,75-1,04)	18,7	0,89 (0,76-1,06)	

Vet gedrukt: significante OR of 'p for trend' (<0,05).

^a Odds ratio's zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

^b ADHD en gedragsstoornissen zijn alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

	Middelenstoornis		ADHD of gedragsstoornis ^b		Enigerlei As-I stoornis		Antisociale persoonlijkheidsstoornis	
	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a
	27,7	1	11,8	1	43,4	1	4,3	1
	10,3	0,29 (0,24-0,36)	6,5	0,51 (0,36-0,72)	41,9	0,94 (0,83-1,07)	1,7	0,38 (0,24-0,62)
	24,6	2,27 (1,56-3,28)	15,9	2,92 (1,97-4,31)	44,9	1,42 (1,09-1,86)	7,3	4,75 (2,14-10,55)
	25,9	2,43 (1,88-3,14)	8,7	1,46 (0,95-2,26)	46,4	1,51 (1,26-1,80)	3,5	2,16 (1,08-4,32)
	17,7	1,44 (1,15-1,81)	6,2	1	43,6	1,35 (1,14-1,59)	2,3	1,40 (0,76-2,59)
	16,9	1,36 (1,06-1,75)	-- ^b	-- ^b	42,7	1,30 (1,11-1,52)	2,2	1,32 (0,69-2,50)
	13,1	1	-- ^b	-- ^b	36,5	1	1,7	1
		<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001
	24,5	2,00 (1,40-2,85)	27,0	5,01 (2,84-8,84)	47,1	1,47 (1,09-1,98)	6,9	3,50 (2,03-6,04)
	18,3	1,15 (0,91-1,45)	12,2	1,63 (1,07-2,47)	41,7	1,13 (0,96-1,33)	3,9	1,43 (0,84-2,43)
	19,7	1,23 (1,03-1,47)	7,5	1,14 (0,75-1,71)	44,4	1,23 (1,06-1,42)	2,3	0,92 (0,53-1,60)
	17,1	1	6,1	1	39,6	1	2,3	1
		0,001		<0,0001		0,01		<0,0001
	19,4	1	9,2	1	43,1	1	2,9	1
	14,4	0,66 (0,45-0,98)	8,5	0,88 (0,44-1,75)	36,9	0,73 (0,55-0,96)	4,7	1,47 (0,87-2,48)
	21,9	1	10,9	1	45,6	1	3,2	1
	14,5	0,66 (0,57-0,78)	5,9	0,54 (0,37-0,80)	38,0	0,75 (0,66-0,86)	2,7	0,96 (0,59-1,55)

Demografische determinanten van lifetime aandoeningen

Naast de prevalentie van psychische aandoeningen werd onderzocht welke demografische determinanten samenhangen met het vóórkomen van deze aandoeningen. In de verklarende woordenlijst in bijlage 1 staat uitgelegd wat we onder dit begrip determinanten verstaan.

We bestudeerden die demografische kenmerken van mensen met lifetime psychische aandoeningen waarvan verondersteld wordt dat ze niet veranderen als gevolg van een psychische aandoening, zodat de tijdsvolgorde van het kenmerk en de psychische aandoening (redelijk) duidelijk is: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etnische afkomst en religie. Het verband tussen demografische variabelen en het vóórkomen van psychische aandoeningen werd bestudeerd met behulp van logistische regressie-analyses, waarbij de associaties in alle analyses constant werden gehouden voor geslacht en leeftijd (Tabel 6).

Zoals tabel 5 al liet zien, was er geen verschil tussen mannen en vrouwen in het hebben van enigerlei As-I aandoening, maar vrouwen hadden ongeveer twee keer zo vaak een stemmingsstoornis en ongeveer 1,6 keer zo vaak een angststoornis, terwijl mannen ongeveer 3,4 keer (1/0,29) zo vaak een middelenstoornis, twee keer (1/0,51) zo vaak een aandachtstekort- of gedragsstoornis en 2,6 keer (1/0,38) zo vaak een antisociale persoonlijkheidsstoornis hadden.

Op jongere leeftijd was er een grotere kans op een middelenstoornis, een aandachtstekort- of gedragsstoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis, en een kleinere kans op een stemmingsstoornis, zoals de significante 'p for trend' laat zien.

Bij een lager opleidingsniveau werd een grotere kans op een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middelenstoornis, een aandachtstekort- of gedragsstoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis gezien. Met andere woorden: hoe lager het opleidingsniveau hoe groter de kans op alle hier gemeten hoofdgroepen van aandoeningen.

Niet-westerse afkomst was geassocieerd met een kleinere kans op een middelenstoornis (0,7 keer).

Religieus zijn was beschermend tegen een middelenstoornis (0,7 keer), en een aandachtstekort- of gedragsstoornis (0,5 keer).

De in de tabel 6 gevonden sekseverschillen in de lifetime prevalentie van psychische aandoeningen waren hetzelfde voor de verschillende leeftijdscategorieën.

12-maands prevalentie van DSM-IV aandoeningen

Van alle respondenten voldeed 18,0% aan de criteria van het hebben van tenminste één aandoening in de periode van 12 maanden voorafgaand aan het interview (Tabel 5). Dat betekent dat van degenen met een lifetime aandoening, 42,2% (18,0/42,7) ook in het afgelopen jaar een psychische aandoening had. Angststoornis was de meest voorkomende hoofdgroep van 12-maands aandoeningen (10,1%), gevolgd door stemmingsstoornis (6,1%), middelenstoornis (5,6%) en ADHD (2,1%). De meest voorkomende

afzonderlijke 12-maands aandoeningen waren depressieve stoornis (5,2%) en specifieke fobie (5,0%). Deze aandoeningen waren ook twee van de vier meest voorkomende lifetime aandoeningen.

Van de respondenten had 12,2% slechts één aandoening, 3,3% had er twee en 2,6% had er drie of meer. Dit betekent dat een derde (32,6%) van degenen met een 12-maands aandoening twee of meer aandoeningen had.

Het percentage mensen met een 12-maands aandoening van de mensen met een lifetime aandoening is een ruwe maat voor de mate van het chronische beloop van de betreffende stoornis. Angststoornis blijkt een chronischer beloop te hebben dan stemmingsstoornis en middelenstoornis, die beide een ongeveer even hoog percentage laten zien (Tabel 5, laatste kolom). Van de afzonderlijke stemmingsstoornissen zijn dysthymie en bipolaire stoornis het meest chronisch, van de angststoornissen is dat specifieke fobie en van de middelenstoornissen zijn dat alcohol- en drugsafhankelijkheid. Het feit dat lifetime alcoholmisbruik relatief vaak vóórkomt (14,3%), terwijl dit in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan het interview niet het geval is (3,7%), betekent dat deze aandoening slechts in een kwart van de gevallen (25,9%) een chronisch beloop heeft. ADHD was in de volwassenheid nog steeds aanwezig bij 72,4% van de respondenten die waren gediagnosticeerd met ADHD in de kindertijd of vroege adolescentie.

Aantallen Nederlanders met een 12-maands aandoening

In tabel 7 zijn de percentages van mensen met een 12-maands aandoening omgerekend naar absolute aantallen, uitgaande van 10.486.000 personen van 18 tot en met 64 jaar wonend in Nederland per 1-1-2009. Het laat duidelijk zien dat veel mensen in de algemene volwassen bevolking psychische aandoeningen hebben. Voor enigerlei aandoening geldt dat 1.896.700 mensen in de leeftijd van 18-64 jaar een psychische aandoening hebben of hebben gehad in het afgelopen jaar. Een depressieve stoornis in het afgelopen jaar kwam bijvoorbeeld bij 546.500 volwassenen voor. Voor sociale fobie is dat 395.500, voor specifieke fobie 527.300, voor paniekstoornis 127.900, voor alcoholmisbruik 395.600, voor alcoholafhankelijkheid 82.400, en voor drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid tezamen 169.900.

Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

Bij psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden kon een groter aantal demografische kenmerken worden bestudeerd dan bij lifetime aandoeningen, omdat hier ook kenmerken werden meegenomen die betrekking hebben op het heden (woonsituatie, werksituatie, inkomen, urbanisatiegraad). Omdat dit cross-sectionele gegevens zijn moet hier wel worden opgemerkt dat het niet altijd eenduidig is of de psychische aandoening gevolg of oorzaak is van het demografische kenmerk.

Tabel 7. Aantallen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar met psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden.^a

	Aantal inwoners van 18-64 jaar per 1-1-2009: 10.486.000
Enigerlei stemmingsstoornis	643.800
Depressieve stoornis	546.500
Dysthymie	90.400
Bipolaire stoornis	88.400
Enigerlei angststoornis	1.057.800
Paniekstoornis	127.900
Agorafobia zonder paniekstoornis	41.500
Sociale fobie	395.500
Specifieke fobie	527.300
Gegeneraliseerde angststoornis	183.800
Enigerlei middelenstoornis	597.700
Alcoholmisbruik	395.600
Alcoholafhankelijkheid	82.400
Drugsmisbruik	92.900
Cannabismisbruik ^b	40.200
Drugsafhankelijkheid	77.000
Cannabisafhankelijkheid ^b	29.300
ADHD^c	124.000
Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen^d	
1	1.289.100
2	350.300
3 of meer	271.900
Enigerlei As-I stoornis^d	1.896.700

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

^b Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik respectievelijk drugsafhankelijkheid.

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

^d Bij 'Enigerlei As-I stoornis' en 'Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen' is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

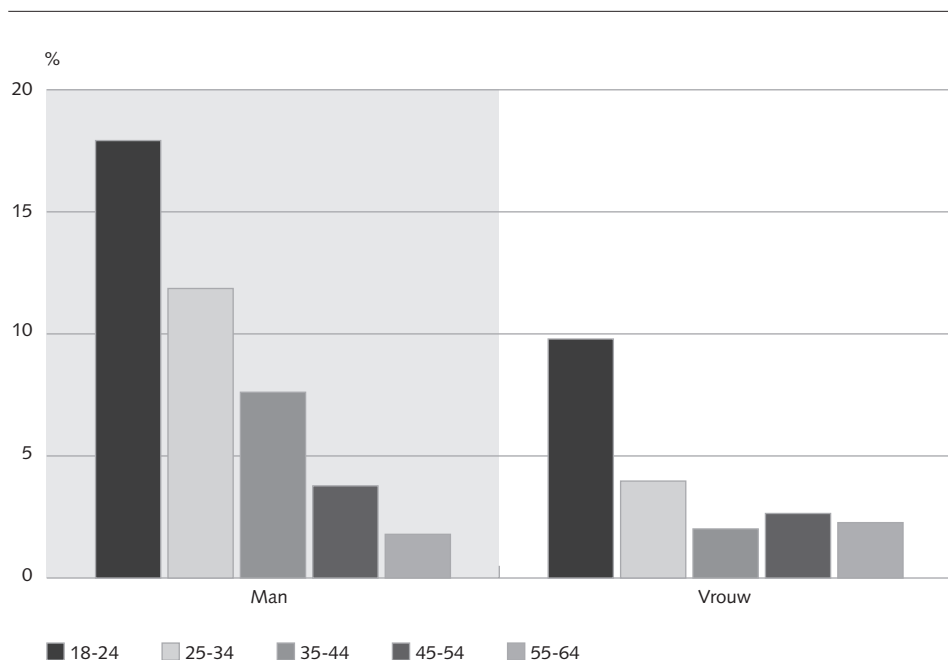
Om een voorbeeld te geven: het feit dat men zonder vaste partner woont kan de kans op een psychische aandoening vergroten, maar het is ook mogelijk dat het hebben van een psychische aandoening invloed heeft op de kans een vaste partner te vinden of te behouden. De analyses werden weer gedaan door middel van logistische regressie, waarbij geslacht en leeftijd constant werden gehouden. De uitkomsten ervan staan beschreven in tabel 8.

Opnieuw verschilden beide seksen niet in het hebben van enigerlei psychische aandoening, maar vrouwen bleken ongeveer 1,6 keer zo vaak een stemmingsstoornis en 1,7 keer zo vaak een angststoornis te hebben, terwijl mannen 2,3 keer zo vaak een middenstoornis (1/0,44) en 2,6 keer zo vaak ADHD in de volwassenheid (1/0,39) rapporteerden.

Bij een jongere leeftijd werd een grotere kans op een stemmingsstoornis, een middenstoornis en ADHD in de volwassenheid gezien. Vooral de jongste leeftijdsgroep van 18-24 jaar liet een beduidend grotere kans - acht keer zo groot - op een middenstoornis zien vergeleken met de oudste leeftijdsgroep.

Bij een lager opleidingsniveau werd een grotere kans gezien op een stemmingsstoornis, een angststoornis, een middenstoornis en ADHD in de volwassenheid.

Figuur 1. Sekseverschillen in verschillende leeftijdscategorieën in de prevalentie van 12-maands middenstoornis (%).



Tabel 8. De samenhang tussen demografische kenmerken en psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden, in percentage en odds ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).

	Stemmingsstoornis			Angststoornis	
	%	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a
Geslacht					
Man	50,3	4,8	1	7,7	1
Vrouw	49,7	7,4	1,58 (1,20-2,07)	12,5	1,70 (1,36-2,13)
Leeftijd					
18-24	12,3	9,0	2,16 (1,26-3,72)	11,7	1,46 (0,91-2,33)
25-34	19,6	7,1	1,68 (1,23-2,29)	9,8	1,19 (0,83-1,71)
35-44	24,9	5,2	1,20 (0,81-1,78)	11,2	1,40 (1,02-1,91)
45-54	23,1	6,1	1,42 (1,01-2,01)	9,9	1,21 (0,89-1,65)
55-64	20,1	4,4	1	8,3	1
P for trend			0,005		0,13
Opleiding					
Lager onderwijs	7,7	8,7	2,09 (1,14-3,84)	11,2	1,37 (0,86-2,16)
LBO, MAVO	22,6	8,5	1,90 (1,42-2,54)	12,8	1,55 (1,20-2,02)
MBO, HAVO, VWO	41,7	5,4	1,16 (0,87-1,56)	9,4	1,09 (0,83-1,43)
HBO, universiteit	28,0	4,6	1	8,6	1
P for trend			<0,0001		0,004
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	39,8	3,8	1	8,9	1
Met partner zonder kinderen	27,3	4,0	1,16 (0,75-1,78)	8,8	1,13 (0,83-1,53)
Alleenstaande ouder	5,2	12,3	3,07 (1,97-4,79)	15,1	1,60 (1,07-2,40)
Alleenstaand	15,6	10,7	3,27 (2,28-4,70)	12,7	1,72 (1,26-2,35)
Bij ouders	10,4	9,0	2,52 (1,19-5,36)	11,7	1,53 (0,84-2,79)
Met anderen	1,7	13,8	4,20 (1,66-10,60)	10,8	4,43 (0,40-5,16)
Werk situatie					
Betaald werk	71,0	5,1	1	8,3	1
Huisvrouw/-man	10,7	5,2	0,97 (0,67-1,38)	13,2	1,43 (1,03-2,00)
Student	4,3	6,0	0,69 (0,31-1,52)	12,1	1,41 (0,71-2,78)
Werkloos, arbeids-ongeschikt	7,1	18,2	4,58 (3,02-6,93)	23,6	3,71 (2,67-5,15)
Gepensioneerd, anders	4,9	5,5	2,02 (1,14-3,56)	7,4	1,30 (0,65-2,60)

Middelenstoornis			ADHD ^b		Enigerlei As-I stoornis ^d	
%	OR (95% BI) ^a		%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a
7,6	1		2,9	1	17,7	1
3,6	0,44 (0,30-0,63)		1,2	0,39 (0,19-0,80)	18,4	1,05 (0,87-1,27)
13,8	7,96 (4,01-15,81)		3,5	2,63 (1,09-6,37)	28,1	2,76 (1,95-3,89)
7,9	4,21 (2,30-7,72)		2,0	1,51 (0,63-3,59)	19,5	1,71 (1,31-2,23)
4,9	2,47 (1,41-4,32)		1,4	1	18,1	1,56 (1,21-2,02)
3,2	1,61 (0,86-3,01)		-- ^c	-- ^c	16,1	1,35 (1,04-1,76)
2,0	1		-- ^c	-- ^c	12,4	1
	<0,0001			0,04		<0,0001
7,7	2,00 (1,19-3,37)		5,2	7,01 (1,73-28,46)	23,0	1,85 (1,22-2,81)
6,1	1,10 (0,77-1,57)		3,7	4,47 (1,78-11,22)	21,9	1,55 (1,23-1,95)
5,7	1,15 (0,82-1,61)		1,7	2,24 (0,86-5,86)	17,2	1,17 (0,95-1,44)
4,5	1		0,7	1	14,6	1
	0,04			0,004		<0,0001
2,3	1		1,1	1	13,2	1
3,8	2,25 (1,40-3,59)		2,0	1,45 (0,41-5,21)	14,3	1,31 (1,01-1,69)
4,5	2,73 (1,50-4,98)		3,5	4,39 (1,34-14,38)	23,9	2,05 (1,48-2,85)
10,3	4,61 (3,17-6,72)		3,3	2,10 (0,68-6,46)	26,6	2,53 (1,96-3,27)
16,1	5,49 (2,92-10,32)		3,0	1,42 (0,28-7,099)	28,3	2,23 (1,37-3,64)
8,9	3,02 (0,96-9,54)		2,0	1,06 (0,11-9,96)	29,8	2,67(1,30-5,47)
5,2	1		1,7	1	16,1	1
2,6	1,08 (0,55-2,10)		1,2	1,56 (0,51-4,77)	17,3	1,29 (0,99-1,69)
12,7	1,09 (0,48-2,48)		2,1	0,64 (0,11-3,58)	24,1	0,92 (0,53-1,60)
11,1	2,75 (1,67-4,54)		6,4	3,62 (1,32-9,95)	37,8	3,58 (2,66-4,81)
1,2	0,49 (0,20-1,19)		-- ^c	-- ^c	11,4	1,14 (0,70-1,85)

		Stemmingsstoornis		Angststoornis		
	%	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	
Inkomen						
Laag	27,9	11,4	4,53 (3,07-6,70)	14,5	2,94 (2,31-3,74)	
Midden	45,4	5,4	1,88 (1,24-2,86)	9,9	1,78 (1,31-2,41)	
Hoog	26,7	3,0	1	6,0	1	
P for trend			<0,0001		<0,0001	
Etnische afkomst						
Westers	92,8	5,9	1	9,6	1	
Niet-westers	7,2	9,3	1,41 (0,87-2,29)	16,1	1,68 (1,19-2,36)	
Religieus						
Niet	61,7	6,9	1	10,6	1	
Wel	38,3	4,8	0,69 (0,53-0,89)	9,4	0,87 (0,70-1,09)	
Urbanisatiegraad						
Zeer laag	11,7	7,9	1	8,1	1	
Laag	21,1	5,2	0,63 (0,40-1,00)	8,9	1,12 (0,73-1,71)	
Matig	18,9	5,1	0,62 (0,41-0,94)	9,9	1,24 (0,82-1,89)	
Hoog	29,6	7,3	0,88 (0,59-1,32)	11,0	1,39 (0,95-2,05)	
Zeer hoog	18,7	5,2	0,60 (0,38-0,93)	11,5	1,46 (1,01-2,10)	
P for trend			0,45		0,01	

Vet gedrukt: significante OR of 'p for trend' (<0,05).

^a Odds ratio's zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

^b ADHD in de volwassenheid is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^c Niet genoeg respondenten in deze categorie om de OR te berekenen.

^d Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Over het algemeen bleken degenen die met een partner wonen (al of niet met kinderen) minder vaak een psychische aandoening te hebben dan degenen die alleen of met anderen wonen.

Vergeleken met degenen die betaald werk hadden, hadden werklozen en arbeidsongeschikten een bijna drie tot ruim vier keer zo grote kans op alle hoofdgroepen van aandoeningen. Huisvrouwen/-mannen verschilden niet van degenen met een betaalde baan, behalve voor een angststoornis, die bijna 1,5 keer zo vaak bij huisvrouwen/-mannen voorkwam.

Voor alle hoofdgroepen van aandoeningen bleek dat degenen met een hoger huishoudinkomen beter af waren dan degenen met een lager huishoudinkomen.

Personen van niet-westerse afkomst hadden 1,7 keer zo vaak een angststoornis. Religieus zijn was beschermend tegen stemmingsstoornis.

Naarmate de urbanisatiegraad van de woonplaats hoger was, werd alleen de hoofdgroep angststoornis vaker gezien.

De in de tabel 8 gevonden sekseverschillen in de prevalentie van psychische aandoeningen waren hetzelfde voor de verschillende leeftijdscategorieën, met uitzon-

Middelenstoornis			ADHD ^b		Enigerlei As-I stoornis ^d	
	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a
	11,6	2,79 (1,72-4,50)	4,2	8,38 (2,93-23,95)	29,0	3,32 (2,69-4,09)
	3,8	1,03 (0,66-1,61)	1,0	2,13 (0,72-6,33)	16,1	1,62 (1,29-2,03)
	3,3	1	0,5	1	10,6	1
		<0,0001		<0,0001		<0,0001
	5,5	1	2,2	1	17,7	1
	7,0	1,04 (0,60-1,80)	0,7	0,30 (0,07-1,27)	22,3	1,15 (0,87-1,53)
	6,4	1	2,1	1	19,9	1
	4,4	0,79 (0,58-1,09)	2,0	1,06 (0,47-2,36)	15,0	0,74 (0,63-0,89)
	4,7	1	2,4	1	17,4	1
	5,5	1,16 (0,63-2,13)	2,4	1,02 (0,24-4,40)	16,2	0,91 (0,69-1,22)
	4,7	1,00 (0,55-1,81)	1,9	0,82 (0,19-3,55)	16,8	0,95 (0,71-1,25)
	6,0	1,18 (0,60-2,31)	2,1	0,86 (0,22-3,36)	19,3	1,09 (0,80-1,49)
	6,7	1,26 (0,68-2,33)	1,7	0,70 (0,18-2,73)	19,7	1,09 (0,84-1,43)
		0,50		0,52		0,15

dering van enigerlei middelenstoornis in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar ($p=0,01$) en 35-44 jaar ($p=0,002$), waar het sekseverschil beduidend groter was dan in de jongste en oudste leeftijdsgroepen. Figuur 1 maakt dit inzichtelijk: het verschil tussen mannen en vrouwen in het vóórkomen van een middelenstoornis is in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar en van 35-44 jaar het grootst.

Trends in prevalentie van 12-maands aandoeningen

Een directe vergelijking van 12-maands psychische aandoeningen in de bevolking tussen beide NEMESIS-studies was niet mogelijk, omdat de criteria van DSM-III-R en DSM-IV en de beide CIDI-instrumenten verschillen (zie Kessler et al., 2005a). Daarom werden met behulp van gegevens over belangrijke vragen die in beide studies werden gesteld de DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1 via 'imputatie' geschat. Bijlage 3 geeft aan hoe dit is gedaan.

Om de trend van hoofdgroepen van 12-maands aandoeningen tussen beide studies te bestuderen, werden daarna de direct bepaalde prevalenties van hoofdgroepen van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-2 vergeleken met de geschatte prevalenties van hoofdgroepen van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1. Dezelfde bijlage geeft hierover nadere informatie.

Tabel 9 laat zien dat de schatting van de geïmputeerde 12-maands prevalentie van enigerlei DSM-IV aandoening in NEMESIS-1 en de directe meting ervan in NEMESIS-2 niet significant verschilden (17,1% in 1996 versus 17,5% tussen 2007-2009; $p=0,62$). Voor de volgende hoofdgroepen van aandoeningen werd er ook geen significante verandering tussen de twee studies in de prevalentie gezien: angststoornis (10,2% versus 10,1%; $p=0,85$) en middenstoornis (5,8% versus 5,6%; $p=0,78$). Voor stemmingsstoornis werd een kleine daling gezien (7,4% versus 6,1%; $p=0,02$), maar dit verschil was niet meer significant als gecontroleerd werd voor verschillen in de demografische samenstelling van de bevolking ten tijde van beide studies ($p=0,13$). In beide studies waren de vier meest voorkomende aandoeningen depressieve stoornis, specifieke fobie, sociale fobie en alcoholmisbruik.

Tabel 9. Veranderingen in 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van DSM-IV psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, gebaseerd op de twee NEMESIS-studies, in percentage en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).^a

	1996		2007-2009		p ^c	p ^d
	% ^b	(95% BI)	%	(95% BI)		
Stemmingsstoornis	7,4	(6,8-8,0)	6,1	(5,5-6,7)	0,02	0,13
Angststoornis	10,2	(9,5-11,0)	10,1	(9,4-10,8)	0,85	0,72
Middenstoornis	5,8	(5,3-6,3)	5,6	(5,1-6,2)	0,78	0,90
Enigerlei stoornis	17,1	(16,2-18,0)	17,5	(16,6-18,4)	0,62	0,30

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

^b De DSM-IV prevalenties in NEMESIS-1 zijn geschat door middel van 'imputatie'.

^c Niet gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

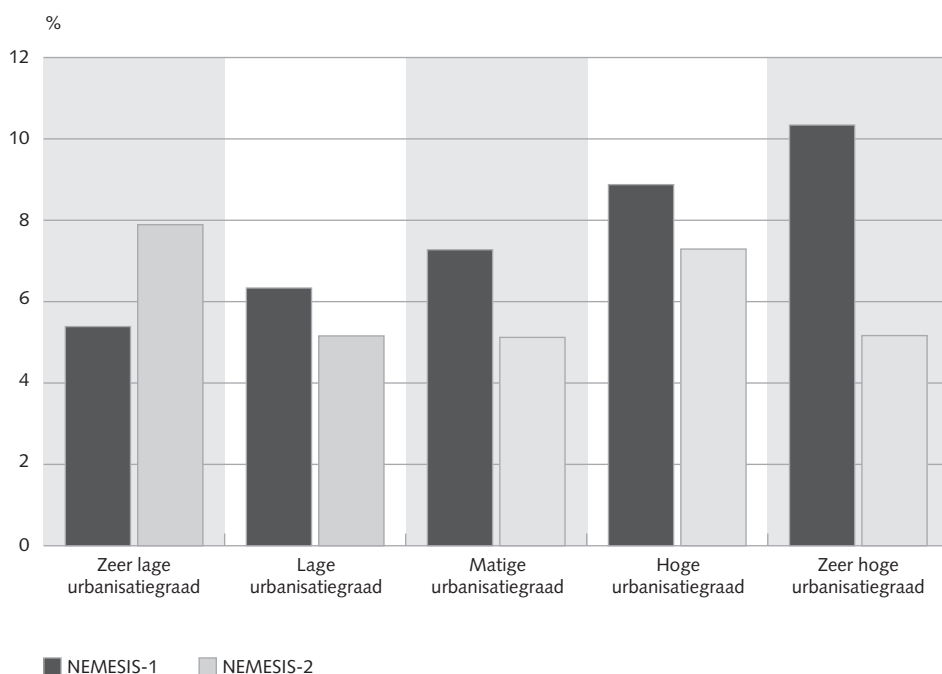
^d Gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

Vergelijken we DSM-III-R aandoeningen in NEMESIS-1 en DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-2 dan blijkt over het algemeen een lagere prevalentie in de tweede studie (stemmingsstoornis: 7,7% versus 6,1%; angststoornis: 12,3% versus 10,1%; middenstoornis: 8,9% versus 5,6%), mogelijk door de grotere nadruk op klinisch significant lijden en beperkt functioneren in DSM-IV vergeleken met DSM-III-R (Kessler et al., 2005b). De lagere prevalentie van enigerlei middenstoornis kan samenhangen met het feit dat in NEMESIS-1 in de CIDI 1.1 per symptoom de recentheid van de laatste keer werd nagevraagd, terwijl in NEMESIS-2 in de CIDI 3.0 dit werd gevraagd per cluster symptomen. De 'age of recency' (de leeftijd waarop men voor het laatst de aandoening had) waarop de 12-maands prevalentie gebaseerd is, werd in de CIDI 1.1 bepaald aan de hand van het laatst voorgekomen symptoom. De kans op recentheid is dan dus groter bij navraag van telkens één symptoom dan bij een cluster van symptomen. Daarnaast is het zo dat de diagnose afhankelijkheid in DSM-IV strikter is omdat de symptomen ervan zich moeten hebben voorgedaan in dezelfde periode van twaalf maanden. Van deze clustering in een periode van twaalf maanden was in DSM-III-R geen sprake.

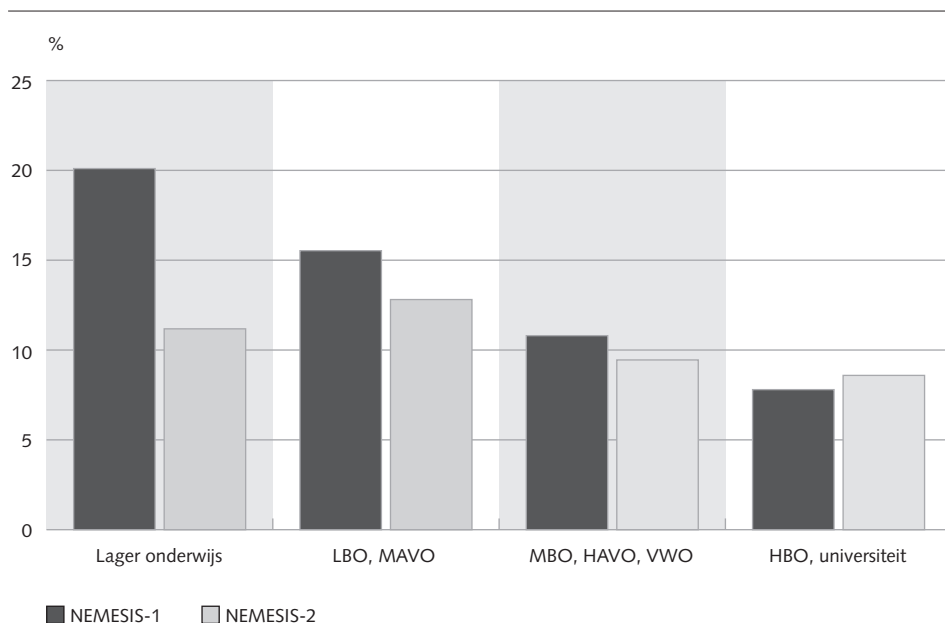
Trends in demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

De vraag kan worden gesteld of er bij bepaalde demografische groepen een verandering in psychische gezondheid heeft plaatsgevonden. Gekozen werd voor een p-waarde kleiner dan 0,01 vanwege het grote aantal toetsen dat werd uitgevoerd. Slechts enkele significante interacties werden gevonden tussen tijdstip (NEMESIS-1 of NEMESIS-2) en demografische determinanten van de directe bepalingen van de hoofdgroepen stemmings-, angst- en middelenstoornissen, dus volgens respectievelijk de DSM-III-R en DSM-IV. Figuren 2a-2c laten zien dat tussen 1996 en 2007-2009: a.) er een grotere daling in stemmingsstoornis werd gevonden als men in een gemeente woonde met een hogere urbanisatiegraad ($p=0,001$); b.) er een grotere daling in angststoornis werd gevonden als het opleidingsniveau lager was ($p=0,001$); c.) er een grotere daling in middelenstoornis werd gevonden bij mannen vergeleken met vrouwen ($p=0,001$).

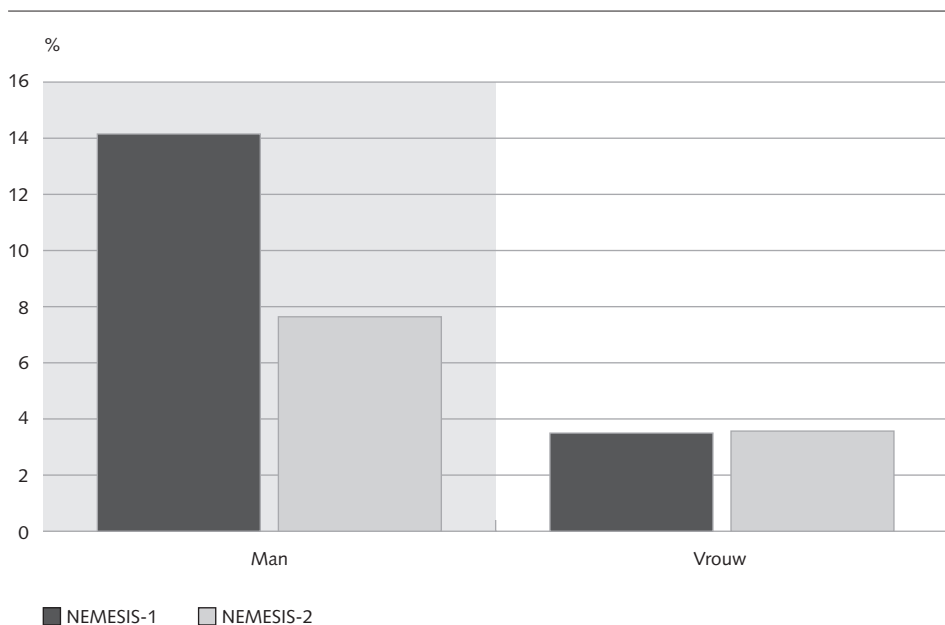
Figuur 2a. Verschil tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in stemmingsstoornissen in de afgelopen 12 maanden naar urbanisatiegraad (%).



Figuur 2b. Verschil tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in angststoornissen in de afgelopen 12 maanden naar opleidingsniveau (%).



Figuur 2c. Verschil tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in middenstoornissen in de afgelopen 12 maanden naar geslacht (%).



5. Gebruik van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken over de mate waarin mensen gebruik maken van zorgvoorzieningen vanwege eigen psychische problemen op basis van de eerste meting van NEMESIS-2 (veldwerkperiode: 2007-2009). De gegevens zijn gewogen naar de Nederlandse bevolking, zoals beschreven is in hoofdstuk 3. Om trends te bestuderen in de mate waarin mensen meer of minder gebruik zijn gaan maken van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen wordt een vergelijking gemaakt met gegevens uit NEMESIS-1 (veldwerkperiode: 1996).

In dit hoofdstuk wordt het zorggebruik in drie sectoren beschreven: de algemene gezondheidszorg (AGZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en het informele zorgcircuit. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de mate waarin mensen medicatie voorgeschreven krijgen voor hun psychische problemen en in hoeverre mensen een onvervulde zorgbehoefte hebben. In onderstaand kader staan de voorzieningen die in NEMESIS-2 zijn nagevraagd per sector vermeld. Hoe het zorggebruik concreet is nagevraagd, staat beschreven in hoofdstuk 3.

Kader 1. Zorgvoorzieningen die in NEMESIS-2 zijn nagevraagd

Algemene Gezondheidszorg: huisarts; bedrijfsarts of ARBO-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de AGZ.
Geestelijke Gezondheidszorg: psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg.
Informele zorg: telefonische hulpdienst; dominee, pastoor, imam of andere vertegenwoordiger van een geloof; een alternatieve genezer zoals homeopaat, acupuncturist of iriscopist; zelfhulpgroep.
Enigerlei zorg: AGZ, GGZ of informele zorg.
Medicatie: medicatie voorgeschreven gekregen vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden.
Onvervulde zorgbehoefte: men heeft behoefte gehad aan professionele hulp vanwege psychische problemen, spanningen, of problemen door het gebruik van alcohol of drugs in de afgelopen 12 maanden, maar men is toch niet naar een arts of andere hulpverlener gegaan.

Zorggebruik vanwege psychische problemen in de afgelopen 12 maanden

Zorggebruik van mensen met een psychische aandoening

Tabel 10 laat zien in hoeverre mensen gebruik maken van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen

Tabel 10. Zorggebruik vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, naar psychische aandoening in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in rij-percentages.

	n ^a	Algemene Gezondheidszorg			
		Huisarts	Overig	Subtotaal	
		%	%	%	
Stemmingsstoornis	399	41,8	34,2	51,4	
Depressieve stoornis	351	41,1	34,1	50,5	
Dysthymie	57	51,0	46,0	67,5	
Bipolaire stoornis	44	45,5	30,1	51,6	
Angststoornis	663	23,0	20,7	29,3	
Paniekstoornis	81	31,5	29,0	37,9	
Agorafobie zonder paniekstoornis	25	21,2	22,7	32,4	
Sociale fobie	231	29,9	23,0	37,1	
Specifieke fobie	341	18,9	15,0	21,5	
Gegeneraliseerde angststoornis	117	33,4	33,4	45,5	
Middelenstoornis	294	21,7	14,1	26,0	
Alcoholmisbruik	185	9,0	7,6	11,5	
Alcoholafhankelijkheid	36	42,3	11,1	45,5	
Drugsmisbruik	50	47,4	29,3	54,8	
Drugsafhankelijkheid	39	58,9	27,3	66,9	
AHDH^b	53	21,2	14,8	25,9	
Enigerlei As-I stoornis^c	1.108	22,6	18,7	28,5	
Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen^c					
1 stoornis	751	13,5	12,6	18,4	
≥ 2 stoornissen	363	40,4	30,8	48,3	
Geen As-I stoornis	5.398	2,4	3,5	4,8	
Totale populatie	6.506	6,1	6,2	9,0	

^a De aantallen hebben betrekking op alle respondenten uitgesplitst naar psychische aandoening (6.646) minus de 140 respondenten bij wie de verkorte vragenlijst is afgenomen.

^b ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^c Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

	Geestelijke Gezondheidszorg				Informele zorg	Enigerlei zorg	Medicatie	Onvervulde zorgbehoefte
	Ambulant	Deeltijd	Opname	Subtotaal				
	%	%	%	%	%	%	%	%
	37,2	5,3	3,2	37,4	15,3	58,7	36,8	8,7
	36,5	6,2	3,6	36,7	14,2	58,5	37,0	7,9
	51,4	16,8	3,7	51,4	23,4	75,6	51,4	10,8
	43,3	0,0	1,0	43,3	16,0	55,3	38,1	12,7
	22,2	2,6	1,2	22,2	10,0	34,8	20,5	5,9
	29,4	4,1	0,8	29,4	11,4	43,3	30,9	2,8
	24,8	0,0	0,0	24,8	12,9	39,0	38,9	5,7
	30,5	5,4	1,4	30,5	15,5	44,6	25,0	10,1
	15,4	1,4	0,6	15,4	6,5	25,1	16,8	6,3
	35,2	4,7	3,1	35,2	16,0	53,7	32,5	4,3
	17,3	2,2	1,5	17,3	7,4	29,0	15,3	5,3
	10,0	1,1	1,1	10,0	0,8	14,1	6,3	4,4
	22,3	2,4	1,1	22,3	14,8	47,9	18,4	3,7
	36,0	8,9	8,3	36,0	19,9	56,3	45,3	9,0
	36,3	2,8	1,2	36,3	25,1	73,9	31,9	6,8
	22,2	5,6	5,0	22,2	5,0	35,2	24,9	5,1
	20,5	2,2	1,4	20,5	8,5	33,8	19,6	5,6
	13,3	0,2	0,6	13,4	6,9	24,4	12,3	3,8
	35,9	6,3	3,2	35,9	12,9	53,6	34,2	9,2
	3,0	0,1	0,1	3,0	1,6	6,5	2,7	1,0
	6,1	0,5	0,3	6,2	2,8	11,4	5,7	1,8

12 maanden, zoals bleek uit NEMESIS-2. Een derde (33,8%) van de mensen met enigerlei As-I psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden maakte gebruik van zorgvoorzieningen voor hun problemen in die periode; zij zochten hulp in één of meerdere zorgsectoren. Van de mensen met een psychische aandoening zocht 28,5% hulp in de AGZ, 20,5% bezocht de GGZ, 8,5% schakelde het informele zorgcircuit in, en 19,6% kreeg medicatie voorgeschreven vanwege hun psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen. De medicatie varieerde van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en anxiolytica, tot anti-psychotica. Slechts 5,6% van de mensen met een psychische aandoening gaf aan een onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden te hebben gehad. Dit betekent dat zij in die periode behoefte hebben gehad aan professionele hulp vanwege hun problemen, maar deze niet gezocht hebben.

Als we kijken naar de hoofdgroepen van psychische aandoeningen dan valt op dat mensen met een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden het meest gebruik maakten van zorgvoorzieningen voor hun problemen (58,7%) en zij kregen het vaakst medicatie voor hun problemen voorgeschreven (36,8%). Daarna volgden mensen met een angststoornis (enigerlei zorggebruik: 34,8%; voorgeschreven medicatie: 20,5%) en mensen met ADHD (respectievelijk 35,2% en 24,9%). Mensen met een alcohol- of drugsstoornis maakten het minst gebruik van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen (29,0%) en zij kregen het minst vaak medicatie voor hun klachten voorgeschreven (15,3%). Hierbij moet worden bedacht dat is gevraagd naar zorggebruik en voorgeschreven medicatie vanwege psychische problemen *in het algemeen* en niet vanwege een bepaalde aandoening. Het kan dus zijn dat een deel van de mensen met bijvoorbeeld een angststoornis die hulp zochten *niet* voor deze aandoening behandeling of medicatie ontving, maar voor een bijkomende psychische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stoornis.

De meeste mensen bezochten de AGZ, gevolgd door de GGZ. Het informele circuit werd het minst vaak bezocht of geraadpleegd. Deze voorkeursvolgorde was te zien bij alle vier, in de tabel genoemde, hoofdgroepen van psychische aandoeningen.

Binnen de hoofdgroep van mensen met een stemmingsstoornis waren het degenen met dysthymie die het vaakst gebruik maakten van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen (75,6%). Binnen de groep van angststoornissen waren dit degenen met een gegeneraliseerde angststoornis (53,7%), en binnen de groep middelenstoornissen waren het de mensen met drugsafhankelijkheid (73,9%) die het meest gebruik maakten van alle drie zorgsectoren voor hun problemen.

Het hebben van meerdere As-I aandoeningen hing sterk samen met een hoger zorggebruik. Een kwart (24,4%) van de mensen met één psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden bezocht in datzelfde jaar enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen tegenover ruim de helft (53,6%) van de mensen met twee of meer psychische aandoeningen.

Uit het bovenstaande blijkt dat het hebben van een psychische aandoening sterk samenhangt met het zoeken van hulp vanwege deze problemen. Dit verband is ook bestudeerd in logistische regressie-analyses waarin constant werd gehouden

voor verschillen in geslacht en leeftijd (resultaten niet gepresenteerd). Uit deze analyses blijkt dat het hebben van elke As-I psychische aandoening met uitzondering van alcoholmisbruik sterk samenhangt met het gebruik van AGZ en GGZ, en het voorgeschreven krijgen van medicatie. Om een voorbeeld te geven: mensen met een stemmingsstoornis in de afgelopen 12 maanden hadden een 14,0 keer zo grote kans om in die periode van GGZ-voorzieningen gebruik te maken vergeleken met mensen zonder stemmingsstoornis (OR=14,00; 95% BI=10,23-19,16). Mensen bij wie alcoholmisbruik was gediagnosticeerd, maakten voor hun problemen echter even vaak gebruik van AGZ-voorzieningen (OR=1,49; 95% BI=0,95-2,34) en kregen even vaak medicatie voorgeschreven voor hun psychische klachten (OR=1,59; 95% BI=0,78-3,25) vergeleken met mensen zonder alcoholmisbruik. Bij alcoholmisbruik was er wel een grotere, een bijna 2 keer zo grote kans op GGZ-gebruik, na genoemde controle voor geslacht en leeftijd (OR=1,89; 95% BI=1,03-3,46).

Zorggebruik van mensen zonder psychische aandoening

Mensen bij wie geen As-I psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden was gediagnosticeerd, maakten ook gebruik van zorgvoorzieningen voor psychische problemen. 4,8% bezocht de AGZ, 3,0% de GGZ, en 1,6% consulteerde het informele circuit (in totaal: 6,5%). 2,7% van de mensen zonder gediagnosticeerde As-I aandoening kreeg medicatie voorgeschreven vanwege hun psychische klachten, en 1,0% zei een onvervulde zorgbehoefte te hebben gehad in de afgelopen 12 maanden. Belangrijk om te bedenken is dat deze groep mensen bij wie geen As-I aandoening werd vastgesteld vaak wel eerder een psychische aandoening kan hebben gehad of kan kampen met problemen die net niet aan de criteria van een As-I diagnose voldoen.

Zorggebruik in de totale bevolking

In de totale populatie van 18-64 jaar maakte 11,4% gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen, kreeg 5,7% medicatie voorgeschreven vanwege deze problemen, en rapporteerde slechts 1,8% in de afgelopen 12 maanden een onvervulde zorgbehoefte te hebben gehad. In absolute aantallen gaat het om 1.195.400 zorggebruikers, 597.700 volwassenen die medicatie voorgeschreven hebben gekregen, en 188.700 volwassenen met een onvervulde zorgbehoefte.

Psychische problemen besproken met naasten

Tabel 11 laat zien in welke mate mensen psychische problemen in hun directe omgeving hebben besproken, zoals met de partner, een familielid, vriend(in) of kennis. Dit percentage (11,0%) komt in de totale populatie overeen met dat van enigerlei zorg (11,4%). Als we kijken naar de mensen met enigerlei As-I psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan blijkt ook dat zij in ongeveer dezelfde mate hun problemen in de directe omgeving hebben besproken (33,7%) als dat zij daarvoor enigerlei zorg hebben ontvangen (33,8%).

Informatie of hulp gezocht via internet

Bij psychische problemen wordt nauwelijks informatie of hulp gezocht via het internet; dat deed in de totale populatie 1,4% en het percentage lag het hoogst bij mensen met een verslavingsprobleem (Tabel 11). Aanvullende analyses laten verder zien dat men op het internet vooral informatie zocht (1,2%), en nauwelijks hulpverlening (0,4%).

Tabel 11. Gesproken met iemand in de directe omgeving, en informatie of hulp gezocht via het internet vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, naar psychische aandoening in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in rij-percentage.

		Directe omgeving	Internet
	n ^a	%	%
Stemmingsstoornis	399	56,0	7,1
Depressieve stoornis	351	53,7	6,8
Dysthymie	57	68,0	5,2
Bipolaire stoornis	44	65,2	9,7
Angststoornis	663	35,4	5,7
Paniekstoornis	81	37,7	7,7
Agorafobie zonder paniekstoornis	25	33,4	4,0
Sociale fobie	231	44,1	6,6
Specifieke fobie	341	25,4	4,8
Gegeneraliseerde angststoornis	117	56,8	9,6
Middelenstoornis	294	31,3	5,8
Alcoholmisbruik	185	17,7	3,6
Alcoholafhankelijkheid	36	56,4	16,7
Drugsmisbruik	50	56,6	8,8
Drugsafhankelijkheid	39	64,3	13,6
AHDH^b	53	43,0	7,2
Enigerlei As-I stoornis^c	1.108	33,7	4,7
Comorbiditeit: aantal As-I stoornissen^c			
1 stoornis	751	24,1	3,0
≥ 2 stoornissen	363	53,9	8,1
Geen As-I stoornis	5.398	6,1	0,7
Totale populatie	6.506	11,0	1,4

^a De aantallen hebben betrekking op alle respondenten uitgesplitst naar psychische aandoening (6.646) minus de 140 respondenten bij wie de verkorte vragenlijst is afgenomen.

^b ADHD is alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^c Hierbij is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald.

Demografische determinanten van zorggebruik vanwege psychische problemen

Tabel 12 laat zien welke groepen relatief meer dan andere groepen gebruik maakten van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen en welke verbanden blijven bestaan na constant houden voor verschillen in geslacht, leeftijd, en het hebben van enigerlei As-I psychische aandoening. In deze paragraaf bespreken we de resultaten van laatstgenoemde analyses. Alleen als de resultaten van deze logistische regressie-analyses verschillen met die van de frequentieverdelingen die ook in tabel 12 te vinden zijn, waarbij niet constant is gehouden voor genoemde variabelen, beschrijven we deze.

Vrouwen maakten in de afgelopen 12 maanden 1,5 keer zo vaak gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen en kregen 1,9 keer zo vaak medicatie voor dergelijke problemen voorgeschreven dan mannen. Die significant grotere kans op zorggebruik bij vrouwen gold voor de AGZ, GGZ en het informele zorgcircuit. Na controle voor verschillen in leeftijd en de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening tussen mannen en vrouwen, was er geen significant verschil meer in onvervulde zorgbehoefte tussen beide seksen.

Hoe jonger de leeftijd, hoe kleiner de kans om gebruik te maken van enigerlei zorgvoorziening voor psychische problemen (zie de 'p for trend' en in het bijzonder die bij AGZ) en om medicatie voorgeschreven te krijgen voor deze problemen. Er was geen significant verschil in GGZ-gebruik tussen de vijf leeftijdscategorieën. Na controle voor geslacht en enigerlei psychische aandoening werd één significant verschil in onvervulde zorgbehoefte zichtbaar: 18-24 jarigen rapporteerden 0,3 keer zo vaak een onvervulde zorgbehoefte dan 55-64 jarigen.

Hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter de kans om medicatie voorgeschreven te krijgen voor psychische problemen (zie 'p for trend'). Na controle voor verschillen in geslacht, leeftijd en de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening was het enige significante verschil in zorggebruik tussen de opleidingsniveaus te zien bij de GGZ: mensen die een middelbare beroepsopleiding of een soortgelijke opleiding hadden afgerond maakten 0,7 keer zo vaak gebruik van de GGZ bij psychische problemen vergeleken met degenen met een afgeronde HBO of universitaire opleiding. Vóór controle voor genoemde variabelen was er een sterker opleidingsverschil in het gebruik van GGZ en enigerlei zorg vanwege psychische problemen te zien: vooral lager opgeleiden maakten van deze zorgvoorzieningen gebruik.

Personen die niet met een partner samenwonen maakten 2,5 keer zo vaak gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen, kregen 2,8 keer zo vaak medicatie voorgeschreven voor dergelijke problemen, en zij rapporteerden 1,7 keer zo vaak een onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden vergeleken met personen die met een partner samenwonen. Die grotere kans op zorggebruik van de eerste groep was te zien bij alle drie zorgsectoren.

Tabel 12. De samenhang tussen demografische kenmerken en zorggebruik vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in rij-percentages en odds ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).

	Algemene Gezondheidszorg		Geestelijke Gezondheidszorg		
	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	
Geslacht					
Man	7,6	1	5,4	1	
Vrouw	10,5	1,41 (1,13-1,75)	7,0	1,29 (1,01-1,66)	
Leeftijd					
18-24	7,6	0,70 (0,47-1,04)	5,5	0,73 (0,38-1,42)	
25-34	9,5	1,17 (0,83-1,66)	6,8	1,21 (0,82-1,80)	
35-44	9,5	1,24 (0,93-1,64)	6,6	1,24 (0,90-1,70)	
45-54	10,9	1,54 (1,16-2,05)	6,9	1,36 (0,98-1,88)	
55-64	6,7	1	4,6	1	
P for trend		0,02		0,25	
Opleiding					
Lager onderwijs	12,7	1,45 (0,90-2,34)	10,5	1,45 (0,84-2,50)	
LBO, MAVO	9,0	0,99 (0,78-1,26)	6,1	0,79 (0,56-1,13)	
MBO, HAVO, VWO	9,0	1,10 (0,89-1,38)	5,1	0,72 (0,53-0,98)	
HBO, universiteit	8,2	1	6,6	1	
P for trend		0,26		0,61	
Woonsituatie					
Met partner	6,7	1	4,0	1	
Zonder partner	13,9	2,22 (1,79-2,76)	10,6	2,75 (2,07-3,66)	
Werksituatie					
Betaald werk	7,9	1	4,8	1	
Geen betaald werk	12,7	1,71 (1,32-2,21)	10,7	2,61 (1,92-3,54)	
Inkomen					
Laag	14,3	2,11 (1,59-2,82)	11,0	2,52 (1,80-3,53)	
Midden	7,6	1,01 (0,80-1,27)	5,0	1,05 (0,76-1,45)	
Hoog	6,8	1	4,2	1	
P for trend		<0,0001		<0,0001	
Etnische afkomst					
Westers	8,9	1	6,1	1	
Niet-westers	10,7	1,09 (0,68-1,76)	7,0	1,01 (0,56-1,84)	
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	6,2	1	4,4	1	
Laag	9,3	1,71 (1,09-2,67)	5,8	1,44 (0,80-2,58)	
Matig	8,4	1,44 (0,89-2,32)	6,4	1,52 (0,88-2,63)	
Hoog	10,4	1,75 (1,14-2,69)	5,6	1,23 (0,68-2,22)	
Zeer hoog	8,8	1,40 (0,93-2,11)	8,4	1,92 (1,12-3,30)	
P for trend		0,25		0,09	

Vet gedrukt: significante OR of 'p for trend' (<0,05).

^a Odds ratio's zijn gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en enigerlei As-I psychische stoornis.

Informele zorg		Enigerlei zorg		Medicatie		Onvervulde zorgbehoefte	
%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a
2,0	1	9,5	1	4,0	1	1,4	1
3,6	1,75 (1,15-2,68)	13,3	1,47 (1,21-1,77)	7,5	1,92 (1,43-2,58)	2,3	1,60 (0,98-2,62)
2,4	0,92 (0,36-2,31)	9,5	0,72 (0,48-1,09)	3,2	0,30 (0,14-0,64)	0,7	0,28 (0,09-0,83)
2,1	0,98 (0,54-1,80)	11,9	1,21 (0,91-1,62)	5,0	0,63 (0,43-0,93)	2,2	1,13 (0,58-2,19)
3,2	1,59 (1,00-2,55)	12,6	1,38 (1,08-1,76)	6,5	0,90 (0,65-1,25)	2,2	1,21 (0,74-1,97)
4,1	2,15 (1,30-3,53)	13,4	1,57 (1,23-2,01)	6,9	1,01 (0,76-1,36)	2,0	1,11 (0,62-1,99)
1,8	1	8,3	1	5,9	1	1,6	1
	0,13		0,03		<0,0001		0,06
4,9	1,46 (0,74-2,89)	16,9	1,41 (0,91-2,18)	7,3	1,45 (0,82-2,58)	1,2	0,54 (0,20-1,44)
2,4	0,72 (0,42-1,22)	10,7	0,81 (0,64-1,02)	7,8	1,74 (1,27-2,38)	1,3	0,62 (0,35-1,08)
2,6	0,89 (0,60-1,30)	10,7	0,89 (0,72-1,11)	5,3	1,22 (0,90-1,66)	2,1	1,10 (0,67-1,80)
2,8	1	11,5	1	4,4	1	2,0	1
	0,86		0,68		0,006		0,06
1,9	1	8,4	1	4,0	1	1,5	1
4,7	2,77 (1,84-4,15)	17,6	2,48 (2,01-3,07)	9,3	2,75 (2,11-3,59)	2,5	1,68 (1,08-2,63)
2,0	1	9,8	1	4,1	1	1,7	1
5,3	2,84 (1,76-4,58)	16,6	1,98 (1,58-2,47)	11,1	2,96 (2,14-4,11)	2,2	1,22 (0,78-1,91)
4,9	2,57 (1,54-4,29)	18,0	2,27 (1,76-2,92)	9,9	2,88 (1,96-4,23)	2,1	1,25 (0,71-2,18)
2,1	0,95 (0,62-1,45)	9,5	0,98 (0,79-1,22)	4,8	1,18 (0,79-1,78)	2,0	1,17 (0,68-2,01)
2,0	1	8,8	1	3,7	1	1,5	1
	0,001		<0,0001		<0,0001		0,44
2,7	1	11,2	1	5,7	1	1,9	1
4,7	1,71 (0,89-3,29)	13,3	1,09 (0,76-1,57)	6,2	1,06 (0,55-2,05)	1,3	0,64 (0,23-1,79)
2,8	1	8,3	1	5,2	1	1,2	1
2,9	1,08 (0,50-2,32)	11,0	1,48 (0,96-2,27)	6,0	1,23 (0,80-1,90)	1,8	1,56 (0,59-4,09)
2,3	0,81 (0,39-1,70)	10,8	1,38 (0,88-2,18)	5,4	1,02 (0,65-1,59)	2,0	1,65 (0,72-3,75)
3,1	1,05 (0,53-2,09)	12,3	1,54 (1,02-2,34)	5,8	1,04 (0,71-1,53)	1,9	1,54 (0,72-3,30)
2,8	0,95 (0,46-2,00)	12,8	1,59 (1,04-2,43)	6,0	1,12 (0,74-1,68)	1,9	1,50 (0,69-3,28)
	0,91		0,05		0,90		0,57

Mensen zonder betaalde baan maakten 2,0 keer zo vaak gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen en kregen 3,0 keer zo vaak medicatie voor dergelijke problemen voorgeschreven dan degenen met een betaalde baan. Dat hogere zorggebruik gold ook voor alle drie sectoren. Er was geen significant verschil in onvervulde zorgbehoefte tussen degenen met en zonder betaalde baan.

Een lager huishoudinkomen was ook duidelijk geassocieerd met een grotere kans op zorggebruik (AGZ, GGZ, informele zorg) en medicatie (zie 'p for trend'). Aanvullende analyses (niet gepresenteerd) tonen aan dat dit vooral werd veroorzaakt doordat mensen met een lager huishoudinkomen vaker lager opgeleid zijn, geen betaalde baan hebben, en niet met een partner samenwonen.

Een niet-westerse afkomst was niet geassocieerd met de kans op zorggebruik bij psychische problemen, het voorgeschreven krijgen van medicatie en onvervulde zorgbehoefte.

Hoe hoger de urbanisatiegraad van de woonplaats, hoe groter de kans op enigerlei zorggebruik (zie 'p for trend'); dit verband werd vooral zichtbaar na controle voor verschillen in geslacht, leeftijd en de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening. Eén significant verschil in zorggebruik naar de urbanisatiegraad van de woonplaats was te zien bij de GGZ: mensen die in een zeer grote stad wonen (urbanisatiegraad: zeer hoog) maakten 1,9 keer zo vaak gebruik van de GGZ bij psychische problemen vergeleken met degenen die in een dorp wonen (urbanisatiegraad: zeer laag). Verder werd duidelijk dat mensen woonachtig in een grote stad (urbanisatiegraad: hoog) 1,8 keer zo vaak gebruik maakten van de AGZ bij psychische problemen vergeleken met degenen die in een dorp wonen. Vóór controle voor genoemde variabelen was er een sterker verschil in het gebruik van AGZ en GGZ naar urbanisatiegraad te zien: vooral een hogere urbanisatiegraad was geassocieerd met het gebruik van deze voorzieningen bij psychische problemen. De mate waarin medicatie voorgeschreven werd en er een onvervulde zorgbehoefte was, varieerde niet naar urbanisatiegraad van de woonplaats.

Trends in zorggebruik vanwege psychische problemen

Trends in zorggebruik in de totale bevolking

Tabel 13 toont een vergelijking van het gerapporteerde zorggebruik in de afgelopen 12 maanden tussen beide NEMESIS-studies. De data zijn gewogen zodat deze representatief zijn voor de bevolkingssamenstelling ten tijde van de betreffende studie. Zorggebruik is op nagenoeg vergelijkbare wijze nagevraagd in beide studies wat een directe vergelijking van de gegevens mogelijk maakte. Dat gold niet voor het gebruik van medicatie waardoor een trend in het gebruik van psychofarmaca ontbreekt. Uit tabel 13 blijkt dat in het afgelopen decennium mensen minder vaak gebruik zijn gaan maken van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen. Dat gold vooral voor de AGZ (van 11,2% naar 8,6%) en in iets mindere mate voor het informele zorgcircuit (van 3,5% naar 2,8%). De mate waarin mensen van

GGZ-voorzieningen gebruik maakten, veranderde niet. In 1996 maakte 6,0% van de totale populatie gebruik van GGZ-voorzieningen bij psychische problemen, en in de periode 2007-2009 was dat percentage niet veranderd (6,2%). Ondanks dat mensen minder vaak een beroep deden op de AGZ, steeg hun onvervulde zorgbehoefte niet. In tegendeel, dat nam zelfs fors af (van 6,2% naar 1,8%). In woorden uitgedrukt: in 1996 rapporteerde 6,2% in de afgelopen 12 maanden behoefte te hebben gehad aan professionele hulp vanwege psychische problemen, maar deze hulp niet gezocht te hebben tegenover 1,8% in de periode 2007-2009.

Tabel 13. Veranderingen in zorggebruik vanwege psychische problemen, alcohol- of drugsproblemen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, gebaseerd op de twee NEMESIS-studies, in percentage en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI).^a

	1996		2007-2009		p ^c	p ^d
	%	(95% BI)	%	(95% BI)		
Algemene gezondheidszorg	11,2	(10,2-12,3)	8,6 ^b	(7,9-9,3)	<0,0001	0,001
Geestelijke gezondheidszorg	6,0	(5,1-7,0)	6,2	(5,4-7,0)	0,75	0,41
Informele zorg	3,5	(3,0-4,1)	2,8	(2,4-3,3)	0,03	0,10
Enigerlei zorg	14,5	(13,2-16,0)	11,1	(10,2-12,0)	<0,0001	<0,0001
Onvervulde zorgbehoefte	6,2	(5,5-7,1)	1,8	(1,5-2,2)	<0,0001	<0,0001

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

^b Het AGZ-gebruik in NEMESIS-2 komt niet overeen met het percentage in tabel 10. Dat komt omdat het zorggebruik bij de medisch specialist en andere hulpverlener werkzaam in de AGZ nu niet is meegenomen ten behoeve van de vergelijkbaarheid van de resultaten tussen beide NEMESIS-studies.

^c Niet gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

^d Gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

Binnen de AGZ nam alleen het gebruik van de huisarts bij psychische problemen significant af (van 8,6% naar 6,1% in de totale populatie) en binnen het informele zorgcircuit was de daling alleen zichtbaar bij het gebruik van telefonische hulpdiensten (van 0,4% naar 0,2% in de totale populatie). Het gebruik van andere zorgvoorzieningen in deze twee sectoren veranderde niet.

Uit bijlage 3 wordt duidelijk dat de bevolkingssamenstelling in het afgelopen decennium is veranderd: het relatieve aandeel ouderen, hoger opgeleiden, en mensen met een betaalde baan nam toe. Als in de analyses rekening werd gehouden met dergelijke veranderingen in de samenstelling van de bevolking en in de steekproef, dan bleven de bovengenoemde trends in zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte bestaan, maar verdween de daling in informeel zorggebruik. Na controle voor demografie was de kans dat iemand in de periode 2007-2009 van informele zorg gebruik maakte vanwege psychische problemen hetzelfde als in 1996 (OR=0,83; 95% BI=0,66-1,04).

Trends in zorggebruik van mensen met een psychische aandoening

In het afgelopen decennium is men dus wat minder gebruik gaan maken van de AGZ, maar gold dat ook voor de mensen bij wie een psychische aandoening was gediagnosticeerd? Zoals uit hoofdstuk 4 duidelijk werd, zijn in NEMESIS-1 psychische aandoeningen vastgesteld met de CIDI 1.1 die uitgaat van de DSM-III-R, en zijn deze in NEMESIS-2 vastgesteld met de CIDI 3.0 die de DSM-IV hanteert. Wanneer we uitrekenen in welke mate mensen met een psychische aandoening volgens deze meetinstrumenten zorg hebben gebruikt in het afgelopen decennium, dan ontstaat een interessant beeld.

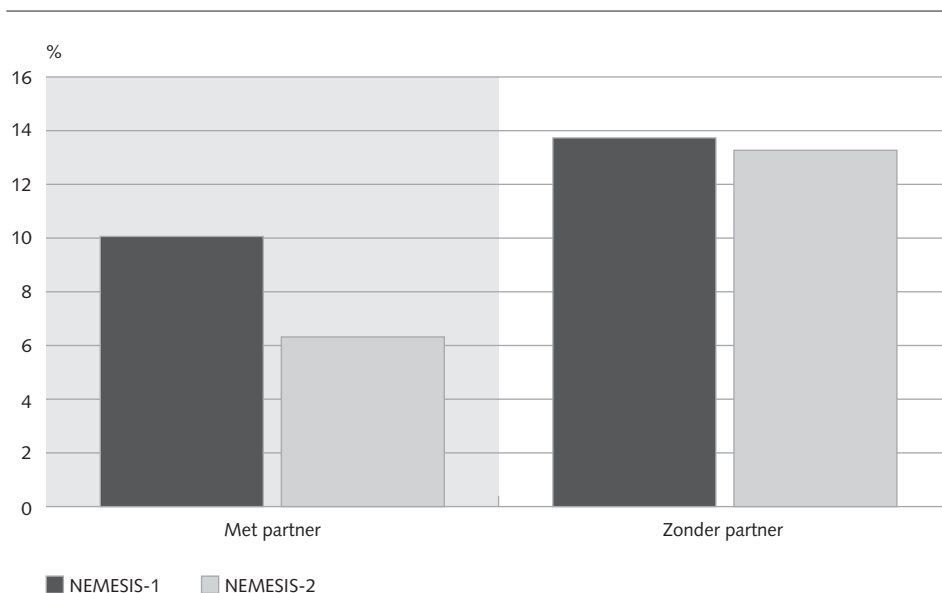
Het percentage mensen met enigerlei As-I aandoening dat gebruik maakte van AGZ-voorzieningen vanwege psychische problemen was in 1996 28,0% en dat bleef nagenoeg hetzelfde (28,3%) in de periode 2007-2009. Bij de GGZ zien we een ander beeld: dit zorggebruik bleef in de totale bevolking gelijk, maar het percentage mensen met een psychische aandoening dat van GGZ gebruik maakte steeg van 15,3% in 1996 tot 20,8% in 2007-2009. Bij het rapporteren over onvervulde zorgbehoeften zien we het tegenovergestelde: het percentage mensen in de totale bevolking met een onvervulde zorgbehoefte nam in het afgelopen decennium sterk af, en dat gold ook voor de mensen met een psychische aandoening. Rapporteerde in 1996 nog 16,8% van de mensen met een psychische aandoening een onvervulde zorgbehoefte, in de periode 2007-2009 was dit percentage gedaald tot 5,6%. In hoofdstuk 6 gaan we in op hoe we deze resultaten kunnen interpreteren.

Trends in demografische determinanten van zorggebruik

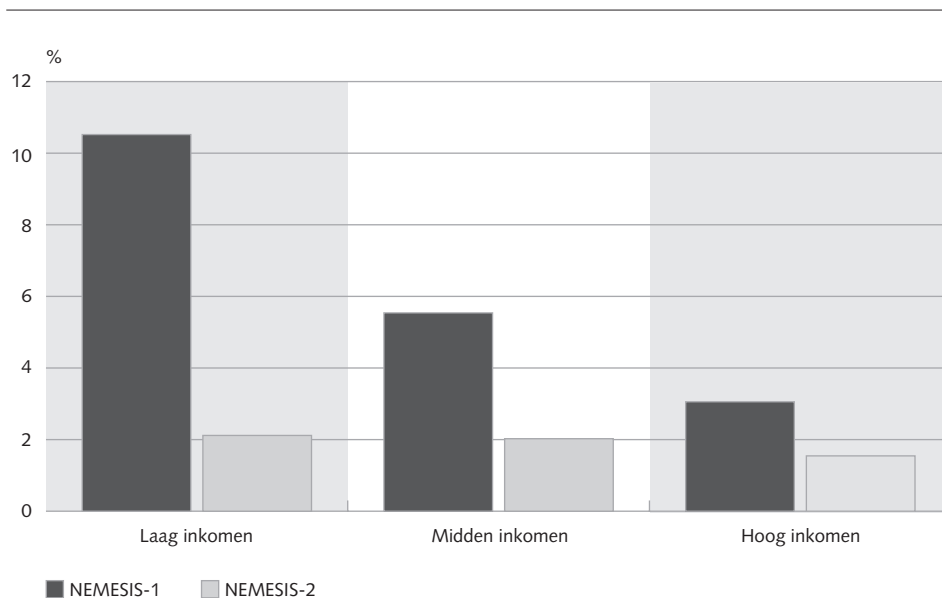
De volgende vraag die opkomt is of bepaalde bevolkingsgroepen in het afgelopen decennium veel minder vaak gebruik zijn gaan maken van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen, en ook of ze minder vaak onvervulde zorgbehoeften zijn gaan rapporteren dan andere bevolkingsgroepen. Om hierop antwoord te krijgen, zijn logistische regressie-analyses uitgevoerd waarin werd gekeken in hoeverre de relatieve kansen op zorggebruik en onvervulde zorgbehoeften van een bepaalde demografische groep zijn veranderd sinds de uitvoering van NEMESIS-1. Hierbij werd gekozen voor een p-waarde kleiner dan 0,01 vanwege het grote aantal toetsen dat werd uitgevoerd.

Er resulteerden slechts twee zogenoemde interactie-effecten. De daling in het AGZ-gebruik vanwege psychische problemen daalde in de totale bevolking en was in gelijke mate te zien bij alle demografische kenmerken met uitzondering van de woon-situatie. Figuur 3a laat zien dat de daling in het AGZ-gebruik wel duidelijk plaatsvond bij degenen die met een partner samenwonen, maar dat het nauwelijks daalde bij de groep die niet met een partner samenwonen ($p < 0,0001$). Verder blijkt dat de daling in onvervulde zorgbehoefte bij alle demografische kenmerken te zien was, en dat deze vooral plaatsvond bij personen met een laag huishoudinkomen vergeleken met personen in één van de twee hogere inkomensgroepen ($p = 0,004$; zie figuur 3b).

Figuur 3a. Verschil tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in AGZ-gebruik in de afgelopen 12 maanden naar woonsituatie (%)



Figuur 3b. Verschil tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden naar inkomen (%).



6. Discussie

Deze studie laat zien dat psychische aandoeningen in de algemene Nederlandse bevolking frequent voorkomen. 42,7% van de bevolking had een psychische aandoening ooit in het leven en 18,0% in de afgelopen 12 maanden. De psychische gezondheid van de bevolking is weinig veranderd over een periode van een decennium. Voordat meer in detail de resultaten worden besproken, volgt eerst een opsomming van de kracht en de beperkingen van de studie.

Kracht en beperkingen van de studie

Een uitgebreide NEMESIS-2 dataset van goede kwaliteit is opgebouwd waarmee in de toekomst verschillende onderwerpen op het gebied van de psychische gezondheid kunnen worden bestudeerd. De uitbreiding met externaliserende stoornissen, en met meer gedetailleerde gegevens binnen de verschillende secties van aandoeningen van de CIDI 3.0, resulteerde in een veel omvangrijkere dataset dan het geval was bij NEMESIS-1 met de CIDI 1.1.

In Nederland en in andere westerse landen, bestaat er in het afgelopen decennium een consistente trend naar een lagere respons in wetenschappelijk onderzoek (Galea & Tracey, 2007). Toonaangevende bevolkingsstudies naar psychische aandoeningen in het buitenland laten een duidelijke daling in de respons zien. Zo was in de VS de respons van de studie NCS-R (70,9%) lager dan dat van de NCS (82,4%) dat ongeveer een decennium eerder werd uitgevoerd (Kessler et al., 2005a). In Australië daalde de respons van 78% in 1997 naar 60% in 2007 in twee vergelijkbare algemene bevolkingsstudies (Slade et al., 2009), en in Groot-Brittannië daalde de respons van 79,4% in 1993 naar 69% in 2000 (Burgess et al., 2009). De respons van de Nederlandse studie binnen ESEMeD, die werd uitgevoerd in de periode tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 in, was ook lager dan die van NEMESIS-1 (56,4%). Met de uitvoering van NEMESIS-2 hebben we deze trend kunnen doorbreken. De respons werd 65,1%, wat zelfs iets hoger was dan dat van NEMESIS-1 (64,2%). Dit hebben we kunnen realiseren door het veldwerk te intensiveren en te organiseren in drie fasen. Vanaf het begin van NEMESIS-2 en ook daarvoor, bij de fondsenwerving, was een voldoende hoge respons één van de belangrijkste aandachtspunten. Responsverhogende maatregelen die werden ingevoerd, hielden hoge kosten van het veldwerk in.

Systematische non-respons kan leiden tot een vertekening van de schattingen van de prevalentie van aandoeningen en van het zorggebruik. Mensen met psychische aandoeningen hebben de neiging wat vaker deelname aan dit soort studies te weigeren dan mensen zonder deze aandoeningen (Eaton et al., 1992; Allgulander, 1989; de Graaf et al., 2000; Turner et al., 1998). In ons non-respons onderzoek – zoals beschreven is in hoofdstuk 3 – onder 26,1% van de non-responders werd gevonden dat zij significant vaker stemmings- en angstproblemen en aandachtstekort-

en gedragsproblemen rapporteerden dan de respondenten. Daarnaast bleek uit het bestuderen van verschillen tussen respondenten die geworven werden in de verschillende fasen, dat de moeilijk bereikbare of moeilijk te overreden respondenten uit fase 3 vaker aandachtstekort- en gedragsstoornissen ooit in het leven hadden, maar geen andere psychische aandoeningen. Dit betekent dat het niet onwaarschijnlijk is dat ook in onze studie de prevalentie van aandoeningen, met name van aandachtstekort- en gedragsstoornissen, onderschattingen zijn. In de NCS-R uitgevoerd in de VS was er geen bewijs dat de prevalenties van de belangrijkste diagnostische symptomen van DSM-IV aandoeningen significant verschilden tussen de respondenten en de non-responders die aan het non-respons onderzoek hadden deelgenomen (Kessler et al., 2005b). Er werd echter niet onderzocht of de moeilijk bereikbare of moeilijk te overreden respondenten vaker psychische aandoeningen hadden.

In NEMESIS-2 was de jongste leeftijdsgroep van 18-24 jaar ondervetegenwoordigd. Dit was ook het geval in de eerste meting van NEMESIS-1 (Bijl et al., 1998), in de vervolgmetingen ervan (de Graaf et al., 2000), en in andere studies (Ribisl et al., 1996). Non-respons onder jongvolwassenen kan een bron van vertekening vormen bij het schatten van de prevalentie van middenstoornissen, omdat deze problemen in deze leeftijdsgroep veel vaker voorkomen. Als het zo is dat vooral jongvolwassenen met middenstoornissen minder vaak aan de studie hebben deelgenomen dan hun leeftijdsgenoten zonder deze aandoeningen, dan is de hier gevonden prevalentie van middenstoornissen in deze leeftijdsgroep in werkelijkheid hoger.

Personen van niet-westerse afkomst waren ook ondervetegenwoordigd in de studie, vooral degenen van Turkse en Marokkaanse afkomst. De relatief lage respons van mensen met een niet-westerse afkomst, en het uitsluiten van respondenten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig waren, kan mogelijk tot enige vertekening van de resultaten hebben geleid. Het is denkbaar dat de mensen van niet-westerse afkomst die deelnamen aan de studie een betere psychische gezondheid hebben dan degenen met eenzelfde afkomst die niet aan de studie deelnamen.

In NEMESIS-2 werden mensen die dakloos waren of een lange periode in instellingen verbleven van deelname aan de studie uitgesloten. Omdat deze mensen slechts een zeer klein deel van de Nederlandse bevolking uitmaken, zullen de hier gevonden prevalenties nauwelijks anders worden indien zij wel aan de studie zouden hebben deelgenomen. In veel andere toonaangevende bevolkingsstudies, en in NEMESIS-1, ontbreken deze groepen doorgaans ook.

De prevalenties van psychische aandoeningen zijn gebaseerd op het zich kunnen herinneren van symptomen. Over het algemeen herinneren mensen zich vooral recente en ernstigere problemen. Dit kan een bron van vertekening vormen bij het bepalen van lifetime aandoeningen (Blazer et al., 1994; Moffitt et al., in druk; Patten, 2009), maar deze vertekening is minder waarschijnlijk bij het vaststellen van 12-maands aandoeningen. Dit betekent dat de prevalenties van aandoeningen ooit in het leven waarschijnlijk onderschattingen zijn van de werkelijke percentages.

Bij het bepalen van de trends in de psychische gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 is het belangrijk de

volgende beperkingen te noemen. Beide studies verschilden enigszins in hun opzet, namelijk de manier waarop de steekproef was getrokken (meer gemeenten in NEMESIS-2), de werving van respondenten (in NEMESIS-2 werd veel meer tijd en energie in de werving gestopt vanwege de daling in de bereidheid van mensen om aan onderzoek deel te nemen; en om dezelfde reden werd in NEMESIS-2 een hogere financiële tegemoetkoming gebruikt), het diagnostische classificatiesysteem om psychische aandoeningen te bepalen (DSM-IV in NEMESIS-2 en DSM-III-R in NEMESIS-1), en het gebruikte CIDI-instrument. Voor het bepalen van de trends kon geen directe vergelijking worden gemaakt tussen de prevalenties van 12-maands aandoeningen in beide studies. Daarom werden binnen NEMESIS-1 DSM-IV aandoeningen geschat door middel van imputatie, met gebruikmaking van verschillende variabelen die in beide studies waren gemeten. De imputatie werd uitgevoerd bij de mensen die tenminste één of enkele kernsymptomen van een specifieke aandoening hadden, zodat rekening werd gehouden met de andere aanpak van de CIDI in NEMESIS-2 waarbij een screener werd gebruikt. Hoewel binnen NEMESIS-2 de 'area under the curve' goed was voor bijna alle afzonderlijke aandoeningen, moeten de schattingen van DSM-IV aandoeningen binnen NEMESIS-1 met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dat komt onder andere omdat de kernsymptomen van de screener van de CIDI 3.0 in NEMESIS-2 niet altijd precies hetzelfde waren gedefinieerd als de corresponderende vragen in NEMESIS-1.

Bij het bepalen van de trends in zorggebruik vanwege psychische problemen moet bedacht worden dat er in het afgelopen decennium meer laagdrempelige, niet geïnstitutionaliseerde GGZ-voorzieningen in de directe omgeving van de huisartspraktijk beschikbaar zijn gekomen. Het is denkbaar dat het voor de respondent niet altijd duidelijk en belangrijk is of deze voorzieningen tot de AGZ of de GGZ gerekend moeten worden. Dit betekent dat de scheidslijn tussen het gebruik van AGZ en GGZ vanwege psychische problemen niet te altijd even scherp te trekken is.

Tenslotte, zorggebruik is hier op de volgende manier gedefinieerd: het percentage mensen dat in één jaar contact had met zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen. Zorggebruik kan ook worden uitgedrukt in het aantal contacten dat mensen in een jaar vanwege hun psychische problemen hebben gehad, en de kosten van genoten zorg. Hoe dat voor NEMESIS-2 zit, vergt nadere data-analyse. Veranderingen in het volume en de kosten van zorg kunnen echter niet in kaart worden gebracht, omdat vergelijkbare informatie hierover in NEMESIS-1 ontbreekt.

Vóórkomen van psychische aandoeningen: belangrijkste resultaten

Actuele cijfers

NEMESIS-2 laat zien dat in Nederland vier op de tien mensen (42,7%) ooit in hun leven een As-I psychische aandoening heeft gehad, en bijna één op de vijf mensen

(18,0%) had een aandoening in de afgelopen 12 maanden. Aandachtstekort- en gedragsstoornissen kwamen vaak voor, maar niet zo vaak als stemmings-, angst- en middelenstoornissen.

Vrouwen hadden een grotere kans op een stemmings- en angststoornis dan mannen, maar een kleinere kans op een middelenstoornis en een aandachtstekort- of gedragsstoornis. Het gevolg hiervan was dat er geen verschil werd gevonden tussen de beide seksen in de prevalentie van 'enigerlei As-I psychische aandoening'.

Psychische comorbiditeit kwam vaak voor: van degenen met een lifetime aandoening had 46,3% twee of meer stoornissen, terwijl dat voor aandoeningen in het afgelopen jaar in 32,6% het geval was. Dit betekent dat psychische aandoeningen vooral geconcentreerd zijn in een relatief kleine groep van mensen met meerdere aandoeningen.

Opgemerkt moet worden dat in de definities van enige lifetime en enige 12-maands As-I aandoening ook twee veelvoorkomende aandoeningen zitten die relatief weinig functionele beperkingen met zich mee brengen (Bijl et al., 2000a), namelijk alcoholmisbruik en specifieke fobie. Gezien het feit dat alcoholmisbruik vooral bij jongeren vaak voorkomt, het nauwelijks gepaard gaat met andere psychische aandoeningen (the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004), en het van alle aandoeningen het minst chronische beloop heeft, is het mogelijk dat we bij alcoholmisbruik niet zozeer te maken hebben met psychopathologie, maar met specifiek gedrag in de jongvolwassenheid dat bij de meeste mensen van tijdelijke aard is (Van den Brink, 1999). Om die reden is het goed mogelijk dat in de toekomstige versie van de DSM (DSM-V) deze aandoening niet meer voorkomt. Als uit de definitie van 'enigerlei As-I stoornis' de weinig beperkende aandoeningen alcoholmisbruik en specifieke fobie worden weggelaten, dan bedragen de lifetime en 12-maands prevalenties van As-I enige aandoening 32,2% respectievelijk 12,0%. Dat is een substantiële daling van 25% respectievelijk 33% ten opzichte van de prevalentie gebaseerd op de meer omvattende definitie van enige As-I stoornis.

De lifetime en 12-maands prevalenties van psychische aandoeningen in Nederland zijn ongeveer hetzelfde als die van andere West-Europese landen, maar zijn iets lager dan die in de VS (Kessler et al., 2007a). Vooral het verschil met aandachtstekort- en gedragsstoornissen in de VS is opvallend (ADHD: NEMESIS-2: 2,9% en NCS-R: 8,1%; gedragsstoornis: NEMESIS-2: 5,6% en NCS-R: 9,5%). De prevalentie van ADHD in de volwassenheid (2,1%) en de persistentie ervan in de volwassenheid (72,4%) wijken in NEMESIS-2 niet af van de gegevens die wereldwijd bekend zijn: zij liggen in de range van 1,2-7,3% (gemiddeld: 3,4%), respectievelijk 32,8-84,1% (gemiddeld: 50,0%), die gevonden zijn in de verschillende landen die aan de WHO-WMH studies deelnamen (Fayyad et al., 2007; Lara et al., 2009).

Demografische determinanten van psychische aandoeningen

Een belangrijke factor die samenhangt met psychische ongezondheid is een lage sociaaleconomische status. Mensen met een lager opleidingsniveau, een lager huishoudinkomen of zonder betaalde baan hadden een grotere kans op alle gemeten

12-maands aandoeningen (stemmings-, angst-, middenstoornis en ADHD in de volwassenheid). Andere demografische determinanten van 12-maands aandoeningen waren jongere leeftijd (stemmings-, middenstoornis en ADHD in de volwassenheid), niet met een partner wonen (stemmings-, angst- en middenstoornis), niet-westerse afkomst (angststoornis), niet religieus zijn (stemmingsstoornis) en hogere urbanisatiegraad (angststoornis). Deze kenmerken komen ruwweg overeen met die gevonden zijn in eerder uitgevoerde bevolkingsstudies (Lépine et al. 1989; Bijl et al. 1998b; WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Etnische afkomst bleek nauwelijks samen te hangen met het vóórkomen van psychische aandoeningen. Dit komt overeen met een studie uitgevoerd in Amsterdam, waarbij de prevalentie van enigerlei 12-maands stemmings- of angststoornis niet veel verschilde tussen mensen van Nederlandse afkomst en die van niet-Nederlandse afkomst (De Wit et al., 2008). Overigens hadden in dat onderzoek specifieke groepen (vooral mensen met een Turkse achtergrond) wel een grotere kans op psychische problemen. In onze studie konden we vanwege de geringe aantallen respondenten met een niet-westerse afkomst geen onderscheid maken tussen de verschillende etnische groepen.

Naarmate de urbanisatiegraad van de woonplaats hoger was, werd alleen de hoofdgroep angststoornis vaker gezien. Op de betekenis van deze resultaten komen we later in dit hoofdstuk terug.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, werd er bij huisvrouwen (zonder betaalde baan) niet vaker een hogere prevalentie van aandoeningen gevonden dan bij degenen die een betaalde baan hebben, met uitzondering van enigerlei angststoornis.

In de jongste leeftijdscategorie van 18-24-jarigen was de prevalentie van enigerlei middenstoornis veel hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen, ook bij vrouwen. Daarom bestudeerden we of het sekseverschil in de prevalentie van 12-maands middenstoornis kleiner zou zijn bij de jongste leeftijdsgroep. Het sekseverschil bleek inderdaad het kleinst in deze leeftijdsgroep, maar ook in de oudste leeftijdsgroep (≥ 45 jaar), vergeleken met degenen van 25-44 jaar. Recent Nederlands onderzoek laat zien dat er tussen mannelijke en vrouwelijke adolescenten steeds minder verschillen bestaan in hun alcoholgebruik (Monshouwer, 2008; Poelen et al., 2005). De bevinding bij de oudste leeftijdsgroep kan worden verklaard door een relatief lage prevalentie van middenstoornissen bij zowel mannen als vrouwen, waardoor eventuele verschillen niet snel significant worden.

Trends in het vóórkomen van psychische aandoeningen

Een 'ruwe' vergelijking van enigerlei As-I psychische aandoening vastgesteld in de afgelopen 12 maanden volgens de DSM-IV in NEMESIS-2 met die volgens de DSM-III-R in NEMESIS-1, laat een daling zien van één op de vier volwassenen met een psychische aandoening (23,1%) naar één op de vijf met een psychische aandoening (17,5%). In deze vergelijking is uitgegaan van eenzelfde set van aandoeningen vastgesteld in beide studies. Op basis van deze vergelijking kan echter niet zonder meer geconcludeerd

worden dat de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking is verbeterd in het afgelopen decennium. Dat komt omdat de daling vooral wordt veroorzaakt door het gebruik van een ander meetinstrument en bijbehorende criteria voor psychische stoornissen in NEMESIS-2. Daarom is met behulp van gegevens die in beide studies zijn verzameld, voor NEMESIS-1 het percentage mensen met enigerlei DSM-IV stoornis in het afgelopen jaar geschat. De coëfficiënten van dit schattingsmodel waren goed waardoor een zinvolle vergelijking van prevalenties tussen beide studies mogelijk was. Hieruit bleek dat er geen verschil was in het vóórkomen van enigerlei DSM-IV aandoening in NEMESIS-1 (17,1%) vergeleken met NEMESIS-2 (17,5%).

Met betrekking tot de trends in 12-maands aandoeningen werd tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 ook geen verschil gezien in de mate van vóórkomen van enigerlei angststoornis en enigerlei middelenstoornis. Wel werd een kleine significante daling in de prevalentie van enigerlei stemmingsstoornis gevonden. Deze daling was niet meer significant als rekening werd gehouden met verschillen in bevolkingssamenstelling ten tijde van beide studies. Dit kwam vooral doordat in NEMESIS-2 vergeleken met NEMESIS-1 meer mensen een betaalde baan hadden (gewogen percentages: 76,3% versus 69,4%) en meer mensen hoger opgeleid waren (69,7% versus 57,2%). Overigens waren de vier meest voorkomende 12-maands aandoeningen in beide studies dezelfde: depressieve stoornis, specifieke fobie, sociale fobie en alcoholmisbruik.

Ondanks speculaties over een mogelijke toename van het relatieve aantal mensen in de Nederlandse bevolking met psychische problemen (Hutschemaekers, 2000; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002; Schoemaker et al., 2007), werd hiervoor dus geen bewijs gevonden in de periode 1996 tot 2007-2009. Dit is in lijn met soortgelijke trendstudies die werden uitgevoerd in Groot-Brittannië, de VS en Australië (Brugha et al., 2004; Kessler et al., 2005a; Slade et al., 2009). In de VS bijvoorbeeld was de 12-maands prevalentie van enigerlei psychische aandoening 30,5% in de studie NCS-R (2001-2003) en 29,4% in de eerdere studie NCS (1990-1992) (Kessler et al., 2005a).

De demografische risicogroepen van 12-maands psychische aandoeningen zijn niet veranderd sinds de eerste NEMESIS-studie, met uitzondering van drie groepen. In deze groepen werden wel veranderingen gezien in de 12-maands prevalentie. Een daling in het vóórkomen van enigerlei stemmingsstoornis werd gezien bij mensen wonend in urbane gebieden; een daling in het vóórkomen van enigerlei angststoornis werd gezien bij lager opgeleiden; en een daling in het vóórkomen van enigerlei middelenstoornis werd gezien bij mannen, en niet bij vrouwen. Het is moeilijk om deze veranderingen in psychische problematiek te verklaren.

Terwijl urbanisatiegraad geassocieerd was met alle hoofdgroepen van aandoeningen in NEMESIS-1 (Peen et al., 2007), werd dit alleen voor angststoornis gezien in NEMESIS-2. Zoals gezegd werd stemmingsstoornis in NEMESIS-2 minder vaak in stedelijke gebieden gezien dan in NEMESIS-1. Mogelijk is het zo dat wonen in rurale gebieden tegenwoordig niet zo veel anders meer is dan het wonen in meer urbane gebieden dan een decennium geleden, door meer communicatiemogelijkheden en een grotere mobiliteit van mensen. Daarnaast werd de Nederlandse economische

situatie in 2007-2008 gekenmerkt door een langdurige periode van voorspoed, waar vooral urbane gebieden voordeel bij hadden, wat een daling in psychische aandoeningen tot gevolg kan hebben gehad in deze gebieden. Terzijde merken we nog op dat de meeste NEMESIS-2 respondenten (72%) werden geïnterviewd voordat de economische recessie eind 2008 begon. Een alternatieve (maar slechts gedeeltelijke) verklaring is de gemeentelijke herindeling die tussen NEMESIS-1 en NEMESIS-2 heeft plaatsgevonden waardoor het aantal gemeenten is gedaald, veelal doordat kleine rurale gemeenten zijn samengevoegd of aan een grotere gemeente zijn toegevoegd. Hetzelfde rurale gebied kon dus in NEMESIS-1 onder een lage urbanisatiegraad vallen, terwijl het in NEMESIS-2 werd ingedeeld in een hogere urbanisatiegraad. Hierdoor zijn de categorieën van urbanisatiegraad in de tweede studie iets minder scherp van elkaar te onderscheiden, omdat er meer mengvormen zijn tussen stad en platteland. In toekomstige analyses zou het goed zijn de invloed van de urbanisatiegraad van het woonadres in plaats van die van de woonplaats te onderzoeken.

Zorggebruik vanwege psychische problemen: belangrijkste resultaten

Actuele cijfers

Van de mensen met enigerlei As-I psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden maakte 33,8% gebruik van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen en kreeg 19,6% medicatie voorgeschreven. De medicatie varieerde van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en anxiolytica, tot anti-psychotica. Slechts 5,6% van de mensen met een psychische aandoening gaf aan een onvervulde zorgbehoefte in de afgelopen 12 maanden te hebben gehad.

Mensen met een stemmingsstoornis maakten vanwege hun problemen het meest gebruik van AGZ, GGZ en informele zorg, en zij kregen het vaakst medicatie voor hun klachten voorgeschreven. Daarna volgden de mensen met een angststoornis of ADHD. Mensen met een alcohol- of drugsstoornis maakten het minst gebruik van enigerlei zorgvoorziening voor hun problemen, en zij kregen het minst vaak medicatie voorgeschreven. Dat kwam vooral door het geringe zorggebruik van mensen met alcoholmisbruik. Hierbij moet worden bedacht dat gevraagd is naar zorggebruik en voorgeschreven medicatie vanwege psychische problemen *in het algemeen* en niet vanwege een bepaalde aandoening. Het kan dus zijn dat een deel van de mensen met bijvoorbeeld een angststoornis die hulp zochten *niet* voor deze aandoening behandeling of medicatie ontving, maar voor een bijkomende psychische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stemming.

Van de mensen bij wie geen As-I psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden was gediagnosticeerd, maakte 6,5% gebruik van enigerlei zorgvoorziening voor psychische problemen en kreeg 2,7% medicatie voorgeschreven vanwege hun psychische klachten. Uit een eerdere studie gebaseerd op NEMESIS-1 data kwam naar voren dat deze groep vaak wel eerder een psychische aandoening heeft gehad,

of psychische of sociale beperkingen ervaart (ten Have et al., 2009). Zo kunnen zij hersteld zijn van een psychische aandoening en in zorg zijn gebleven ter voorkoming van een terugval. Verder zijn in NEMESIS-2 vooral As-I psychische aandoeningen vastgesteld. Dit betekent dat het percentage mensen zonder psychische aandoening dat zorg heeft gebruikt in werkelijkheid lager zal zijn, omdat deze mensen een stoornis kunnen hebben gehad die in deze studie niet is vastgesteld (bijv. een eetstoornis of andere persoonlijkheidsstoornis dan antisociale persoonlijkheidsstoornis).

De laatste jaren zijn de initiatieven om via het internet allerlei vormen van informatie en hulpverlening aan te bieden, fors toegenomen (Riper et al, 2007). Zo zijn sinds 2007 de internetinterventies MinderDrinken, de DrinkTest en KleurJeLeven voor het algemeen publiek beschikbaar gesteld. NEMESIS-2 laat zien dat internethulpverlening nog door een kleine groep mensen wordt gebruikt. Slechts 4,7% van de mensen met een psychische aandoening raadpleegde het internet bij psychische problemen, en als ze dit deden dan zochten ze vooral informatie en veel minder vaak hulp. Met de verwachting dat in de komende jaren veel meer internetinterventies voor het algemeen publiek beschikbaar komen, is het interessant om in de tweede meting van de studie te kijken hoe het dan met de bereikbaarheid van deze vormen van hulp is gesteld.

Demografische determinanten van zorggebruik vanwege psychische problemen

Bepaalde groepen in de samenleving maakten vaker gebruik van zorgvoorzieningen dan andere, ook als rekening werd gehouden met verschillen in geslacht, leeftijd, en nog belangrijker, het hebben van een psychische aandoening. Dit betekent dat er meer factoren een rol spelen in het al of niet ontvangen van hulp naast het bestaan van psychische problemen. Zo maakten, na controle voor genoemde variabelen, vrouwen vaker gebruik van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen dan mannen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: vrouwen benoemen psychische problemen vaker als zodanig, zij zoeken sneller hulp, en de hulpverlening sluit beter aan bij internaliserende problemen; problemen waarmee vrouwen vaker kampen dan mannen.

Personen die ten hoogste een lagere beroepsopleiding hebben afgerond maakten vergeleken met degenen met een afgeronde HBO of universitaire opleiding, na controle voor genoemde verschillen in geslacht, leeftijd en de aanwezigheid van enigerlei psychische aandoening, even vaak gebruik van GGZ-voorzieningen. De zorg lijkt dus even toegankelijk voor lager als hoger opgeleiden. Hierbij moet wel worden bedacht dat niet is gecontroleerd voor mogelijke verschillen in de ernst van de problematiek tussen personen met een verschillend opleidingsniveau. In een eerdere studie gebaseerd op NEMESIS-1 data bleek namelijk wel een opleidingsverschil in zorggebruik nadat rekening werd gehouden met verschillen in de aanwezigheid van psychische aandoeningen alsook de psychische en sociale beperkingen die mensen daarvan ondervinden: hoger opgeleiden maakten minder vaak gebruik van eerstelijnszorg, maar ontvingen vaker GGZ (ten Have, 2004). Of dit ook te zien is in NEMESIS-2 vergt nader onderzoek.

Verder vonden we geen aanwijzingen dat lager opgeleiden in het afgelopen decennium veel vaker gebruik zijn gaan maken van GGZ-voorzieningen dan hoger opgeleiden. De zorg lijkt dus in gelijke mate toegankelijk te zijn gebleven voor lager en hoger opgeleiden. Het is evenwel denkbaar dat als we kijken naar de omvang van en het type hulp dat mensen aangeboden krijgen, alsook de tevredenheid met die hulp, er wel opleidingsverschillen zichtbaar worden, bijvoorbeeld doordat lager opgeleiden vaker medicatie voorgeschreven krijgen, praktische hulp ontvangen en zij minder vaak cognitieve gedragstherapie of inzichtgevende vormen van psychotherapie ontvangen. Of dit ook echt zo is, vergt eveneens nader onderzoek.

Personen die niet met een partner samenwonen maakten vaker gebruik van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen dan personen die met een partner samenwonen. Een plausibele verklaring hiervoor is dat zij minder steun in hun directe omgeving kunnen mobiliseren waardoor zij sneller de hulp inroepen van derden (ten Have, 2004), maar het zou ook kunnen zijn dat hun problematiek ernstiger is.

Mensen zonder betaalde baan maakten ook vaker gebruik van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen, en dat kwam niet doordat zij vaker een psychische stoornis hadden. Een mogelijke verklaring voor hun hogere zorggebruik is dat mensen zonder werk meer tijd hebben om in therapie te gaan, of dat zij het belang ervan meer inzien omdat zij door hun psychische problemen werkloos zijn geworden.

Het hogere zorggebruik bij personen met een lager huishoudinkomen hing samen met de bevinding dat zij vaker lager opgeleid zijn, zij geen betaalde baan hebben, en zij niet met een partner samenwonen. Welke van deze kenmerken het meest bepalend is voor het zorggebruik zal nader onderzoek moeten uitmaken.

Hoe hoger de urbanisatiegraad van de woonplaats, hoe groter de kans op enigerlei zorggebruik vanwege psychische problemen. Ondanks dat er geen rekening is gehouden met de ernst van de problematiek, lijkt het erop dat de zorg vanwege psychische problemen in (zeer) grote steden toegankelijker is dan in dorpen. Dat was bijvoorbeeld te zien bij de GGZ. Die toegankelijkheid kan te maken hebben met een meer gevarieerd zorgaanbod, een betere bereikbaarheid van voorzieningen, en een andere bevolkingsopbouw in zeer grote steden, maar ook met een mogelijk positievere attitude ten aanzien van GGZ bij stedelingen. Wat ook de verklaring hiervoor is, we vonden geen aanwijzingen dat personen woonachtig in dorpen hun achterstand in zorggebruik hebben ingehaald en zij dus veel vaker zorg zijn gaan gebruiken in het afgelopen decennium.

De relatieve kansen op zorggebruik van nagenoeg alle demografische groepen zijn niet veranderd sinds de eerste NEMESIS-studie, met uitzondering van twee groepen. Dit betekent dat als in 1996 een bepaalde bevolkingsgroep twee keer zo vaak gebruik maakte van GGZ-voorzieningen dan een andere bevolkingsgroep, de eerste groep dat in 2007-2009 in dezelfde mate deed. Deze bevinding is in overeenstemming met een trendstudie naar zorggebruik in de VS (Kessler et al., 2005a). Een vergelijking met een eerdere publicatie op basis van NEMESIS-1 data (Bijl & Ravelli, 1998c) doet echter vermoeden dat bepaalde demografische groepen hun achterstand in zorggebruik wel hebben ingehaald. Deze gegevens kunnen echter niet zonder meer worden

vergeleken met de hier gepresenteerde NEMESIS-2 resultaten, doordat zij gebaseerd zijn op een andere analyseaanpak (controle voor alle afzonderlijke As-I aandoeningen) en definitie van zorggebruik (AGZ exclusief fysiotherapeut of haptonoom; en GGZ exclusief crisisdienst). Wij vonden slechts twee zogenoemde interactie-effecten. De daling in AGZ-gebruik vanwege psychische problemen vond vooral plaats bij degenen die met een partner samenwonen, en niet bij de groep die *niet* met een partner samenwonen. De daling in onvervulde zorgbehoefte was vooral te zien bij personen met een laag huishoudinkomen vergeleken met degenen met een hoger inkomen. Het is moeilijk om deze veranderingen in zorggebruik te verklaren.

Trends in zorggebruik vanwege psychische problemen

De trends in zorggebruik in het afgelopen decennium kunnen het beste begrepen worden als ze in internationaal perspectief worden bekeken. In drie andere westerse landen zijn soortgelijke analyses uitgevoerd: de VS, Australië, en Groot-Brittannië. De trendanalyse in de VS laat zien dat over een periode van ongeveer tien jaar (van 1990-1992 tot 2001-2003) het vóórkomen van enigerlei psychische stoornis in de bevolking niet veranderde, maar het gebruik van zorg vanwege deze problemen wel sterk steeg (Kessler et al., 2005a). Deze stijging was te zien bij alle demografische groepen, bij mensen met en zonder psychische stoornis, en vond vooral plaats in de algemene gezondheidszorg (Wang et al., 2006). Die trendanalyse liet verder zien dat in de periode 2001-2003 een derde (32,9%) van de mensen met een psychische stoornis gebruik maakte van enigerlei zorgvoorziening vanwege hun problemen; een percentage dat vergelijkbaar is met NEMESIS-2. Een eerdere vergelijking met NEMESIS-1 data wees uit dat het zorggebruik vanwege psychische problemen in de VS achterbleef bij dat in Nederland en dat relatief weinig Amerikanen in de periode 1990-1992 bij psychische problemen hulp zochten in de AGZ vergeleken met Nederlanders (Bijl et al., 2003; Alegria et al., 2000). Het lijkt er dus op dat die achterstand in AGZ-gebruik vanwege psychische problemen in de VS is ingehaald.

In Australië is er over een periode van tien jaar (van 1997 tot 2007) niet veel veranderd: bij eenzelfde percentage mensen in de bevolking werd een psychische stoornis vastgesteld en een gelijk percentage maakte gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen (Andrews et al., 2001; Burgess et al., 2009). De trendanalyse liet verder zien dat in 2007 ruim een derde (34,9%) van de mensen met een psychische stoornis gebruik maakte van enigerlei zorgvoorziening vanwege hun problemen (Burgess et al., 2009); een gelijk percentage als in NEMESIS-2. Het percentage Australiërs dat vanwege psychische problemen hulp zocht in de AGZ was, net als in Nederland, groter dan het percentage dat hulp zocht in de GGZ.

In Groot-Brittannië zijn iets andere trendanalyses uitgevoerd. Deze laten zien dat ook in dit land het percentage mensen met een stemmings- of angststoornis in de periode 1993-2000 hetzelfde is gebleven. Verder nam het gebruik van psychologische therapieën in de bevolking niet toe, evenals het percentage mensen dat de huisarts bezocht vanwege psychische problemen (Jenkins et al., 1997; Brugha et al., 2004). In deze trendanalyses is niet gekeken naar veranderingen in het totale zorg-

gebruik en dat in de GGZ, waardoor een vergelijking met NEMESIS-2 gegevens niet mogelijk is.

Een vergelijking van het zorggebruik in de afgelopen 12 maanden tussen beide NEMESIS-studies met de trends gepubliceerd in andere landen laat overeenkomsten en verschillen zien. In Nederland is het gebruik van GGZ en informele zorg hetzelfde gebleven als rekening wordt gehouden met veranderingen in de bevolkings- en steekproefsamenstelling. Dit is in lijn met de trends in Australië en Groot-Brittannië die ook geen veranderingen in zorggebruik op populatieniveau vonden. In Nederland nam het gebruik van AGZ vanwege psychische problemen af, terwijl dat in de VS juist toenam. Die stijging in de VS is niet zo opmerkelijk omdat in het begin van de jaren 90 relatief weinig Amerikanen bij psychische problemen hulp zochten in de AGZ vergeleken met Nederlanders. Die achterstand in zorggebruik lijken Amerikanen nu enigszins te hebben ingehaald. De daling in AGZ-gebruik vanwege psychische problemen in Nederland was vooral te zien bij de huisarts. Aanvullende analyses wijzen uit dat de daling in AGZ-gebruik niet komt doordat men tegenwoordig voor hulp direct aanklopt bij de GGZ, en men dus niet eerst naar de huisarts is gegaan. Integendeel, het percentage GGZ-gebruikers dat *eerst* voor hulp aanklopte bij de AGZ en in het bijzonder de huisarts is juist gestegen (resultaten niet gepresenteerd). Dit kan komen doordat de huisarts bij psychische problemen vaker doorverwijst naar de GGZ (Verhaak et al., 2005; www.nivel.nl) en patiënten vaker het advies voor verwijzing naar de GGZ opvolgen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: de problematiek van patiënten is ernstiger geworden, de huisarts heeft geleerd psychische problemen sneller te herkennen, de huisarts is het behandelen van psychische problemen minder als zijn taakopvatting gaan beschouwen (van den Berg et al., 2004), en er zijn meer laagdrempelige, niet geïnstitutionaliseerde GGZ-voorzieningen in de directe omgeving van de huisartspraktijk beschikbaar gekomen. Dat de problematiek van zorggebruikers ernstiger is geworden, wordt ondersteund door de data. Immers, 28,0% van de mensen met een DSM-III R stoornis klopte in 1996 voor hulp aan bij de AGZ en dat percentage bleef nagenoeg hetzelfde (28,3%) in de periode 2007-2009 wanneer stringendere DSM-IV criteria werden gehanteerd. Blijkbaar wacht men tegenwoordig dus vaker af voordat men voor psychische hulp de huisarts of een andere AGZ-voorziening raadpleegt.

Opgemerkt moet worden dat de NEMESIS-2 gegevens een onderschatting geven van het werkelijke AGZ-gebruik vanwege psychische problemen, omdat de hulpverlening door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen niet is nagevraagd. Omdat deze vorm van hulpverlening in de afgelopen jaren in de huisartspraktijk is toegenomen (Verhaak et al., 2006), zou het kunnen betekenen dat de waargenomen daling in AGZ-gebruik in werkelijkheid minder sterk is. Naar verwachting is de onderschatting (0,2%) echter niet zo groot dat dit de gehele daling in AGZ-gebruik vanwege psychische problemen verklaart.

In Nederland is het percentage mensen met een on vervulde zorgbehoefte sterk gedaald, ook bij de mensen met een psychische stoornis. In de trendstudies uitge-

voerd in de VS en Groot-Brittannië zijn onvervulde zorgbehoeften niet onderzocht, waardoor een vergelijking met onze cijfers niet mogelijk is. In Australië is een trend in *zorgbehoefte* onderzocht, en deze zorgbehoefte bleek niet te zijn veranderd in bijna tien jaar tijd. Maar betekent dit nu ook dat de *onvervulde* zorgbehoefte in Australië hetzelfde is gebleven? Dat hoeft niet zo te zijn. Het percentage Australiërs dat een onvervulde zorgbehoefte rapporteerde kan evenals in Nederland zijn gedaald. Om er achter te komen in hoeverre de daling in onvervulde zorgbehoefte in Nederland overeenkomt met andere Nederlandse data, zijn speciaal voor dit doel ESEMeD-gegevens geanalyseerd. Deze gegevens over onvervulde zorgbehoefte zijn in nagenoeg vergelijkbare bewoordingen verzameld in de periode 2001-2003, dus tussen beide NEMESIS-studies in. De uitkomst van deze analyse bevestigt onze bevinding: sinds 1996 is de onvervulde zorgbehoefte in de Nederlandse bevolking sterk afgenomen van 6,2% naar 3,5% in 2001-2003. NEMESIS-2 liet zien dat 1,8% van de totale populatie in 2007-2009 een onvervulde zorgbehoefte rapporteerde. Deze daling is een positief resultaat waarvoor twee verklaringen denkbaar zijn. De eerste is dat mensen met een psychische stoornis tegenwoordig beter worden geholpen. Of anders gezegd: de hulp sluit meer aan bij hun zorgbehoeften. De tweede verklaring is dat mensen met psychische problemen tegenwoordig beter weten wat voor aandoening ze hebben en welke vormen van behandeling zoal mogelijk zijn. De veronderstelling is dan dat naarmate mensen beter geïnformeerd zijn over hun ziekte en behandelingsmogelijkheden, hun onvervulde zorgbehoefte zal afnemen. De daling in onvervulde zorgbehoefte is niet te wijten aan een verandering van de vraagstelling in beide NEMESIS-studies, want deze bleef exact gelijk.

Ondanks dat de gelijkblijvende trend in GGZ-gebruik in Nederland overeenkomt met die in buitenlandse studies, is deze moeilijk te rijmen met Nederlandse registratiegegevens. Deze laten namelijk vooral een groei in GGZ-gebruik zien. Registratiegegevens kunnen echter niet zonder meer worden vergeleken met dat wat uit bevolkingsonderzoek naar voren komt, omdat registratiegegevens niet voor inhoudelijke maar voor administratieve doeleinden zijn opgezet. Daarnaast verschillen beide bronnen in de populatie waarop de data betrekking hebben: heel Nederland of enkele regio's, alle GGZ-voorzieningen of een deel ervan; zorggebruik ongeacht de persoon of in termen van unieke personen; zorggebruik vanwege eigen problemen of ook vanwege andermans problemen. Hoe het zorggebruik er in de jaren 90 ook uitzag, gebaseerd op bevolkingsonderzoek of op basis van registraties, de huidige cijfers uit beide bronnen laten meer vergelijkbare percentages GGZ-gebruikers in één jaar zien. Zo laten cijfers uit drie Psychiatrische Casus Registers (PCR) – PCR Noord Nederland, PCR Zuid Limburg en PCR Rijnmond – omgerekend naar de totale bevolking een vergelijkbaar percentage GGZ-gebruikers als in NEMESIS-2 zien: in 2004 had 5,0% van de volwassen bevolking in een kalenderjaar contact met de GGZ (Pijl, 2007) tegenover 6,2% in NEMESIS-2. Data uit drie andere Psychiatrische Casus Registers – PCR Noord Nederland, PCR Zuid Limburg en PCR Midden Nederland – laten zien dat in 2005 5,0% van de bevolking van 20 jaar en ouder in dat jaar contact had met de GGZ (Platform Psychiatrische Casusregisters Nederland, 2009). Cijfers

van zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland laten zien dat in 2007 4,7% van de totale bevolking in een jaar gebruik maakte van de GGZ (GGZ Nederland, 2009). Hierbij moet worden bedacht dat in de percentages gebaseerd op genoemde regionale en landelijke registratiegegevens zijn uitgesloten de mensen die gebruik maakten van vrijgevestigde hulpverleners, en meestal ook de mensen die gebruik maakten van psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, en verslavingszorg. In het NEMESIS-2 percentage zijn deze zorggebruikers wel tot de GGZ gerekend. Kortom, ondanks dat registratiegegevens niet zonder meer vergeleken kunnen worden met dat wat uit bevolkingsonderzoek naar voren komt, komt het percentage mensen dat in één kalenderjaar contact had met de GGZ uit diverse registratiegegevens in grote lijnen overeen met het percentage gevonden in NEMESIS-2 (6,2%).

NEMESIS-2 laat verder zien dat de meeste mensen bij psychische problemen de AGZ bezochten, gevolgd door de GGZ. Het informele circuit werd het minst vaak geraadpleegd. Deze voorkeursvolgorde is niet veranderd in het afgelopen decennium (Bijl & Ravelli, 1998c). Het patroon dat mensen met een stemmingsstoornis vaker in zorg komen dan degenen met een angststoornis of alcoholmisbruik is ook een algemeen beeld dat niet is veranderd in het afgelopen decennium (Bijl & Ravelli, 1998c), en dat ook naar voren komt in buitenlandse studies (Alonso et al., 2004).

Conclusies

Met de uitvoering van NEMESIS-2 zijn er weer actuele cijfers beschikbaar over de psychische gezondheidstoestand en het zorggebruik van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2 laat zien dat psychische aandoeningen frequent voorkomen. Vier op de tien volwassenen had enigerlei As-I psychische aandoening ooit in het leven (42,7%), en één op de vijf in de afgelopen 12 maanden (18,0%). Over het leven gerekend komen stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen bijna even vaak voor (19,1-20,1%). Over een periode van een jaar gerekend komen angststoornissen het meest voor (10,1%). De mate van vóórkomen van psychische aandoeningen is stabiel gebleven in het afgelopen decennium. Dat gold zowel voor stemmingsstoornissen als voor angststoornissen en middelenstoornissen.

Met de uitvoering van NEMESIS-2 zijn er nu voor het eerst in Nederland ook bevolkingsgegevens over het vóórkomen van aandachtstekort- en gedragsstoornissen beschikbaar. Het vóórkomen van deze aandoeningen in de kindertijd en vroege adolescentie werd gezien bij ongeveer één op de tien volwassenen. ADHD in de volwassenheid bleek nog steeds aanwezig bij zeven op de tien personen met ADHD in de kindertijd.

In de totale populatie maakte in de 12 maanden voorafgaand aan het interview 11,4% gebruik van enigerlei zorgvoorziening vanwege psychische problemen. 9,0% zocht hulp in de AGZ vanwege deze problemen, 6,2% bezocht de GGZ, en 2,8% schakelde het informele zorgcircuit in. Vergeleken met NEMESIS-1 zijn mensen

minder vaak gebruik gaan maken van AGZ-voorzieningen bij psychische problemen. Het gebruik van GGZ-voorzieningen bleef stabiel en dat van informele zorg ook na constant houding voor verschillen in de bevolkings- en steekproefsamenstellingen tussen beide studies. Ondanks dat mensen minder vaak een beroep deden op de AGZ, steeg hun on vervulde zorgbehoefte niet. In tegendeel, dat nam zelfs fors af (van 6,2% naar 1,8%). Uit Nederlandse registratiegegevens blijkt dat het percentage mensen dat in één kalenderjaar contact had met de GGZ in grote lijnen overeenkomt met het percentage gevonden in NEMESIS-2.

Door de hoge kwaliteit van het veldwerk en de goede respons is het mogelijk geworden een dataset te verkrijgen van goede kwaliteit. Uit de eerste meting van NEMESIS-2 bleek dat 96,4% van de respondenten bereid was mee te doen aan de toekomstige meetmomenten. Dit zal bijdragen aan een relatief hoge respons in de vervolgmetingen van deze studie.

Deze publicatie is de eerste rapportage over de grote hoeveelheid verzamelde gegevens van NEMESIS-2. Er zullen in de komende jaren met behulp van deze dataset nog talrijke nationale en internationale publicaties volgen over onderwerpen die met de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking te maken hebben.

Deel 2.

Kerncijfers over psychische aandoeningen: vóórkomen bij verschillende demografische groepen

Inleiding

In deel 2 van dit rapport worden cijfers gepresenteerd over het vóórkomen van psychische aandoeningen bij verschillende demografische groepen. De lezer kan zelf de gegevens opzoeken over specifieke groepen die voor haar of hem van belang zijn. Elke tabel wordt voorafgegaan door een beschrijving van de symptomen van de aandoening en de voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor het hebben van een diagnose volgens het classificatiesysteem DSM-IV. Voor deze beschrijving werd gebruik gemaakt van de jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Van iedere aandoening of hoofdgroep van aandoeningen worden twee tabellen weergegeven; één over het vóórkomen ooit in het leven en één over het vóórkomen in de afgelopen 12 maanden.

Elke tabel geeft percentages voor de totale bevolking en voor vrouwen en mannen apart. Er worden gegevens gepresenteerd over de volgende demografische kenmerken:

- Leeftijd
- Opleidingsniveau
- Woonsituatie
- Werksituatie
- Inkomen
- Etnische afkomst
- Het hebben van een religie of geloofsovertuiging
- Urbanisatiegraad (mate van verstedelijking)

Niet voor iedere aandoening kunnen deze kenmerken even gedetailleerd worden weergegeven. Bij aandoeningen die in de totale bevolking relatief weinig vóórkomen is voor een minder gedetailleerde tabel gekozen.

De percentages in de tabellen zijn zogenoemde 'gewogen' resultaten. Hoewel de deelnemers aan de eerste meting van NEMESIS-2 redelijk representatief waren voor de Nederlandse bevolking, kunnen kleine afwijkingen op een aantal kenmerken tussen de steekproef en de bevolking toch voor vertekening zorgen. Met behulp van de in hoofdstuk 3 beschreven weegfactor wordt dit voorkomen.

Bij elk demografisch kenmerk staat voor de totale groep én voor mannen en vrouwen apart aangegeven of het verschil in de percentages van de categorieën statistisch significant is. Deze toetsen zijn met behulp van een Chi-kwadraat toets uitgevoerd. Significante verschillen zijn aangegeven bij een p-waarde van kleiner dan 0,01.

Enigerlei As-I psychische aandoening

De eerste twee tabellen geven het vóórkomen weer van enigelei As-I aandoening. Iemand heeft één of meer van de afzonderlijke aandoeningen uit de hoofdgroepen stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis of aandachtstekort- of gedragsstoornis gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze aandoeningen wordt verwezen naar de specifieke paragrafen van deze stoornissen.

Stemmingsstoornissen

- Depressieve stoornis (depressie in engere zin)
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

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

Middelenstoornissen

- Alcoholmisbruik
- Alcoholafhankelijkheid
- Drugsmisbruik
- Drugsafhankelijkheid

Aandachtstekort- en gedragsstoornissen

- ADHD
- Gedragsstoornis
- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Enigerlei As-I psychische aandoening, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	43,4	41,9	42,7
Leeftijd	*		*
18-24	44,8	45,1	44,9
25-34	51,6	41,0	46,3
35-44	43,8	43,4	43,6
45-54	43,0	42,4	42,7
55-64	34,4	38,5	36,5
Opleiding			
Lager onderwijs	53,6	41,6	47,1
LBO, MAVO	42,1	41,3	41,7
MBO, HAVO, VWO	44,4	44,5	44,4
HBO, universiteit	40,5	38,6	39,6
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	40,4	38,9	39,7
Met partner zonder kinderen	36,7	40,7	38,8
Alleenstaande ouder	51,0	46,7	47,7
Alleenstaand	54,2	50,6	52,7
Bij ouders	48,1	42,1	45,5
Met anderen	52,4	44,9	49,5
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	41,8	41,6	41,7
Huisvrouw/-man	58,0	38,6	39,0
Student	39,1	41,4	40,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	68,4	59,8	64,4
Gepensioneerd, anders	36,6	35,1	36,1
Inkomen	*	*	*
Laag	54,1	48,2	51,1
Midden	41,3	43,7	42,5
Hoog	37,2	38,3	37,3
Etnische afkomst			
Westers	43,6	42,6	43,1
Niet-westers	40,6	34,2	36,9
Religieus	*	*	*
Niet	46,0	45,2	45,6
Wel	38,8	37,2	38,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	37,9	40,9	39,4
Laag	42,2	41,4	41,8
Matig	44,7	44,0	44,4
Hoog	43,8	42,1	42,9
Zeer hoog	46,3	40,7	43,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei As-I psychische aandoening, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	17,7	18,4	18,0
Leeftijd	*		*
18-24	30,1	26,1	28,1
25-34	20,0	19,0	19,5
35-44	19,2	17,0	18,1
45-54	14,4	17,8	16,1
55-64	9,6	15,2	12,4
Opleiding			*
Lager onderwijs	24,4	21,8	23,0
LBO, MAVO	21,2	22,6	21,9
MBO, HAVO, VWO	17,3	17,1	17,2
HBO, universiteit	13,9	15,4	14,6
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	13,0	13,5	13,2
Met partner zonder kinderen	11,1	17,2	14,3
Alleenstaande ouder	22,8	24,2	23,9
Alleenstaand	27,8	24,8	26,6
Bij ouders	28,9	27,5	28,3
Met anderen	30,0	29,3	29,8
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	15,7	16,5	16,1
Huisvrouw/-man	39,6	16,8	17,3
Student	23,3	24,8	24,1
Werkloos, arbeidsongeschikt	37,9	37,7	37,8
Gepensioneerd, anders	11,0	12,2	11,4
Inkomen	*	*	*
Laag	30,8	27,3	29,0
Midden	14,1	18,4	16,1
Hoog	9,8	11,5	10,6
Etnische afkomst			
Westers	17,2	18,2	17,7
Niet-westers	25,1	20,3	22,3
Religieus	*	*	*
Niet	19,6	20,3	19,9
Wel	14,2	15,6	15,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	17,0	17,8	17,4
Laag	15,4	17,0	16,2
Matig	15,9	17,6	16,7
Hoog	18,1	20,5	19,3
Zeer hoog	21,7	17,6	19,7

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei stemmingsstoornis

De volgende twee tabellen geven het vóórkomen weer van enigelei stemmingsstoornis. Een persoon heeft dan één of meer van de hieronder beschreven aandoeningen gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de afzonderlijke aandoeningen wordt verwezen naar de paragrafen hierover.

Depressieve stoornis. Iemand voelt zich minstens twee weken achter elkaar somber of heeft geen interesse of plezier meer in allerlei zaken, en heeft daarnaast een aantal andere klachten, zoals concentratieproblemen, moeite met slapen, vermoeidheid of verlies aan energie, gevoelens van waardeloosheid en gedachten aan de dood.

Dysthymie. Iemand heeft een depressieve stemming die minstens twee jaar duurt, maar die niet altijd even sterk aanwezig is. Daarnaast is sprake van minstens twee symptomen die bij een depressieve stoornis horen.

Bipolaire stoornis. Iemand heeft perioden van depressieve stemmingen die worden afgewisseld met perioden van grote activiteit, drukte of opwindning. In laatstgenoemde perioden heeft hij of zij een abnormale en voortdurende uitgelaten of juist geprikkelde stemming. Kenmerken zijn onder andere een overdreven gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën, verminderde behoefte aan slaap, veel spraakzamer zijn dan normaal en makkelijk afgeleid zijn.

Enigerlei stemmingsstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	14,4	25,9	20,1
Leeftijd	*		*
18-24	7,1	23,5	15,3
25-34	15,6	23,3	19,5
35-44	12,6	27,3	19,8
45-54	19,6	28,9	24,2
55-64	13,9	24,8	19,3
Opleiding			
Lager onderwijs	23,8	25,1	24,5
LBO, MAVO	13,2	26,5	20,1
MBO, HAVO, VWO	13,8	28,1	20,9
HBO, universiteit	13,8	22,3	17,8
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	11,2	24,2	17,7
Met partner zonder kinderen	13,1	24,1	18,8
Alleenstaande ouder	27,5	33,5	32,3
Alleenstaand	21,9	31,2	25,6
Bij ouders	11,2	24,8	17,0
Met anderen	29,5	26,1	28,2
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	13,1	25,5	18,5
Huisvrouw/-man	28,0	23,4	23,5
Student	9,5	17,0	13,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	30,1	46,1	37,5
Gepensioneerd, anders	15,8	27,0	19,6
Inkomen	*	*	*
Laag	19,3	29,6	24,6
Midden	14,3	26,9	20,2
Hoog	10,2	21,9	15,7
Etnische afkomst			
Westers	14,2	26,2	20,1
Niet-westers	17,6	22,8	20,6
Religieus			
Niet	15,1	26,6	20,6
Wel	13,1	24,9	19,3
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	13,5	29,7	21,4
Laag	12,2	27,9	19,9
Matig	17,3	24,1	20,7
Hoog	15,1	24,8	20,0
Zeer hoog	13,4	24,9	19,2

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei stemmingsstoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,8	7,4	6,1
Leeftijd			
18-24	5,9	12,1	9,0
25-34	5,4	8,9	7,1
35-44	4,3	6,2	5,2
45-54	4,8	7,5	6,1
55-64	4,4	4,4	4,4
Opleiding		*	*
Lager onderwijs	11,8	6,1	8,7
LBO, MAVO	5,4	11,3	8,5
MBO, HAVO, VWO	4,0	6,7	5,4
HBO, universiteit	3,8	5,4	4,6
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	2,9	4,8	3,8
Met partner zonder kinderen	2,2	5,7	4,0
Alleenstaande ouder	8,9	13,2	12,3
Alleenstaand	10,7	10,6	10,7
Bij ouders	5,7	13,4	9,0
Met anderen	14,0	13,5	13,8
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	3,8	6,7	5,1
Huisvrouw/-man	24,5	4,8	5,2
Student	5,0	7,0	6,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	14,0	23,1	18,2
Gepensioneerd, anders	5,0	6,5	5,5
Inkomen	*	*	*
Laag	9,3	13,4	11,4
Midden	3,7	7,2	5,4
Hoog	1,7	4,3	3,0
Etnische afkomst			
Westers	4,5	7,2	5,9
Niet-westers	9,1	9,4	9,3
Religieus	*		*
Niet	5,7	8,2	6,9
Wel	3,2	6,2	4,8
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	6,2	9,7	7,9
Laag	3,6	6,7	5,2
Matig	4,7	5,5	5,1
Hoog	6,0	8,6	7,3
Zeer hoog	3,6	6,7	5,2

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele (p<0,01)

Depressieve stoornis

Iemand heeft een depressieve stoornis als men gedurende tenminste twee weken minstens één van de volgende twee kernsymptomen heeft:

- Een neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- Een duidelijk verlies aan interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag

Daarnaast dienen andere symptomen bijna dagelijks aanwezig te zijn:

- Eetproblemen (heel veel of juist heel weinig eten) of verandering in het gewicht
- Slaapgebrek of juist te veel slapen
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- Vermoeidheid en verlies aan energie
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- Concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan de dood of aan zelfdoding

Er is sprake van een depressieve stoornis wanneer minimaal vijf symptomen tegelijk aanwezig zijn, inclusief één of twee van de kernsymptomen.

Depressieve stoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	13,1	24,3	18,7
Leeftijd	*		*
18-24	7,1	18,9	13,0
25-34	12,1	22,0	17,1
35-44	11,8	26,0	18,8
45-54	18,7	27,6	23,1
55-64	13,2	23,7	18,4
Opleiding			
Lager onderwijs	19,6	23,6	21,7
LBO, MAVO	12,1	23,2	17,9
MBO, HAVO, VWO	12,8	26,7	19,7
HBO, universiteit	12,9	21,5	16,9
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	10,6	23,7	17,1
Met partner zonder kinderen	12,3	22,7	17,7
Alleenstaande ouder	27,5	29,9	29,4
Alleenstaand	20,1	29,6	23,9
Bij ouders	7,9	20,0	13,1
Met anderen	25,6	19,2	23,1
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	11,9	23,9	17,2
Huisvrouw/-man	28,0	22,5	22,6
Student	8,2	15,6	11,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	28,1	40,0	33,6
Gepensioneerd, anders	15,2	27,0	19,1
Inkomen	*		*
Laag	16,3	26,2	21,4
Midden	13,3	25,5	19,1
Hoog	9,7	21,5	15,2
Etnische afkomst			
Westers	13,1	24,8	18,8
Niet-westers	14,3	18,3	16,6
Religieus			
Niet	13,8	24,8	19,1
Wel	12,0	23,4	18,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	11,8	28,6	20,0
Laag	11,5	25,7	18,5
Matig	15,6	23,3	19,4
Hoog	14,2	22,7	18,5
Zeer hoog	11,8	23,5	17,6

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Depressieve stoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,1	6,3	5,2
Leeftijd			
18-24	5,9	7,6	6,7
25-34	3,0	7,8	5,4
35-44	4,0	5,5	4,7
45-54	4,5	6,8	5,7
55-64	4,0	4,2	4,1
Opleiding			
Lager onderwijs	9,7	5,8	7,6
LBO, MAVO	4,8	8,7	6,8
MBO, HAVO, VWO	3,5	5,9	4,7
HBO, universiteit	3,2	4,8	4,0
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	2,5	4,6	3,6
Met partner zonder kinderen	2,1	5,2	3,7
Alleenstaande ouder	8,9	10,0	9,8
Alleenstaand	9,3	9,8	9,5
Bij ouders	3,9	8,6	5,9
Met anderen	10,1	6,6	8,7
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	3,2	5,6	4,3
Huisvrouw/-man	24,5	4,4	4,9
Student	4,0	5,7	4,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	12,3	18,6	15,2
Gepensioneerd, anders	4,4	6,5	5,1
Inkomen	*	*	*
Laag	7,6	10,6	9,2
Midden	3,2	6,6	4,8
Hoog	1,6	4,0	2,7
Etnische afkomst			
Westers	4,0	6,4	5,2
Niet-westers	6,1	4,9	5,4
Religieus	*		*
Niet	5,0	7,0	6,0
Wel	2,5	5,1	3,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	5,2	9,3	7,2
Laag	3,5	5,2	4,4
Matig	4,0	5,2	4,6
Hoog	5,4	7,0	6,2
Zeer hoog	2,4	5,5	3,9

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Dysthymie

Het belangrijkste kenmerk van dysthymie is een chronisch depressieve stemming die het grootste deel van de dag aanwezig is, op meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar.

Van dysthymie wordt gesproken als tenminste twee van de volgende symptomen lange tijd aanwezig zijn, gedurende twee jaar. De symptomen mogen nooit langer dan twee maanden afwezig zijn:

- Slechte eetlust of juist te veel eten
- Slaapgebrek of juist te veel slapen
- Gebrek aan energie of vermoeidheid
- Gering gevoel van eigenwaarde
- Slecht kunnen concentreren of besluiteloos zijn
- Gevoelens van hopeloosheid

Dysthymie, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,6	2,0	1,3
Leeftijd			
18-24	0,0	2,6	1,3
25-34	1,0	1,2	1,1
35-44	0,8	1,3	1,0
45-54	0,6	3,4	2,0
55-64	0,4	1,7	1,0
Opleiding			
Lager onderwijs, LBO, MAVO	0,5	2,1	1,4
MBO, HAVO, VWO	0,7	2,3	1,5
HBO, universiteit	0,6	1,4	1,0
Woonsituatie		*	*
Met partner	0,3	1,3	0,8
Zonder partner	1,1	3,6	2,3
Werksituatie		*	*
Betaald werk	0,5	1,2	0,8
Geen betaald werk	0,9	4,0	2,8
Inkomen			
Laag	1,4	2,7	2,0
Midden	0,6	1,7	1,1
Hoog	0,1	1,6	0,8
Etnische afkomst			
Westers	0,6	2,1	1,3
Niet-westers	0,8	1,2	1,0
Religieus			
Niet	0,6	1,9	1,2
Wel	0,7	2,1	1,4
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,8	1,9	1,3
Stad	0,5	2,1	1,3

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Dysthymie, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,4	1,3	0,9
Leeftijd			
18-24	0,0	2,1	1,1
25-34	0,6	1,0	0,8
35-44	0,7	1,0	0,8
45-54	0,4	1,9	1,2
55-64	0,2	0,8	0,5
Opleiding			
Lager onderwijs, LBO, MAVO	0,3	1,7	1,1
MBO, HAVO, VWO	0,5	1,4	0,9
HBO, universiteit	0,3	0,8	0,5
Woonsituatie	*	*	*
Met partner	0,1	0,8	0,5
Zonder partner	1,0	2,3	1,6
Werksituatie		*	*
Betaald werk	0,4	0,7	0,5
Geen betaald werk	0,7	2,7	1,9
Inkomen	*		*
Laag	1,2	2,1	1,7
Midden	0,2	1,2	0,7
Hoog	0,1	1,0	0,5
Etnische afkomst			
Westers	0,4	1,4	0,9
Niet-westers	0,0	0,0	0,0
Religieus			
Niet	0,3	1,4	0,9
Wel	0,5	1,1	0,9
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,7	1,5	1,1
Stad	0,3	1,2	0,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Bipolaire stoornis

Bipolaire stoornis wordt ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. De term bipolair geeft aan dat de stemming twee extremen kan vertonen: van tijd tot tijd extreem uitgelaten of juist extreem neerslachtig.

Iemand heeft een bipolaire stoornis als hij of zij episodes doormaakt met een tenminste enkele dagen tot weken aanhoudende uitgelaten of prikkelbare stemming (manische of hypomanische episodes). Dat uit zich als overdreven vrolijk zijn maar ook snel boos zijn.

Daarnaast is vaak sprake van minstens drie van de volgende verschijnselen:

- Druk praten, drukker dan gewoonlijk
- Het gevoel hebben alles aan te kunnen
- Weinig slapen
- Overactief zijn, aandacht wordt gemakkelijk afgeleid door niet terzake doende prikkels
- Dingen doen zonder rekening te houden met nadelige gevolgen (bijvoorbeeld midden in de nacht harde muziek draaien, te veel geld uitgeven, impulsief nieuwe (seksuele) relaties aangaan)
- Toenemen van doelgerichte activiteit of psychomotorische agitatie
- Gedachtevlucht, gevoel dat de gedachten jagen

Een bipolaire stoornis is dermate ernstig dat er duidelijke problemen in het werk of de gewone sociale activiteiten of relaties ontstaan. Als de symptomen gepaard gaan met problemen in het functioneren (ruzies, onverantwoorde uitgaven of andere activiteiten) spreekt men van een manie, als dat niet het geval is van een hypomanie.

Vrijwel alle mensen met een bipolaire stoornis maken naast (hypo)manische episodes ook depressieve episodes door. Overigens worden de (hypo)manische en depressieve episodes afgewisseld door periodes zonder een veranderde stemming.

Bipolaire stoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	1,2	1,4	1,3
Leeftijd	*		
18-24	0,0	3,9	1,9
25-34	3,5	1,2	2,4
35-44	0,6	1,1	0,9
45-54	0,9	1,1	1,0
55-64	0,7	0,9	0,8
Opleiding		*	
Lager onderwijs, LBO, MAVO	1,7	2,6	2,2
MBO, HAVO, VWO	1,0	1,0	1,0
HBO, universiteit	0,9	0,7	0,8
Woonsituatie	*	*	*
Met partner	0,6	0,8	0,7
Zonder partner	2,3	2,9	2,6
Werksituatie			
Betaald werk	1,2	1,3	1,2
Geen betaald werk	1,2	1,7	1,5
Inkomen	*	*	*
Laag	2,9	3,4	3,1
Midden	0,8	1,2	1,0
Hoog	0,5	0,3	0,4
Etnische afkomst	*		*
Westers	1,0	1,1	1,1
Niet-westers	3,4	4,5	4,0
Religieus			
Niet	1,2	1,6	1,4
Wel	1,1	1,2	1,1
Urbanisatiegraad			
Platteland	1,1	1,6	1,3
Stad	1,2	1,3	1,3

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Bipolaire stoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,7	1,0	0,8
Leeftijd	*	*	*
18-24	0,0	3,9	1,9
25-34	2,4	1,0	1,7
35-44	0,3	0,5	0,4
45-54	0,3	0,6	0,4
55-64	0,4	0,2	0,3
Opleiding		*	
Lager onderwijs, LBO, MAVO	1,0	2,0	1,5
MBO, HAVO, VWO	0,5	0,5	0,5
HBO, universiteit	0,6	0,5	0,5
Woonsituatie	*	*	*
Met partner	0,2	0,3	0,3
Zonder partner	1,6	2,5	2,0
Werksituatie			
Betaald werk	0,6	0,9	0,8
Geen betaald werk	1,0	1,1	1,1
Inkomen		*	*
Laag	1,7	2,8	2,3
Midden	0,5	0,5	0,5
Hoog	0,2	0,2	0,2
Etnische afkomst	*	*	*
Westers	0,5	0,6	0,6
Niet-westers	2,9	4,5	3,9
Religieus			
Niet	0,7	1,0	0,9
Wel	0,7	0,9	0,8
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,4	1,1	0,7
Stad	0,8	0,9	0,9

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei angststoornis

De volgende twee tabellen geven het vóórkomen weer van enigelei angststoornis. Iemand heeft één of meer van de hieronder beschreven angststoornissen gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de afzonderlijke aandoeningen wordt verwezen naar de paragrafen hierover.

Paniekstoornis. Iemand heeft aanvallen van ernstige ongefundeerde angst, die optreedt zonder dat daar directe aanleiding voor is, en die gepaard gaan met een aantal andere klachten, zoals ademnood, hartkloppingen, transpireren en angst om de controle over zichzelf te verliezen.

Agorafobie. Wanneer iemand uit vrees voor een sterke angst menigten gaat mijden en situaties waar men niet snel genoeg uit weg kan komen, is er sprake van agorafobie (ook wel pleinvrees genoemd). Agorafobie kan met en zonder paniekstoornis vóórkomen. Hier wordt agorafobie zonder paniekstoornis beschreven.

Sociale fobie. Iemand is heel bang voor bepaalde sociale situaties, vooral als daar een prestatie van deze persoon wordt verwacht. Men is bijvoorbeeld niet in staat in het openbaar te spreken. Vaak heeft men gevoelens van schaamte en angst voor afwijzing. Als het mogelijk is, probeert men de situatie te vermijden.

Specifieke fobie. Iemand heeft een grote angst voor één bepaald ding, dier of situatie (bijvoorbeeld angst voor spinnen, wateroppervlakten, vliegen). De angst moet wel zo groot zijn dat iemand daardoor in het dagelijks leven wordt beperkt.

Gegeneraliseerde angststoornis. Iemand maakt zich, beduidend meer dan normaal en zonder echt duidelijke reden, langdurig vreselijk druk over algemene zaken.

Enigerlei angststoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	15,9	23,4	19,6
Leeftijd			
18-24	13,9	23,8	18,9
25-34	15,7	20,9	18,3
35-44	19,7	24,0	21,8
45-54	15,1	24,1	19,6
55-64	13,6	23,9	18,7
Opleiding			
Lager onderwijs	20,7	27,1	24,2
LBO, MAVO	15,6	25,6	20,8
MBO, HAVO, VWO	15,3	23,6	19,4
HBO, universiteit	16,0	19,8	17,8
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	15,4	21,5	18,4
Met partner zonder kinderen	12,0	23,9	18,2
Alleenstaande ouder	26,9	25,3	25,6
Alleenstaand	21,8	25,7	23,4
Bij ouders	15,4	24,5	19,3
Met anderen	15,8	27,9	20,5
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	14,9	21,6	17,8
Huisvrouw/-man	17,5	25,1	24,9
Student	9,9	22,1	15,9
Werkloos, arbeidsongeschikt	33,8	40,0	36,7
Gepensioneerd, anders	13,3	16,2	14,3
Inkomen	*		*
Laag	24,8	27,4	26,1
Midden	14,6	24,6	19,3
Hoog	11,0	20,3	15,3
Etnische afkomst	*		
Westers	15,4	23,6	19,4
Niet-westers	24,9	20,5	22,3
Religieus			
Niet	16,5	24,2	20,2
Wel	15,0	22,1	18,7
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	13,0	20,9	16,9
Laag	14,1	22,1	18,0
Matig	15,3	26,9	21,1
Hoog	15,4	24,3	19,9
Zeer hoog	21,3	21,2	21,2

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei angststoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	7,7	12,5	10,1
Leeftijd			
18-24	6,8	16,5	11,7
25-34	8,2	11,3	9,8
35-44	9,6	12,9	11,2
45-54	7,7	12,1	9,9
55-64	5,6	11,0	8,3
Opleiding			
Lager onderwijs	7,9	13,9	11,2
LBO, MAVO	8,4	16,9	12,8
MBO, HAVO, VWO	7,6	11,4	9,4
HBO, universiteit	7,4	9,9	8,6
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	7,6	10,2	8,9
Met partner zonder kinderen	5,4	12,0	8,8
Alleenstaande ouder	14,1	15,4	15,1
Alleenstaand	11,5	14,4	12,7
Bij ouders	6,7	18,3	11,7
Met anderen	6,2	18,0	10,8
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	6,6	10,4	8,3
Huisvrouw/-man	17,5	13,1	13,2
Student	6,8	17,7	12,1
Werkloos, arbeidsongeschikt	20,4	27,3	23,6
Gepensioneerd, anders	6,9	8,2	7,4
Inkomen	*	*	*
Laag	12,7	16,3	14,5
Midden	7,0	13,2	9,9
Hoog	4,2	8,1	6,0
Etnische afkomst	*	*	*
Westers	7,2	12,1	9,6
Niet-westers	15,9	16,3	16,1
Religieus			
Niet	8,1	13,2	10,6
Wel	7,0	11,4	9,4
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	5,6	10,6	8,1
Laag	6,0	11,9	8,9
Matig	6,6	13,1	9,9
Hoog	7,8	14,2	11,0
Zeer hoog	12,0	10,9	11,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Paniekstoornis

Van een *paniekaanval* wordt gesproken als ernstige gevoelens van angst onverwacht optreden, zonder dat er een directe aanleiding voor is. Iemand heeft een *paniekstoornis* als hij of zij bij herhaling paniekaanvallen krijgt en zich aanhoudend zorgen maakt over het krijgen van een volgende aanval of over de gevolgen van de aanvallen.

Een paniekaanval gaat gepaard met minstens vier symptomen uit onderstaande lijst:

- Ademnood
- Duizeligheid
- Hartkloppingen
- Trillen of beven
- Transpireren
- Misselijkheid
- Depersonalisatie (het gevoel van verlies over de eigen persoonlijkheid)
- Pijn of een onaangenaam gevoel op de borst
- Verdovende of tintelende gevoelens
- Opvliegers of koude rillingen
- Angst om dood te gaan
- Angst om gek te worden of de controle over zichzelf te verliezen

Er wordt onderscheid gemaakt tussen paniekstoornis met en zonder agorafobie. In de volgende tabellen zijn beide typen paniekstoornis samen genomen.

Paniekstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	2,8	4,7	3,8
Leeftijd			
18-24	0,6	3,2	1,9
25-34	1,7	4,3	3,0
35-44	3,2	5,1	4,1
45-54	3,9	5,7	4,8
55-64	3,4	4,6	4,0
Opleiding			
Lager onderwijs	0,6	7,3	4,3
LBO, MAVO	1,6	6,2	4,0
MBO, HAVO, VWO	3,2	3,9	3,6
HBO, universiteit	3,6	3,9	3,7
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	3,1	4,5	3,8
Met partner zonder kinderen	2,6	4,6	3,6
Alleenstaande ouder	10,9	5,9	6,9
Alleenstaand	3,3	6,5	4,6
Bij ouders	0,6	3,2	1,7
Met anderen	0,0	1,2	0,5
Werksituatie			*
Betaald werk	2,7	4,8	3,6
Huisvrouw/-man	6,2	4,0	4,1
Student	0,8	1,7	1,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	5,5	9,5	7,3
Gepensioneerd, anders	2,9	3,7	3,2
Inkomen			
Laag	2,9	4,9	3,9
Midden	2,8	5,3	4,0
Hoog	2,3	4,4	3,3
Etnische afkomst			
Westers	2,7	5,0	3,8
Niet-westers	3,9	2,0	2,8
Religieus		*	*
Niet	3,1	5,6	4,3
Wel	2,4	3,5	2,9
Urbanisatiegraad	*		*
Zeer laag	0,8	4,8	2,8
Laag	2,7	3,0	2,9
Matig	1,5	5,9	3,7
Hoog	2,8	4,5	3,7
Zeer hoog	5,5	5,7	5,6

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Paniekstoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	1,0	1,5	1,2
Leeftijd			
18-24	0,0	1,2	0,6
25-34	0,4	2,3	1,4
35-44	1,2	1,3	1,2
45-54	1,7	1,4	1,6
55-64	1,1	1,1	1,1
Opleiding			
Lager onderwijs	0,0	2,5	1,4
LBO, MAVO	0,4	2,4	1,4
MBO, HAVO, VWO	1,3	0,9	1,1
HBO, universiteit	1,2	1,2	1,2
Woonsituatie	*		
Met partner met kinderen	0,8	1,5	1,2
Met partner zonder kinderen	0,9	1,6	1,3
Alleenstaande ouder	9,1	1,4	3,0
Alleenstaand	1,2	2,0	1,5
Bij ouders	0,0	0,5	0,2
Met anderen	0,0	0,0	0,0
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	0,7	1,5	1,1
Huisvrouw/-man	6,2	0,5	0,6
Student	0,4	0,3	0,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	3,1	5,9	4,4
Gepensioneerd, anders	1,8	1,3	1,6
Inkomen			
Laag	1,6	1,0	1,3
Midden	0,7	1,9	1,3
Hoog	0,5	1,2	0,8
Etnische afkomst			
Westers	1,0	1,5	1,2
Niet-westers	1,4	1,1	1,2
Religieus		*	
Niet	1,0	1,9	1,4
Wel	0,9	0,9	0,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,3	1,3	0,8
Laag	0,8	1,4	1,1
Matig	0,5	1,4	1,0
Hoog	1,1	1,5	1,3
Zeer hoog	1,9	1,7	1,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Agorafobie zonder paniekstoornis

Iemand heeft agorafobie als hij of zij een sterke angst heeft om op plaatsen of in situaties te zijn waaruit ontkomen moeilijk zou kunnen zijn. Hiervan kan ook sprake zijn in situaties waar het niet mogelijk is om hulp te krijgen in het geval dat zich plotseling verschijnselen zouden voordoen die zouden kunnen leiden tot hulpbehoefendheid of ernstige verlegenheid. Voorbeelden van deze verschijnselen zijn: duizeligheid of vallen, depersonalisatie of verlies van realiteitszin, verlies van controle over de blaas- of darmfuncties, braken of hartklachten.

Als gevolg van deze angst beperkt iemand het reizen of bestaat de behoefte zich door iemand te laten vergezellen als men van huis moet ofwel worden situaties waarin de agorafobie vóórkomt doorstaan met een intense angst. Voorbeelden van situaties die vermeden worden door mensen met agorafobie zijn: alleen buitenshuis zijn, temidden van een menigte of in een rij wachtenden staan, op een brug staan, met het openbaar vervoer reizen.

Agorafobie kan in meer of mindere mate het dagelijks functioneren aantasten. Dit is afhankelijk van de aard van het vermijdingsgedrag dat vaak met agorafobie gepaard gaat.

Agorafobie kan voorkomen met en zónder paniekstoornis. In de volgende tabellen wordt alleen het vóórkomen van agorafobie zónder paniekstoornis gegeven.

Agorafobie zonder paniekstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,4	1,4	0,9
Leeftijd			
18-24	0,3	0,4	0,4
25-34	0,0	1,0	0,5
35-44	0,6	1,8	1,2
45-54	0,5	1,5	1,0
55-64	0,6	1,6	1,1
Opleiding		*	
Lager onderwijs, LBO, MAVO	0,5	1,4	1,0
MBO, HAVO, VWO	0,3	1,9	1,1
HBO, universiteit	0,5	0,4	0,4
Woonsituatie			
Met partner	0,4	1,4	0,9
Zonder partner	0,5	1,3	0,9
Werksituatie		*	*
Betaald werk	0,3	1,0	0,7
Geen betaald werk	0,8	2,1	1,6
Inkomen			
Laag	0,7	1,5	1,1
Midden	0,2	1,8	0,9
Hoog	0,4	1,1	0,7
Etnische afkomst			
Westers	0,4	1,4	0,9
Niet-westers	0,4	0,5	0,5
Religieus			
Niet	0,4	1,1	0,7
Wel	0,5	1,7	1,1
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,4	1,8	1,1
Stad	0,4	1,2	0,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Agorafobie zonder paniekstoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,2	0,6	0,4
Leeftijd			
18-24	0,0	0,4	0,2
25-34	0,0	0,4	0,2
35-44	0,3	1,1	0,7
45-54	0,3	0,5	0,4
55-64	0,3	0,4	0,3
Opleiding			
Lager onderwijs, LBO, MAVO	0,3	0,7	0,5
MBO, HAVO, VWO	0,2	0,9	0,6
HBO, universiteit	0,1	0,0	0,1
Woonsituatie			
Met partner	0,2	0,4	0,3
Zonder partner	0,3	0,9	0,6
Werksituatie	*		*
Betaald werk	0,1	0,4	0,2
Geen betaald werk	0,6	1,0	0,9
Inkomen			
Laag	0,4	1,0	0,7
Midden	0,1	0,5	0,3
Hoog	0,2	0,3	0,2
Etnische afkomst			
Westers	0,2	0,6	0,4
Niet-westers	0,4	0,5	0,5
Religieus			
Niet	0,2	0,5	0,4
Wel	0,1	0,7	0,4
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,1	0,7	0,4
Stad	0,3	0,5	0,4

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Sociale fobie

Iemand heeft sociale fobie als:

- Men een intense en irrationele angst heeft voor het verkeren in het gezelschap van anderen, vooral als daar een prestatie van die persoon wordt verwacht, bijvoorbeeld spreken in het openbaar, in aanwezigheid van anderen schrijven of vragen beantwoorden. De persoon is bang door anderen negatief te worden beoordeeld. Hij of zij kan ook bang zijn voor de eigen reactie op de angst, zoals verlegenheid, blozen of trillen.
- De betrokkene probeert de gevreesde sociale situaties te vermijden. Als dat niet mogelijk is, doorstaat men het met intense angst.
- De angst in sociale situaties en het vermijdingsgedrag het dagelijkse functioneren sterk verstoren.
- De betrokkene zich ervan bewust is dat zijn of haar angst onredelijk en overdreven is.

Sociale fobie, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	7,7	10,9	9,3
Leeftijd			
18-24	5,4	12,8	9,2
25-34	10,3	9,4	9,8
35-44	10,0	11,7	10,8
45-54	7,7	10,7	9,2
55-64	3,7	10,5	7,1
Opleiding			
Lager onderwijs	10,9	12,4	11,7
LBO, MAVO	6,1	11,6	9,0
MBO, HAVO, VWO	7,3	11,6	9,4
HBO, universiteit	8,7	8,7	8,7
Woonsituatie	*		
Met partner met kinderen	6,5	9,7	8,1
Met partner zonder kinderen	5,1	10,7	8,0
Alleenstaande ouder	19,5	8,1	10,3
Alleenstaand	12,5	11,9	12,2
Bij ouders	7,6	17,2	11,7
Met anderen	9,6	18,9	13,2
Werksituatie			*
Betaald werk	7,3	10,1	8,5
Huisvrouw/-man	4,3	10,7	10,6
Student	6,5	14,3	10,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	14,9	18,2	16,4
Gepensioneerd, anders	5,1	7,0	5,8
Inkomen	*		*
Laag	12,4	12,9	12,7
Midden	7,2	10,5	8,8
Hoog	5,3	10,0	7,5
Etnische afkomst			
Westers	7,7	11,0	9,3
Niet-westers	7,4	10,6	9,2
Religieus			
Niet	8,2	11,1	9,6
Wel	6,7	10,7	8,8
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	7,4	9,9	8,6
Laag	5,7	11,6	8,6
Matig	7,2	12,3	9,8
Hoog	8,2	11,3	9,7
Zeer hoog	9,9	8,8	9,4

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Sociale fobie, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,2	4,4	3,8
Leeftijd	*		
18-24	1,7	7,7	4,7
25-34	4,5	4,1	4,3
35-44	4,6	4,6	4,6
45-54	3,1	3,5	3,3
55-64	1,1	3,4	2,2
Opleiding			
Lager onderwijs	0,6	4,8	2,9
LBO, MAVO	2,3	5,3	3,9
MBO, HAVO, VWO	3,8	4,6	4,2
HBO, universiteit	3,6	3,0	3,3
Woonsituatie		*	
Met partner met kinderen	3,0	3,2	3,1
Met partner zonder kinderen	1,7	3,4	2,5
Alleenstaande ouder	5,6	4,6	4,8
Alleenstaand	6,2	4,3	5,4
Bij ouders	2,7	11,5	6,5
Met anderen	0,0	11,5	4,5
Werksituatie		*	*
Betaald werk	2,7	3,6	3,1
Huisvrouw/-man	4,3	4,3	4,3
Student	3,4	7,5	5,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	9,0	10,6	9,8
Gepensioneerd, anders	2,3	1,2	1,9
Inkomen			*
Laag	5,4	6,3	5,9
Midden	2,6	3,8	3,2
Hoog	2,3	3,8	3,0
Etnische afkomst			
Westers	3,2	4,1	3,7
Niet-westers	2,5	7,2	5,2
Religieus			
Niet	3,6	4,2	3,9
Wel	2,5	4,7	3,7
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	2,4	2,2	2,3
Laag	2,8	4,8	3,8
Matig	2,3	4,9	3,6
Hoog	2,6	5,1	3,8
Zeer hoog	6,1	3,6	4,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Specifieke fobie

Voor de specifieke fobie, ook wel enkelvoudige fobie genoemd, gelden de volgende criteria:

- Een duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onredelijk is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie (bijvoorbeeld vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, of bloed zien).
- Blootstelling aan de angstwekkende prikkel veroorzaakt bijna zonder uitzondering een onmiddellijke angstreactie, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden angst of een paniekaanval.
- Betrokkene is zich ervan bewust dat de angst overdreven of onredelijk is.
- De angstwekkende situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst of lijden.
- De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde situatie belemmeren in sterke mate de normale routine, het functioneren tijdens het werk of de studie, de sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.

Specifieke fobie, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	5,5	10,3	7,9
Leeftijd			
18-24	4,4	11,2	7,9
25-34	3,1	9,0	6,0
35-44	6,3	10,0	8,1
45-54	6,6	11,5	9,0
55-64	6,1	10,0	8,1
Opleiding			
Lager onderwijs	6,0	13,0	9,8
LBO, MAVO	5,8	13,0	9,5
MBO, HAVO, VWO	6,2	9,6	7,8
HBO, universiteit	4,2	8,3	6,1
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	6,1	9,5	7,8
Met partner zonder kinderen	4,5	11,1	8,0
Alleenstaande ouder	4,8	12,8	11,2
Alleenstaand	6,8	11,4	8,7
Bij ouders	4,0	8,3	5,9
Met anderen	3,0	5,1	3,8
Werksituatie	*		*
Betaald werk	5,0	8,8	6,7
Huisvrouw/-man	7,0	13,1	12,9
Student	3,6	9,7	6,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	13,8	17,0	15,3
Gepensioneerd, anders	3,3	9,2	5,3
Inkomen			*
Laag	7,3	11,8	9,6
Midden	5,9	11,7	8,6
Hoog	3,9	7,6	5,6
Etnische afkomst			
Westers	5,4	10,4	7,8
Niet-westers	7,6	9,4	8,6
Religieus			
Niet	5,6	11,1	8,2
Wel	5,2	9,2	7,3
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	4,5	12,5	8,4
Laag	5,0	9,4	7,2
Matig	5,6	11,0	8,3
Hoog	5,6	10,6	8,1
Zeer hoog	6,4	8,8	7,6

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Specifieke fobie, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,5	6,6	5,0
Leeftijd			
18-24	2,6	8,2	5,4
25-34	2,7	5,9	4,3
35-44	4,0	6,7	5,3
45-54	4,4	6,7	5,5
55-64	3,2	5,9	4,5
Opleiding			*
Lager onderwijs	6,0	8,0	7,1
LBO, MAVO	4,3	9,2	6,9
MBO, HAVO, VWO	3,5	5,9	4,7
HBO, universiteit	2,4	4,8	3,5
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	3,8	5,9	4,9
Met partner zonder kinderen	2,4	6,7	4,6
Alleenstaande ouder	4,8	8,9	8,1
Alleenstaand	4,9	7,8	6,1
Bij ouders	2,6	6,0	4,1
Met anderen	3,0	0,8	2,2
Werksituatie	*		*
Betaald werk	2,9	5,6	4,1
Huisvrouw/-man	7,0	8,2	8,2
Student	3,6	8,5	6,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	11,7	9,7	10,8
Gepensioneerd, anders	1,6	4,9	2,7
Inkomen	*	*	*
Laag	5,4	8,0	6,7
Midden	3,9	7,5	5,6
Hoog	1,7	3,8	2,7
Etnische afkomst			
Westers	3,3	6,5	4,9
Niet-westers	6,9	7,4	7,2
Religieus			
Niet	3,5	7,4	5,3
Wel	3,6	5,3	4,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	3,2	7,3	5,2
Laag	2,3	5,5	3,9
Matig	3,6	7,0	5,3
Hoog	4,0	7,6	5,8
Zeer hoog	4,3	5,0	4,7

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Gegeneraliseerde angststoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis zijn voortdurend angstig en bezorgd over alledaagse dingen. Ze hebben moeite deze zorgen en angsten onder controle te houden.

Daarnaast moeten tenminste drie van de volgende symptomen voortdurend aanwezig zijn gedurende een periode van minstens zes maanden:

- Een constant gevoel van onrust en spanning
- Snel vermoeid zijn
- Moeite hebben met concentreren
- Geïrriteerd of prikkelbaar zijn
- Spierspanning hebben
- Verstoorde slaap hebben (moeite om in slaap te vallen of door te slapen, rusteloze niet verkwikkende slaap)

Gegeneraliseerde angststoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,6	5,4	4,5
Leeftijd			
18-24	5,3	3,9	4,6
25-34	4,1	5,0	4,5
35-44	3,7	5,2	4,4
45-54	2,8	6,6	4,7
55-64	3,0	5,5	4,2
Opleiding			
Lager onderwijs	6,3	3,5	4,8
LBO, MAVO	4,7	4,9	4,8
MBO, HAVO, VWO	3,0	6,0	4,5
HBO, universiteit	3,1	5,4	4,2
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	2,9	4,2	3,5
Met partner zonder kinderen	2,9	6,2	4,6
Alleenstaande ouder	9,1	7,2	7,6
Alleenstaand	4,7	7,5	5,9
Bij ouders	5,2	3,6	4,5
Met anderen	3,2	6,6	4,5
Werksituatie	*		*
Betaald werk	2,9	4,5	3,6
Huisvrouw/-man	6,2	6,5	6,5
Student	10,0	4,3	2,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	12,5	10,1	11,4
Gepensioneerd, anders	4,5	6,8	5,3
Inkomen	*		*
Laag	7,9	7,1	7,5
Midden	2,8	5,9	4,3
Hoog	1,4	4,0	2,6
Etnische afkomst	*		
Westers	3,2	5,6	4,4
Niet-westers	9,4	3,3	5,9
Religieus			
Niet	3,7	5,4	4,5
Wel	3,5	5,4	4,5
Urbanisatiegraad		*	*
Zeer laag	3,8	1,8	2,8
Laag	3,6	5,7	4,6
Matig	3,2	8,1	5,6
Hoog	2,5	4,3	3,4
Zeer hoog	5,7	6,2	6,0

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Gegeneraliseerde angststoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	1,3	2,2	1,7
Leeftijd			
18-24	3,5	1,1	2,3
25-34	1,4	2,8	2,1
35-44	1,2	1,9	1,6
45-54	0,6	2,4	1,5
55-64	1,0	2,2	1,6
Opleiding			
Lager onderwijs	1,9	2,3	2,1
LBO, MAVO	2,8	2,3	2,5
MBO, HAVO, VWO	0,8	1,7	1,3
HBO, universiteit	0,9	2,7	1,7
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	1,2	1,3	1,3
Met partner zonder kinderen	0,7	2,4	1,6
Alleenstaande ouder	3,0	3,5	3,4
Alleenstaand	1,6	3,4	2,3
Bij ouders	2,2	1,3	1,9
Met anderen	3,2	6,6	4,5
Werksituatie	*		*
Betaald werk	1,1	1,8	1,4
Huisvrouw/-man	0,0	2,5	2,5
Student	1,0	1,9	1,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	4,6	5,1	4,8
Gepensioneerd, anders	0,7	1,6	1,0
Inkomen	*	*	*
Laag	3,4	3,0	3,2
Midden	0,9	2,5	1,7
Hoog	0,0	0,7	0,3
Etnische afkomst	*		*
Westers	1,1	2,1	1,6
Niet-westers	5,8	2,9	4,1
Religieus			
Niet	1,3	1,7	1,5
Wel	1,5	2,8	2,2
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	1,5	0,5	1,0
Laag	1,1	2,0	1,6
Matig	1,0	2,6	1,8
Hoog	1,0	2,5	1,8
Zeer hoog	2,3	2,3	2,3

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei middelenstoornis

De volgende twee tabellen geven het vóórkomen weer van einigerlei stoornis in het gebruik van alcohol of drugs. Iemand heeft dan één of meer van hieronder beschreven aandoeningen gehad.

Alcohol- of drugsmisbruik. Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig ondanks problemen die dat veroorzaakt, maar er is (nog) geen sprake van verslaving.

Alcohol- of drugsafhankelijkheid. Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig, en er is sprake van verslaving die zich uit in symptomen zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, weinig succesvolle pogingen om te minderen, en onthoudingsverschijnselen.

Enigerlei middenstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	27,7	10,3	19,1
Leeftijd	*	*	*
18-24	29,7	19,5	24,6
25-34	39,2	12,5	25,9
35-44	27,0	8,1	17,7
45-54	24,6	9,1	16,9
55-64	19,7	6,4	13,1
Opleiding	*		
Lager onderwijs	38,6	12,8	24,5
LBO, MAVO	27,5	9,9	18,3
MBO, HAVO, VWO	29,1	10,2	19,7
HBO, universiteit	23,4	10,1	17,1
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	23,6	6,3	15,0
Met partner zonder kinderen	22,3	10,8	16,3
Alleenstaande ouder	34,1	11,8	16,2
Alleenstaand	38,0	16,3	29,2
Bij ouders	34,9	16,2	26,8
Met anderen	35,8	14,7	27,6
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	26,3	10,9	19,5
Huisvrouw/-man	44,3	6,6	7,5
Student	27,8	14,0	21,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	47,1	14,9	32,2
Gepensioneerd, anders	21,2	6,1	16,2
Inkomen	*	*	*
Laag	36,2	15,6	25,6
Midden	26,2	8,6	18,0
Hoog	22,5	9,9	16,6
Etnische afkomst			
Westers	28,3	10,2	19,4
Niet-westers	18,2	11,6	14,4
Religieus	*	*	*
Niet	30,4	12,7	21,9
Wel	23,0	6,9	14,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	25,4	6,7	16,3
Laag	27,9	9,2	18,7
Matig	26,9	10,3	18,5
Hoog	27,7	11,2	19,5
Zeer hoog	29,7	12,3	21,1

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei middenstoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	7,6	3,6	5,6
Leeftijd	*	*	*
18-24	17,9	9,8	13,8
25-34	11,9	4,0	7,9
35-44	7,6	2,0	4,9
45-54	3,8	2,6	3,2
55-64	1,8	2,3	2,0
Opleiding			
Lager onderwijs	7,3	8,1	7,7
LBO, MAVO	9,4	2,9	6,1
MBO, HAVO, VWO	8,6	2,8	5,7
HBO, universiteit	5,1	3,9	4,5
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	3,7	0,9	2,3
Met partner zonder kinderen	4,1	3,6	3,8
Alleenstaande ouder	5,8	4,2	4,5
Alleenstaand	13,3	6,0	10,3
Bij ouders	19,7	11,3	16,1
Met anderen	11,7	4,4	8,9
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	6,8	3,2	5,2
Huisvrouw/-man	6,6	2,5	2,6
Student	16,2	9,1	12,7
Werkloos, arbeidsongeschikt	14,7	6,9	11,1
Gepensioneerd, anders	1,6	0,5	1,2
Inkomen	*	*	*
Laag	15,6	7,7	11,6
Midden	5,3	2,0	3,8
Hoog	4,6	1,9	3,3
Etnische afkomst			
Westers	7,7	3,2	5,5
Niet-westers	6,5	7,3	7,0
Religieus			
Niet	8,3	4,3	6,4
Wel	6,4	2,6	4,4
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	7,9	1,4	4,7
Laag	7,1	3,8	5,5
Matig	6,6	2,8	4,7
Hoog	7,8	4,2	6,0
Zeer hoog	8,9	4,5	6,7

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Alcoholmisbruik

Er is sprake van alcoholmisbruik als iemand een patroon van onaangepast alcoholgebruik heeft blijkend uit minstens één van de volgende vier criteria:

- De persoon gebruikt herhaaldelijk alcohol met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis.
- Men drinkt herhaaldelijk in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).
- In samenhang met het gebruik van alcohol is men in aanraking gekomen met justitie.
- De persoon gebruikt bij voortduring alcohol hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem in stand houdt.

Omdat alcoholafhankelijkheid vaak vooraf wordt gegaan door alcoholmisbruik, werd de diagnose alcoholmisbruik met uitsluiting van de diagnose alcoholafhankelijkheid bepaald.

Alcoholmisbruik, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	21,9	6,6	14,3
Leeftijd	*	*	*
18-24	21,1	13,9	17,5
25-34	30,4	8,0	19,3
35-44	22,0	5,7	14,0
45-54	20,1	5,0	12,6
55-64	16,3	3,7	10,0
Opleiding			
Lager onderwijs	23,1	4,9	13,2
LBO, MAVO	22,4	5,5	13,6
MBO, HAVO, VWO	23,6	7,0	15,4
HBO, universiteit	19,0	7,6	13,7
Woonsituatie		*	*
Met partner met kinderen	20,7	4,2	12,5
Met partner zonder kinderen	18,0	7,0	12,3
Alleenstaande ouder	24,5	6,5	10,1
Alleenstaand	26,2	11,6	20,3
Bij ouders	26,8	10,2	19,7
Met anderen	27,9	0,0	17,1
Werksituatie			*
Betaald werk	21,3	7,5	15,2
Huisvrouw/-man	40,0	3,7	4,5
Student	22,5	9,5	16,1
Werkloos, arbeidsongeschikt	30,6	6,6	19,5
Gepensioneerd, anders	17,4	3,7	12,8
Inkomen			
Laag	23,7	9,0	16,2
Midden	21,5	5,5	14,0
Hoog	20,0	7,5	14,2
Etnische afkomst	*		*
Westers	22,7	6,8	14,9
Niet-westers	10,4	4,2	6,8
Religieus		*	*
Niet	22,9	8,6	16,1
Wel	20,3	3,7	11,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	21,2	4,7	13,1
Laag	21,8	5,5	13,8
Matig	21,4	6,5	13,9
Hoog	22,3	7,6	15,0
Zeer hoog	22,5	7,7	15,1

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Alcoholmisbruik, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	5,6	1,8	3,7
Leeftijd	*	*	*
18-24	12,8	4,9	8,8
25-34	8,7	2,6	5,6
35-44	5,6	1,2	3,4
45-54	3,1	0,9	2,0
55-64	0,9	1,2	1,1
Opleiding			
Lager onderwijs	6,2	2,4	4,1
LBO, MAVO	6,9	0,4	3,5
MBO, HAVO, VWO	6,2	1,8	4,0
HBO, universiteit	3,6	3,1	3,4
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	3,2	0,6	1,9
Met partner zonder kinderen	3,3	1,4	2,3
Alleenstaande ouder	3,6	1,1	1,6
Alleenstaand	8,8	4,2	6,9
Bij ouders	14,2	6,4	10,9
Met anderen	3,8	0,0	2,3
Werksituatie		*	*
Betaald werk	5,2	1,8	3,7
Huisvrouw/-man	6,6	0,8	1,0
Student	12,8	6,3	9,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	7,2	1,8	4,7
Gepensioneerd, anders	0,9	0,0	0,6
Inkomen	*	*	*
Laag	9,6	3,9	6,7
Midden	4,0	0,9	2,6
Hoog	4,4	1,0	2,8
Etnische afkomst			*
Westers	5,8	1,9	3,9
Niet-westers	1,9	1,4	1,6
Religieus			
Niet	5,5	2,5	4,0
Wel	5,7	0,9	3,2
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	6,7	1,3	4,0
Laag	5,2	1,8	3,5
Matig	5,6	1,4	3,5
Hoog	5,1	1,7	3,4
Zeer hoog	6,0	2,9	4,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Alcoholafhankelijkheid

Van alcoholafhankelijkheid is sprake als de persoon minstens aan drie van de volgende criteria voldoet:

- Men drinkt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was.
- Men wil beslist minderen of stoppen met drinken of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen.
- Er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen van alcoholhoudende drank en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om van de naweeën van gebruik te bekomen.
- Iemand heeft een sterke gewenning of tolerantie. Drinken van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder. Of: de persoon moet meer drinken om dronken te worden of een ander gewenst effect te bereiken.
- Bij stopzetting of onderbreking van drinken is er sprake van ontwenningsverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd, zoals een kater. Het drinken heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkómen.
- De persoon offert vanwege het drinken sociale en beroepsmatige activiteiten en (andere) besteding van vrije tijd op.
- Iemand gaat door met drinken al kent men de nadelen daarvan voor het functioneren of de gezondheid.

Er is sprake van alcoholafhankelijkheid wanneer drie of meer symptomen zich in dezelfde periode van 12 maanden hebben voorgedaan.

Alcoholafhankelijkheid, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,1	0,9	2,0
Leeftijd			
18-24	5,8	2,4	4,1
25-34	4,0	0,5	2,3
35-44	2,8	0,5	1,7
45-54	2,5	1,0	1,8
55-64	1,8	0,7	1,2
Opleiding		*	
Lager onderwijs	8,3	1,3	4,5
LBO, MAVO	2,9	2,3	2,6
MBO, HAVO, VWO	3,0	0,5	1,8
HBO, universiteit	2,2	0,3	1,3
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	1,4	0,3	0,9
Met partner zonder kinderen	1,5	0,6	1,1
Alleenstaande ouder	6,8	1,1	2,3
Alleenstaand	6,8	1,2	4,6
Bij ouders	5,4	3,4	4,5
Met anderen	5,6	3,8	4,9
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	2,7	0,9	1,9
Huisvrouw/-man	0,0	0,2	0,2
Student	2,6	0,1	1,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	9,2	4,2	6,9
Gepensioneerd, anders	2,1	0,5	1,6
Inkomen	*	*	*
Laag	7,5	2,3	4,8
Midden	2,1	0,5	1,4
Hoog	1,0	0,4	0,7
Etnische afkomst			
Westers	3,0	0,7	1,9
Niet-westers	5,1	3,6	4,2
Religieus	*		*
Niet	4,2	0,8	2,6
Wel	1,2	1,0	1,1
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	1,7	0,1	0,9
Laag	2,9	1,6	2,3
Matig	3,4	0,4	1,9
Hoog	3,0	1,0	2,0
Zeer hoog	4,1	0,9	2,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Alcoholafhankelijkheid, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	1,0	0,5	0,7
Leeftijd	*	*	*
18-24	4,2	2,4	3,3
25-34	1,0	0,1	0,6
35-44	0,7	0,1	0,4
45-54	0,3	0,3	0,3
55-64	0,4	0,3	0,3
Opleiding		*	
Lager onderwijs	0,6	0,4	0,5
LBO, MAVO	1,0	1,4	1,2
MBO, HAVO, VWO	1,4	0,2	0,8
HBO, universiteit	0,6	0,1	0,4
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	0,1	0,0	0,1
Met partner zonder kinderen	0,4	0,3	0,3
Alleenstaande ouder	0,0	0,8	0,6
Alleenstaand	2,4	0,2	1,5
Bij ouders	2,9	3,4	3,1
Met anderen	4,3	0,0	2,6
Werksituatie			
Betaald werk	0,9	0,4	0,7
Huisvrouw/-man	0,0	0,1	0,1
Student	1,8	0,1	1,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	1,6	2,7	2,1
Gepensioneerd, anders	0,6	0,5	0,6
Inkomen	*	*	*
Laag	3,0	1,6	2,3
Midden	0,6	0,0	0,3
Hoog	0,1	0,2	0,1
Etnische afkomst		*	*
Westers	1,0	0,2	0,6
Niet-westers	1,0	3,6	2,5
Religieus			
Niet	1,3	0,4	0,9
Wel	0,4	0,5	0,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,1	0,1	0,1
Laag	1,1	0,7	0,9
Matig	0,3	0,1	0,2
Hoog	1,6	0,7	1,1
Zeer hoog	1,3	0,4	0,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Drugsmisbruik

De criteria voor een diagnose drugsmisbruik zijn dezelfde als die van alcoholmisbruik. Onder drugs worden verstaan:

Cannabis - Cocaïne - Clubdrugs (zoals XTC en GHB) - Hallucinerende middelen (zoals LSD, mescaline, PCP, paddo's) - Opiaten (zoals heroïne en opium) - Oplos- en snuifmiddelen (lijm, benzine) - Andere drugs - Slaap- en kalmeringsmiddelen (zoals librium, valium, diazepam, oxazepam, seresta) - Stimulerende middelen (zoals amfetamine, efedrine, ritalin) - Pijnbestrijders (zoals codeïne, methadon, morfine).

Omdat drugsafhankelijkheid vaak vooraf wordt gegaan door drugsmisbruik, werd de diagnose drugsmisbruik met uitsluiting van de diagnose drugsafhankelijkheid bepaald.

Drugsmisbruik, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,8	2,7	3,8
Leeftijd	*		*
18-24	9,0	4,5	6,7
25-34	8,1	4,1	6,1
35-44	4,9	1,8	3,4
45-54	2,5	2,4	2,5
55-64	1,7	1,7	1,7
Opleiding			
Lager onderwijs	10,8	3,9	7,0
LBO, MAVO	5,5	2,3	3,9
MBO, HAVO, VWO	4,1	3,1	3,6
HBO, universiteit	4,0	2,2	3,1
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	2,3	1,9	2,1
Met partner zonder kinderen	4,0	3,1	3,5
Alleenstaande ouder	2,7	3,1	3,1
Alleenstaand	9,4	3,6	7,0
Bij ouders	7,1	2,6	5,1
Met anderen	12,6	10,9	11,9
Werksituatie	*		*
Betaald werk	4,5	2,7	3,7
Huisvrouw/-man	12,2	1,7	1,9
Student	5,4	4,3	4,9
Werkloos, arbeidsongeschikt	10,3	4,8	7,8
Gepensioneerd, anders	1,8	1,9	1,9
Inkomen	*		*
Laag	9,4	3,9	6,6
Midden	3,9	2,9	3,4
Hoog	3,2	1,8	2,6
Etnische afkomst			
Westers	4,7	2,7	3,7
Niet-westers	7,3	2,5	4,5
Religieus	*		*
Niet	6,4	3,3	4,9
Wel	2,1	1,8	2,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	3,3	2,0	2,7
Laag	5,1	2,3	3,7
Matig	4,7	2,8	3,8
Hoog	3,8	2,6	3,2
Zeer hoog	7,3	3,7	5,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Drugsmisbruik, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,9	0,8	0,9
Leeftijd	*	*	*
18-24	1,0	2,5	1,7
25-34	2,0	1,0	1,5
35-44	1,4	0,3	0,8
45-54	0,1	0,5	0,3
55-64	0,4	0,5	0,4
Opleiding			
Lager onderwijs	0,5	2,6	1,6
LBO, MAVO	0,9	0,8	0,9
MBO, HAVO, VWO	1,2	0,7	1,0
HBO, universiteit	0,7	0,4	0,5
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	0,4	0,1	0,3
Met partner zonder kinderen	0,3	1,3	0,8
Alleenstaande ouder	0,0	1,2	1,0
Alleenstaand	1,8	0,6	1,3
Bij ouders	2,1	1,5	1,9
Met anderen	5,6	4,4	5,1
Werksituatie	*		*
Betaald werk	0,6	0,6	0,6
Huisvrouw/-man	0,0	0,8	0,7
Student	2,4	2,3	2,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	4,1	1,8	3,0
Gepensioneerd, anders	0,0	0,0	0,0
Inkomen	*		*
Laag	2,6	1,4	2,0
Midden	0,6	0,8	0,7
Hoog	0,4	0,4	0,4
Etnische afkomst	*		
Westers	0,8	0,8	0,8
Niet-westers	3,6	1,0	2,1
Religieus			*
Niet	1,3	0,9	1,1
Wel	0,4	0,6	0,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,2	0,0	0,1
Laag	0,5	1,1	0,8
Matig	1,0	1,0	1,0
Hoog	1,1	0,9	1,0
Zeer hoog	1,6	0,5	1,1

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Drugsafhankelijkheid

De criteria voor een diagnose drugsafhankelijkheid zijn dezelfde als die van alcoholafhankelijkheid.

Drugsafhankelijkheid, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,0	1,5	2,2
Leeftijd	*		*
18-24	4,9	4,0	4,5
25-34	8,1	1,4	4,8
35-44	1,4	0,8	1,1
45-54	1,4	1,5	1,5
55-64	0,6	0,7	0,6
Opleiding		*	
Lager onderwijs	5,1	5,4	5,2
LBO, MAVO	2,5	2,2	2,4
MBO, HAVO, VWO	3,6	0,6	2,1
HBO, universiteit	2,0	0,9	1,4
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	1,3	0,6	1,0
Met partner zonder kinderen	1,6	1,0	1,2
Alleenstaande ouder	2,2	3,8	3,5
Alleenstaand	6,3	2,3	4,7
Bij ouders	6,6	3,8	5,4
Met anderen	2,3	0,0	1,4
Werksituatie			*
Betaald werk	2,4	1,1	1,8
Huisvrouw/-man	4,3	1,9	2,0
Student	4,4	0,4	2,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	7,5	5,2	6,5
Gepensioneerd, anders	3,1	0,0	2,1
Inkomen	*	*	*
Laag	7,2	3,0	5,1
Midden	2,2	0,9	1,6
Hoog	0,4	0,5	0,5
Etnische afkomst		*	
Westers	3,0	1,0	2,0
Niet-westers	2,0	6,7	4,7
Religieus			*
Niet	3,9	1,8	2,9
Wel	1,4	0,9	1,2
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	1,8	0,3	1,1
Laag	3,7	1,1	2,5
Matig	1,7	1,1	1,4
Hoog	4,1	2,4	3,3
Zeer hoog	2,3	1,4	1,9

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Drugsafhankelijkheid, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	0,8	0,7	0,7
Leeftijd	*		*
18-24	2,5	1,6	2,1
25-34	1,4	0,4	0,9
35-44	0,2	0,5	0,4
45-54	0,4	1,1	0,7
55-64	0,1	0,2	0,2
Opleiding		*	
Lager onderwijs	0,9	2,7	1,9
LBO, MAVO	1,0	1,0	1,0
MBO, HAVO, VWO	0,8	0,3	0,6
HBO, universiteit	0,4	0,3	0,4
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	0,1	0,1	0,1
Met partner zonder kinderen	0,1	0,7	0,4
Alleenstaande ouder	2,2	1,4	1,5
Alleenstaand	1,7	1,1	1,5
Bij ouders	2,6	2,2	2,4
Met anderen	2,3	0,0	1,4
Werksituatie			*
Betaald werk	0,6	0,4	0,6
Huisvrouw/-man	0,0	0,9	0,8
Student	0,9	0,4	0,7
Werkloos, arbeidsongeschikt	2,5	3,2	2,8
Gepensioneerd, anders	0,0	0,0	0,0
Inkomen	*	*	*
Laag	2,2	1,7	2,0
Midden	0,4	0,3	0,3
Hoog	0,0	0,3	0,1
Etnische afkomst		*	
Westers	0,8	0,5	0,6
Niet-westers	0,5	3,1	2,0
Religieus	*		
Niet	1,1	0,6	0,9
Wel	0,1	0,9	0,5
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,9	0,0	0,5
Laag	0,5	1,1	0,8
Matig	0,3	0,4	0,4
Hoog	1,3	0,9	1,1
Zeer hoog	0,4	0,7	0,5

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis

Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen behoren tot de zogenoemde externaliserende aandoeningen. Bij externaliserende aandoeningen staat het verstorende effect van het gedrag op de omgeving centraal. Bij internaliserende aandoeningen, zoals stemmings- en angststoornissen, staat juist het lijden van de persoon zelf centraal.

De in NEMESIS-2 gemeten externaliserende aandoeningen zijn: ADHD, gedragsstoornis en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Deze drie aandoeningen worden volgens DSM-IV bij kinderen en adolescenten gesteld. Dat zijn de tabellen met de lifetime aandoeningen. Voor ADHD zijn ook de restverschijnselen in de volwassenheid bepaald. Deze worden weergegeven in de tabel met de 12-maands aandoeningen.

De aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen zijn in NEMESIS-2 alleen gemeten bij 18-44-jarigen.

Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	11,8	6,5	9,2
Leeftijd^a		*	*
18-24	16,9	14,9	15,9
25-34	12,9	4,5	8,7
35-44	8,5	3,8	6,2
Opleiding	*	*	*
Lager onderwijs	36,0	18,1	27,0
LBO, MAVO	11,9	12,5	12,2
MBO, HAVO, VWO	10,7	4,4	7,5
HBO, universiteit	8,9	3,3	6,1
Woonsituatie		*	*
Met partner met kinderen	7,1	2,8	4,8
Met partner zonder kinderen	11,4	8,2	9,8
Alleenstaande ouder	16,5	12,8	13,3
Alleenstaand	17,0	7,4	13,5
Bij ouders	14,9	10,4	12,9
Met anderen	15,4	15,8	15,6
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	10,7	5,1	8,2
Huisvrouw/-man	40,8	5,0	5,9
Student	9,3	12,4	10,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	28,4	17,3	23,0
Inkomen	*	*	*
Laag	18,1	10,4	14,4
Midden	8,5	5,9	7,2
Hoog	7,8	3,7	5,7
Etnische afkomst			
Westers	12,3	6,1	9,2
Niet-westers	6,6	9,8	8,5
Religieus			*
Niet	13,7	7,8	10,9
Wel	7,9	4,3	5,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	6,3	6,3	6,3
Laag	11,6	5,3	8,5
Matig	14,8	9,2	12,0
Hoog	13,6	7,0	10,3
Zeer hoog	9,8	4,6	7,2

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

^a Deze stoornissen werden alleen gemeten bij respondenten van 18 - 44 jaar

ADHD

ADHD, ofwel aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, wordt vastgesteld indien minstens zes maanden zes of meer van de volgende aandachtsproblemen aanwezig waren:

- Onvoldoende aandacht voor details of achteloos fouten maken
- Moeite om de aandacht bij taken of een spel te houden
- Niet lijken te luisteren
- Aanwijzingen niet opvolgen of opdrachten niet kunnen afmaken
- Moeite met organiseren van taken
- Vermijden of afkeer hebben van taken die langdurige geestelijke inspanning vragen
- Dingen vaak kwijtraken die nodig zijn voor taken
- Gemakkelijk afgeleid worden
- Vergeetachtig zijn bij dagelijkse bezigheden

Óf iemand heeft ADHD indien zes of meer kenmerken van hyperactiviteit of impulsiviteit gedurende minstens zes maanden aanwezig waren.

Die kenmerken van hyperactiviteit zijn:

- Onrustig bewegen
- Opstaan als zitten blijven verwacht wordt
- Rondrennen of overal op klimmen als dit ongepast is
- Moeilijk rustig kunnen spelen of ontspannende activiteiten uitvoeren
- In de weer zijn of maar doordraven

Van impulsiviteit zijn de kenmerken:

- Antwoorden voordat de vraag is afgemaakt
- Moeite met op de beurt wachten
- Verstoren van bezigheden van anderen

ADHD, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,4	1,5	2,9
Leeftijd^a			
18-24	7,8	1,8	4,7
25-34	4,1	1,4	2,8
35-44	2,9	1,4	2,2
Opleiding		*	*
Lager onderwijs	13,9	3,4	8,6
LBO, MAVO	6,1	3,2	4,8
MBO, HAVO, VWO	4,0	1,0	2,5
HBO, universiteit	1,7	0,6	1,2
Woonsituatie		*	
Met partner met kinderen	2,1	0,6	1,3
Met partner zonder kinderen	4,7	2,0	3,3
Alleenstaande ouder	0,0	5,1	4,4
Alleenstaand	6,1	3,3	5,1
Bij ouders	6,4	0,0	3,6
Met anderen	8,2	5,2	7,0
Werksituatie		*	
Betaald werk	3,9	1,1	2,6
Huisvrouw/-man	24,6	1,0	1,5
Student	3,2	1,4	2,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	9,0	8,9	9,0
Inkomen	*		*
Laag	8,7	2,7	5,8
Midden	1,3	1,4	1,4
Hoog	0,8	0,5	0,7
Etnische afkomst			
Westers	4,7	1,5	3,2
Niet-westers	0,6	1,1	0,9
Religieus			
Niet	4,9	1,5	3,3
Wel	3,2	1,5	2,3
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	3,8	0,9	2,4
Laag	5,1	1,7	3,5
Matig	4,2	1,7	3,0
Hoog	4,1	1,7	2,9
Zeer hoog	4,5	1,1	2,8

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

^a Deze stoornis werd alleen gemeten bij respondenten van 18 - 44 jaar

ADHD, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	2,9	1,2	2,1
Leeftijd^a			
18-24	5,3	1,6	3,5
25-34	2,9	1,2	2,0
35-44	1,8	0,9	1,4
Opleiding		*	*
Lager onderwijs	9,0	1,6	5,2
LBO, MAVO	4,5	2,9	3,7
MBO, HAVO, VWO	2,7	0,8	1,7
HBO, universiteit	1,0	0,5	0,7
Woonsituatie		*	
Met partner met kinderen	2,0	0,3	1,1
Met partner zonder kinderen	2,5	1,5	2,0
Alleenstaande ouder	0,0	4,1	3,5
Alleenstaand	3,4	3,1	3,3
Bij ouders	5,3	0,0	3,0
Met anderen	0,0	5,2	2,0
Werksituatie		*	
Betaald werk	2,4	0,7	1,7
Huisvrouw/-man	24,6	0,7	1,2
Student	3,2	1,0	2,1
Werkloos, arbeidsongeschikt	4,1	8,9	6,4
Inkomen	*		*
Laag	5,9	2,5	4,2
Midden	1,1	0,9	1,0
Hoog	0,8	0,2	0,5
Etnische afkomst			
Westers	3,2	1,2	2,2
Niet-westers	0,0	1,1	0,7
Religieus			
Niet	2,9	1,2	2,1
Wel	3,0	1,2	2,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	3,8	0,9	2,4
Laag	3,4	1,4	2,4
Matig	2,5	1,3	1,9
Hoog	2,9	1,3	2,1
Zeer hoog	2,5	0,9	1,7

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

^a Deze stoornis werd alleen gemeten bij respondenten van 18 - 44 jaar

Gedragstoornis

Gedragstoornis wordt beschreven als een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon, waarbij de grondrechten van anderen geweld wordt aangedaan of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden. Een kind of adolescent heeft een gedragstoornis als minstens drie van de hierna genoemde criteria in een jaar aanwezig waren:

Agressie gericht op mensen en dieren

- Pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
- Begint vaak vechtpartijen
- Heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, steen, gebroken fles, mes, vuurwapen)
- Heeft mensen mishandeld
- Heeft dieren mishandeld
- Heeft in een direct contact iemand bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
- Heeft iemand tot seksueel contact gedwongen

Vernieling van eigendom

- Heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
- Heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)

Leugenachtigheid of diefstal

- Heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
- Liegt vaak om goederen of gunsten van anderen te krijgen of om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting)
- Heeft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder in te breken, valsheid in geschrifte)

Ernstige schendingen van regels

- Blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend voor het 13^e jaar
- Is tenminste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder terug te keren)
- Spijbelt vaak, beginnend voor het 13^e levensjaar

Gedragsstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	7,4	3,8	5,6
Leeftijd^a	*	*	*
18-24	13,1	11,0	12,1
25-34	8,0	2,1	5,1
35-44	4,2	1,4	2,8
Opleiding	*	*	*
Lager onderwijs	29,3	15,7	22,4
LBO, MAVO	6,9	8,2	7,5
MBO, HAVO, VWO	6,2	1,6	3,9
HBO, universiteit	5,5	1,7	3,6
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	4,1	1,2	2,5
Met partner zonder kinderen	5,5	6,7	6,1
Alleenstaande ouder	16,5	6,9	8,3
Alleenstaand	9,2	3,3	7,1
Bij ouders	13,8	6,1	10,4
Met anderen	2,8	7,8	4,7
Werksituatie	*		*
Betaald werk	6,4	3,7	5,2
Huisvrouw/-man	16,2	2,7	3,0
Student	7,3	4,5	6,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	23,4	6,8	15,4
Inkomen	*		*
Laag	12,8	4,9	8,9
Midden	5,7	4,3	5,0
Hoog	5,1	1,3	3,2
Etnische afkomst			
Westers	7,5	3,3	5,5
Niet-westers	6,0	7,2	6,7
Religieus			*
Niet	8,9	4,9	7,0
Wel	4,2	1,8	2,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	4,8	5,5	5,2
Laag	7,0	3,1	5,1
Matig	8,7	3,1	5,9
Hoog	9,0	4,9	7,0
Zeer hoog	5,6	2,4	4,0

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

^a Deze stoornis werd alleen gemeten bij respondenten van 18 - 44 jaar

Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Een kind met oppositioneel-opstandige gedragsstoornis heeft gedurende minimaal zes maanden een patroon van negatief, agressief en opstandig gedrag laten zien. Volgens de DSM-IV heeft een kind deze aandoening als hij of zij voldoet aan vier of meer van de onderstaande criteria gedurende minimaal zes maanden.

Het kind

- Is vaak driftig
- Maakt vaak ruzie met volwassenen
- Is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
- Ergert vaak met opzet anderen
- Geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
- Is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
- Is vaak boos en gepikeerd
- Is vaak hatelijk en wraakzuchtig

Oppositieel-opstandige gedragsstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	3,2	2,0	2,6
Leeftijd^a			
18-24	2,2	3,7	3,0
25-34	4,3	1,4	2,9
35-44	2,7	1,7	2,2
Opleiding			
Lager onderwijs	3,7	0,9	2,3
LBO, MAVO	2,6	3,2	2,9
MBO, HAVO, VWO	3,4	2,3	2,8
HBO, universiteit	3,1	1,0	2,1
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	2,1	1,0	1,5
Met partner zonder kinderen	3,3	1,9	2,6
Alleenstaande ouder	0,0	3,8	3,3
Alleenstaand	5,4	1,8	4,1
Bij ouders	1,3	4,3	2,6
Met anderen	12,6	2,9	8,9
Werksituatie		*	
Betaald werk	3,4	1,3	2,4
Huisvrouw/-man	14,4	1,4	1,7
Student	1,3	6,8	4,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	3,1	3,2	3,2
Inkomen			
Laag	4,1	3,6	3,8
Midden	2,5	1,4	2,0
Hoog	3,0	2,2	2,6
Etnische afkomst			
Westers	3,4	2,1	2,8
Niet-westers	0,0	1,5	0,9
Religieus			*
Niet	4,0	2,4	3,2
Wel	1,3	1,4	1,3
Urbanisatiegraad			*
Zeer laag	0,8	0,0	0,4
Laag	2,6	1,5	2,1
Matig	4,9	4,9	4,9
Hoog	3,9	1,9	2,9
Zeer hoog	2,3	1,1	1,7

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

^a Deze stoornis werd alleen gemeten bij respondenten van 18 - 44 jaar

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis is de enige As-II aandoening die in NEMESIS-2 is vastgesteld. De screener die is gebruikt om deze persoonlijkheidsstoornis te meten, gaat na of er sprake is van een aandoening ooit in het leven en bepaalt niet wanneer de symptomen voor het laatst aanwezig waren. Dit betekent dat er geen 12-maands gegevens van deze stoornis berekend konden worden.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen sinds het 15^e jaar blijkend uit minstens 3 van de volgende 7 kenmerken:

- Niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het herhaaldelijk plegen van handelingen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
- Oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwendelen ten behoeve van eigen voordeel of plezier
- Impulsiviteit of een onvermogen om 'vooruit te plannen'
- Prikkelbaarheid en agressiviteit, zoals blijkt uit bij herhaling tot vechtpartijen of geweldpleging komen
- Roekeloze onverschilligheid ten aanzien van eigen of andermans veiligheid
- Constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn om werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
- Geen spijtgevoelens hebben, zoals blijkt uit een ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben

Antisociale persoonlijkheidsstoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,3	1,7	3,0
Leeftijd	*		*
18-24	13,3	1,3	7,3
25-34	4,9	2,1	3,5
35-44	2,9	1,8	2,3
45-54	2,7	1,6	2,2
55-64	1,7	1,6	1,7
Opleiding	*		*
Lager onderwijs	11,0	3,5	6,9
LBO, MAVO	6,2	1,7	3,9
MBO, HAVO, VWO	3,2	1,4	2,3
HBO, universiteit	2,8	1,6	2,3
Woonsituatie	*		*
Met partner met kinderen	2,1	0,8	1,5
Met partner zonder kinderen	3,9	2,3	3,0
Alleenstaande ouder	1,9	2,4	2,3
Alleenstaand	6,2	1,9	4,5
Bij ouders	9,3	2,5	6,4
Met anderen	7,9	3,5	6,2
Werksituatie	*		*
Betaald werk	3,9	2,0	3,0
Huisvrouw/-man	4,3	1,1	1,2
Student	5,2	0,2	2,7
Werkloos, arbeidsongeschikt	10,6	2,2	6,7
Gepensioneerd, anders	0,9	1,9	1,2
Inkomen	*		*
Laag	9,0	1,7	5,2
Midden	2,8	1,5	2,2
Hoog	3,1	2,0	2,6
Etnische afkomst		*	
Westers	4,3	1,4	2,9
Niet-westers	3,5	5,5	4,7
Religieus			
Niet	4,5	1,8	3,2
Wel	3,8	1,6	2,7
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	4,0	0,4	2,2
Laag	3,7	2,0	2,9
Matig	5,9	1,0	3,4
Hoog	4,1	1,8	2,9
Zeer hoog	3,8	2,7	3,3

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Referenties

- Alegria M, Kessler RC, Bijl RV, Lin E, Heeringa S, Takeuchi DT, Kolody B (2000). *Comparing data on mental health service use between countries*. In Andrews G & Henderson S (Eds.). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 97-118.
- Allgulander C (1989). Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: Correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *American Journal of Public Health* 79: 1006-1010.
- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R de, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (Suppl. 420): 8-20.
- Andrews G, Issakidis C, Carter G (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry* 179: 417-435.
- Andrews G, Peters L (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 80-88.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen*. Utrecht: NIVEL.
- Bijl RV, Graaf R de, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen H-U (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 22: 122-133.
- Bijl RV, Graaf R de, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 372-379.
- Bijl RV, Ravelli A (1998c). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 76: 446-457.
- Bijl RV, Ravelli A (2000a). Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological Medicine* 30: 657-668.
- Bijl RV, Ravelli A (2000b). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence study. *American Journal of Public Health* 90: 602-607.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A (1998b). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 587-595.

- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y (1998a). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 581-586.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 151: 979-86.
- Brink W van den (1999). *Verslavingen*. In Jong A de, Brink W van den, Ormel J, Wiersma D (Eds). *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine* 15: 189-194.
- Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, Farrell M, Bhugra D, Lee A, Meltzer (2004). Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 185: 378-384.
- Bruijn C de, Brink W van den, Graaf R de, Vollebergh WAM (2005). Alcohol abuse and dependence criteria as predictors of a chronic course of alcohol use disorders in the general population. *Alcohol & Alcoholism* 40: 441-446.
- Bruijn C de, Brink W van den, Graaf R de, Vollebergh WAM (2006). The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. *Addiction* 101: 385-392.
- Buist-Bouwman MA, Graaf R de, Vollebergh WAM, Ormel J (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 436-443.
- Buist-Bouwman MA, Ormel J, Graaf R de, Vollebergh WAM (2004). Functioning after a major depressive episode: complete or incomplete recovery? *Journal of Affective Disorders* 82: 363-371.
- Burgess PM, Pirkis JE, Slade TN, Johnston AK, Meadows GN, Gunn JM (2009). Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43: 615-623.
- CBS. StatLine, Uitgaven aan zorg. www.cbs.nl.
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry* 163: 2141-2147.
- Cottler LB (2007). Drug use disorders in the National Comorbidity Survey: have we come a long way? *Archives of General Psychiatry* 64: 380-381.
- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 35: 1381-1395.

- Cuijpers P, Graaf R de, Dorsselaer S van (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders* 79: 71-79.
- Cuijpers P, Smit F, Have M ten, Graaf R de (2007b). Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addiction* 102: 1303-1309.
- Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, Graaf R de, Have M ten, Beekman A (2007a). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115: 229-236.
- Cuijpers P, Smits N, Donker T, Have M ten, Graaf R de (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research* 168: 250-255.
- Druss BG, Wang PS, Sampson NA, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2007). Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses. *Archives of General Psychiatry* 64: 1196-1203.
- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R (1998). *ADHD Rating Scale – IV: checklists, norms and clinical interpretation*. New York: Guilford.
- Eaton WW, Anthony JC, Tepper S, Dryman A (1992). Psychopathology and attrition in the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Epidemiology* 35: 1051-1059.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P (1985). Revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences* 6: 21-29.
- Eysenck SBG, White O, Eysenck HJ (1976). Personality and mental illness. *Psychological Reports* 39: 1011-1022.
- Fayyad J, Graaf R de, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine J-P, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R (2007). The cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry* 190: 402-409.
- Galea S, Tracey M (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology* 17: 643-653.
- Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman ATF, Vollebergh WAM (2004a). Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109: 55-63.
- Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman ATF, Vollebergh WAM (2004b). Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders* 82: 461-467.
- Graaf R de, Bijl RV, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM (2002b). Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 303-313.

- Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WAM (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology* 152: 1039-1047.
- Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J (2002a). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 159: 620-629.
- Graaf R de, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 1-11.
- Graaf R de, Have M ten, Dorselaer S van, Schoemaker C, Vollebergh WAM (2004c). Negative and positive participant responses to the Composite International Diagnostic Interview. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39: 521-527.
- Graaf R de, Ormel J, Have M ten, Burger H, Buist-Bouwman M (2008). *Mental disorders and service use in The Netherlands. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. In Kessler RC, Üstün TB (Eds). *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, pp 388-405.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, Have M ten, Nolen WA, Veraart CPWM, Rutten FFH (2004). The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110: 383-392.
- Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, Os J van (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology* 44: 181-191.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, Sampson NA, Kessler RC (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 15: 167-180.
- Have M ten (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations*. Dissertatie. Rijksuniversiteit Groningen.
- Have M ten, Graaf R de, Vollebergh W, Beekman A (2004). What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 80: 239-248.
- Have M ten, Iedema J, Ormel J, Vollebergh W (2006). Explaining service use for mental health problems in the Dutch general population: the role of resources,

- emotional disorder and functional impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 285-293.
- Have M ten, Land H 't, Graaf R de (2009). *Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ*. Themaportage in het kader van de Trendrapportage GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J (2003). Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 178-187.
- Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J (2005). Does neuroticism explain variations in care service use for mental health problems in the general population? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 425-431.
- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Ormel J (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine* 32: 311-323.
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, Demyttenaere K, de Graaf R, Gureje O, Karam AN, Lee S, Lépine JP, Matschinger H, Posada-Villa J, Suliman S, Vilagut G, Kessler RC (2009). DSM-IV Personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 195: 46-53.
- Hutschemaekers G (2005). Wordt Nederland steeds zieker? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 55: 313-335.
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the Household Survey. *Psychological Medicine* 27: 775-789.
- Kessler RC, Üstün TB (2008). *The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview*. In Kessler RC, Üstün TB (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, pp 58-90.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, de Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Tsang CHA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell B-E, Berglund PA, Gruber M, Petukhova M, Chatterji S, Ustun TB (2007a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 6:168-176.
- Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, Jin R, Pennell BE, Walters EE, Zaslavsky A, Zheng H (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13: 69-92.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62: 617-627.

- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM (2005a). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 352: 2515-2523.
- Kessler RC, Merikangas KR (2007b). Drug use disorders in the National Comorbidity Survey: have we come a long way? *Archives of General Psychiatry* 64: 381-382.
- Kessler RC, Üstün TB (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization ((WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13: 93-121.
- Krabbendam L, Myin-Germeys I, Graaf R de, Vollebergh W, Nolen WA, Iedema J, Os J van (2004). Dimensions of depression, mania, and psychosis in the general population. *Psychological Medicine* 34: 1177-1186.
- Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Graaf R de, Vollebergh W, Bak M, Os J van (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology* 44: 113-125.
- Kwekkeboom MH (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Ontwikkelingen tussen 1976 en 1997. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 78: 165-171.
- Laar M van, Dorsselaer S, Monshouwer K, Graaf R de (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction* 102: 1251-1260.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen*. Den Haag: VWS.
- Lara C, Fayyad J, Graaf R de, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Lépine J-P, Medina Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sampson N (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry* 65: 46-54.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 62: 553-564.
- Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry in Medicine* 27: 93-105.
- Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, Teherani M, Ha C, Verdier-Taillefer MG, Rambourg N, Lempérière T (1989). Anxiety and depressive disorders in a French population: Methodology and preliminary results. *Psychiatric Psychobiology* 4: 267-274.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA (1994). The International Personality Disorder Examination (IPDE): The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health

- Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry* 51: 215-224.
- Lyketsos CG, Nestadt G, Cwi J, Heithoff K, Eaton WW (1994). The life chart interview: a standardised method to describe the course of psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 4: 143-155.
- Matschinger H, Bernert S, Angermeyer MC (2005). An analysis of interviewer effects on screening questions in a computer assisted personal mental health interview. *Journal of Official Statistics* 21: 657-674.
- Maughan B, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R (2008). Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43: 305-310.
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, Poulton R. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*. In druk.
- Monshouwer K (2008). *Welcome to the house of fun. Epidemiological findings on alcohol and cannabis use among Dutch adolescents*. Dissertatie. Universiteit Utrecht.
- Mootz M (1990). Enkele houdingen van Nederlanders tegenover (ex-)psychiatrische patiënten, 1976-1987. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 68: 323-328.
- Neeleman J, Bijl R, Ormel J (2004). Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: path analysis of prospective data. *Psychological Medicine* 34: 521-531.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Vollebergh W (2004). Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study of state, scar and trait effects. *Archives of General Psychiatry* 61: 387-392.
- Overbeek G, Have M ten, Vollebergh W, Graaf R de (2007). Parental lack of care and overprotection: longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42: 87-93.
- Patten SB (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry* 9: 1471-244X.
- Peen J, Dekker J, Schoevers RA, Have M ten, Graaf R de, Beekman AT (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42: 984-989.
- Pijl YJ (2007). *Kerncijfers GGZ voor de drie psychiatrische casusregister gebieden*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Pijl YJ, Kluiters H, Wiersma D (2000). Increasing use of Dutch mental health care: an investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 564-568.
- Plaisier I, Bruijn JGM, Graaf R de, Have M ten, Beekman A, Penninx BW (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science & Medicine* 64: 401-410.

- Platform Psychiatrische Casusregisters Nederland (2009). *Incidentie en prevalentie in de psychiatrie*. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde UMC Utrecht.
- Poelen EAP, Scholte RHJ, Engels RCME, Boomsma DI, Willemsen G (2005). Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug and Alcohol Dependence* 79: 413–421.
- Ribisl KM, Walton MA, Mowbray CT, Luke DA, Davidson WS, Bootsmiller BJ (1996). Minimizing participant attrition in panel studies through the use of effective retention and tracking strategies: Review and recommendations. *Evaluation and Program Planning* 19: 1–25.
- Riper H, Smit F, Zanden R van der, Conijn B, Kramer J, Mutsaers K (2007). *E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Robins LN, Cottler L, Bucholz K, Compton W (1995). *Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV*. St. Louis, USA: Washington University.
- Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Have M ten, Clara I, Belik S-L, Graaf R de, Stein MB (2007). Perceived barriers toward mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services* 58: 357-364.
- Schoemaker C, Have M ten, Sytema S, Verhaak P (2007). Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62: 824-835.
- Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43: 594-605.
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P, Graaf R de, Vollebergh W (2004). Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders* 81: 241-249.
- Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, Graaf R de, Beekman A (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9: 193-200.
- Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA (2000). Determinants of poor 1-year course of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103: 122-130.
- Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA (2001). Care utilisation and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 19-24.
- Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA (2002). Duration of major depressive episodes in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry* 181: 208-213.
- Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA (2004a). Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands

- Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110: 208-214.
- Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA (2004b). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 81: 231-240.
- Stewart AL, Hayes RD, Ware JE (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care* 26: 724-735.
- Stoop IAL (2005). *The hunt for the last respondent. Nonresponse in sample surveys*. The Hague: Social and Cultural Planning Office of the Netherlands.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 157: 1552-1562.
- Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van Balkom AJ, van der Klink JJ, Stalman WA (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 6: 34-54.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (Suppl. 420): 28-37.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association* 291: 2581-2590.
- Thewissen V, Myin-Germeys I, Bentall R, Graaf R de, Vollebergh W, Os J van (2005). Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophrenia Research* 76: 99-103.
- Tick NT, Ende J van der, Verhulst FC (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 473-482.
- Tick NT, Ende J van der, Verhulst FC (2008). Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43: 349-355.
- Turner CF, Ku L, Rogers SM, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science* 280: 867-873.
- Veer van 't JTB, Kraan HF, Drossaert CHC, Modde JM (2005). Destigmatisering door deconcentratie? Een Nederlands bevolkingsonderzoek naar stigma van psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 47: 659-669.
- Verhaak PF, Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP. Mental health in the Dutch population and in general practice: 1987-2001 (2005). *The British Journal of General Practice* 55: 770-775.

- Verhaak PFM, Voordouw I, Groenendijk J, Veen C van der, Zantinge EM, Vonk E (2006). *GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage*. Utrecht: NIVEL.
- Verhulst FC, Ende J van der, Rietbergen A (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96: 7-13.
- Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, Graaf R de, Smit F, Ormel J (2001). The structure and stability of common mental disorders: the Nemesis-study. *Archives of General Psychiatry* 58: 597-603.
- Von Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, Gureje O, Graaf R de, Huang Y, Iwata N, Karam EG, Kovess V, Lara C, Levinson D, Posada-Villa J, Scott KM, Ormel J (2008). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *Journal of Clinical Epidemiology* 61: 1132-1143.
- Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Chiu WT, De Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Browne MA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell B-E, Chatterji S, Üstün TB (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6: 177-185.
- Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005b). Failure and delay in initial contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62: 603-613.
- Wang PS, Demler O, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2006). Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *American Journal of Psychiatry* 163: 1187-1198.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005a). Twelve-month use of mental health service in the United States. *Archives of General Psychiatry* 62: 629-640.
- Ware JE, Sherbourne CD (1992). The RAND-36 Short-form Health status Survey: 1: Conceptual Framework and item-selection. *Medical Care* 30: 473-481.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 413-26.
- Wit MAS de, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman ATF, Gorissen WHM, Schrier AC, Penninx BWJH, Komproe IH, Verhoeff AP (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43: 905-912.
- Wittchen HU (1994). Reliability and validity studies of the WHO- Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research* 28: 57-84.

Bijlage 1. Verklarende woordenlijst

As-I en As-II psychische aandoeningen

Psychiatrische diagnostiek volgens de DSM vindt plaats vanuit vijf gezichtspunten of diagnostische assen. Drie belangrijke hoofdgroepen van As-I aandoeningen zijn stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen. Dit zijn ziektebeelden die niet altijd aanwezig zijn (geweest) of die van voorbijgaande aard zijn. As-II aandoeningen zijn bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen, waarvan de kenmerken altijd aanwezig zijn.

95% Betrouwbaarheidsinterval

Het 95% betrouwbaarheidsinterval geeft de waarschijnlijke range van waarden rondom een schatting weer. Een range waarvan met 95% zekerheid kan worden gezegd dat de schatting binnen die marge ligt. Over het algemeen geldt: hoe groter de steekproef des te smaller het betrouwbaarheidsinterval.

Chi-kwadraat toets

Een statistische toets gebaseerd op de Chi-kwadraat verdeling. Vaak gebruikt om in een kruistabel analyse te toetsen of categorische variabelen onafhankelijk zijn. Anders dan bij de logistische regressie analyse wordt bij een Chi-kwadraat toets niet constant gehouden voor de invloed van andere kenmerken. Hierdoor wordt als het ware een ruwe vergelijking gemaakt.

CIDI

Afkorting voor 'Composite International Diagnostic Interview'. Meetinstrument ontworpen voor gebruik door lekeninterviewers, waarmee op systematische wijze symptomen, duur en ernst van psychische aandoeningen worden uitgevraagd.

Comorbiditeit

Psychische comorbiditeit is het samen vóórkomen van twee of meer psychische aandoeningen. Onder somatische comorbiditeit wordt in dit rapport het samen vóórkomen van een psychische met een lichamelijke aandoening verstaan.

Determinant

Kenmerk dat samenhangt met het vóórkomen van een ziekte of aandoening. Ook wel omschreven als risicofactor die causaal gerelateerd is met de aandoening. In dit rapport kan op basis van één meetmoment niet worden bepaald of de relaties tussen een kenmerk en een aandoening ook een oorzakelijk verband betreffen. Daarom heeft het woord determinant in dit rapport alleen betrekking op de samenhang met en niet oorzaak van een aandoening.

DSM

Afkorting voor 'Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders'. Het is een classificatiesysteem van psychische aandoeningen dat psychiaters en psychologen gebruiken bij het stellen van diagnoses. In de DSM staan per aandoening systematisch de criteria en symptomen genoemd waaraan iemand moet voldoen voor een positieve diagnose.

Logistische regressie-analyse

Doel van een regressie-analyse is om de samenhang tussen twee variabelen te beschrijven of om een variabele te voorspellen uit een andere. Daarbij is het mogelijk om constant te houden voor de invloed van andere variabelen. Bij een logistische regressie-analyse is de afhankelijke variabele dichotoom (heeft een waarde 0 of 1). De samenhang tussen een onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele wordt uitgedrukt in een 'odds ratio' (OR).

OR

Afkorting voor 'odds ratio'. Coëfficiënt van een logistische regressie-analyse. Een maat voor de kans dat mensen met een bepaald kenmerk (bijvoorbeeld het hebben van betaald werk) meer of juist minder psychische aandoeningen hebben dan de referentiegroep (het *niet* hebben van betaald werk). Bij aandoeningen die bij minder dan 10% van de bevolking vóórkomen, kan de OR worden beschouwd als een relatief risico.

Prevalentie

Het percentage mensen in een populatie, bijvoorbeeld de algemene bevolking, met een ziekte of aandoening op een bepaald tijdstip of over een bepaalde periode gerekend. Het begrip lifetime prevalentie duidt op het percentage mensen waarbij een aandoening ooit in het leven voorkwam, en 12-maands prevalentie waarbij de aandoening in de afgelopen 12 maanden plaatsvond.

Bijlage 2. Leden van de externe en interne wetenschappelijke adviescommissie van NEMESIS-2

Leden van de externe wetenschappelijke adviescommissie

Prof. dr. Paul Schnabel (voorzitter); directeur, Sociaal en Cultureel Planbureau, en universiteitshoogleraar, Universiteit Utrecht

Prof. dr. Aartjan Beekman; lid Raad van Bestuur, GGZ inGeest, hoofd afdeling Psychiatrie, en kernhoogleraar psychiatrie, VU Medisch Centrum

Prof. dr. Jozien Bensing; honorary research fellow, NIVEL, en hoogleraar gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht

Prof. dr. Wim van den Brink; hoogleraar verslavingszorg, AMC-UvA

Drs. Wim Brunenberg; coördinator GGZ, Ministerie van VWS

Prof. dr. Hans van Oers; hoofd centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, en hoogleraar openbare gezondheidszorg, Tranzo, Universiteit van Tilburg

Prof. dr. J. (Hans) Ormel; hoogleraar sociale psychiatrie en psychiatrische epidemiologie, Rijksuniversiteit Groningen

Mr. Mady Samuels; senior beleidsmedewerker, Ministerie van VWS

Leden van de interne wetenschappelijke adviescommissie

Dr. Margriet van Laar; hoofd programma Drug Monitoring, Trimbos-instituut

Prof. dr. Filip Smit; senior onderzoeker, Trimbos-instituut, en hoogleraar publieke geestelijke gezondheid, VU Medisch Centrum

Dr. Jan Walburg; Raad van Bestuur, Trimbos-instituut

Bijlage 3. Methode van het schatten van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1

Een directe vergelijking van 12-maands psychische aandoeningen in de bevolking tussen beide NEMESIS-studies was niet mogelijk, omdat de criteria van DSM-III-R en DSM-IV en de beide CIDI-instrumenten verschillen (zie Kessler et al., 2005a). Daarom werden met behulp van gegevens over belangrijke vragen die in beide studies werden gesteld de DSM-IV aandoeningen bij respondenten van NEMESIS-1 via 'imputatie' geschat. Bij de personen in NEMESIS-2 die bevestigend hadden geantwoord op één of meer kernvragen over een specifieke aandoening in de screener van de CIDI 3.0, werd een regressie-vergelijking geconstrueerd met als afhankelijke variabele 'de aan- of afwezigheid van de specifieke DSM-IV 12-maands aandoening'. Verschillende onafhankelijke variabelen werden in deze analyses gebruikt om deze aandoening te voorspellen, zoals: het algemeen functioneren ('Short Form-36 Health Survey'; SF-36; Ware & Sherbourne, 1992), symptomen van psychische aandoeningen, somatische comorbiditeit, trauma's uit de kindertijd, zorggebruik vanwege psychische problemen en demografische variabelen. Deze regressie-vergelijking werd daarna toegepast op de dataset van NEMESIS-1, voor die personen die bevestigend hadden geantwoord op één of meer gelijksoortige kernvragen van de specifieke aandoening. Personen die niet positief scoorden op de kernvraag of kernvragen van de specifieke aandoening werden beschouwd als niet-prevalente gevallen. Voor paniekstoornis werd de regressie-vergelijking gemaakt bij alle respondenten, omdat bij deze aandoening de kernvragen in beide studies te veel van elkaar verschilden. Voor middelenstoornissen werden geen kernvragen gesteld in de screener van NEMESIS-2; hier werd de regressie-vergelijking gemaakt bij alle respondenten die in de afgelopen 12 maanden alcohol of drugs hadden gebruikt. De nauwkeurigheid van de schatting was redelijk tot goed voor alle aandoeningen ('area under the curve': 0,8-0,9 voor stemmingsstoornissen; 0,8-0,9 voor angststoornissen, met uitzondering van specifieke fobie (0,7); en 0,8-0,9 voor middelenstoornissen, met uitzondering van alcoholmisbruik (0,7)). De nauwkeurigheid blijkt het laagst bij specifieke fobie en alcoholmisbruik, de aandoeningen met de minste gevolgen voor het functioneren (Bijl et al., 2000a).

Om de trend van hoofdgroepen van 12-maands aandoeningen tussen beide studies te bestuderen, werden daarna de direct bepaalde prevalenties van hoofdgroepen van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-2 vergeleken met de geschatte prevalenties van hoofdgroepen van DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1. Dit werd gedaan met behulp van een logistische regressie-analyse met de studie NEMESIS-1 of NEMESIS-2 als voorspellende variabele. Deze analyses werden ook uitgevoerd onder constant houding voor demografische kenmerken, omdat er tussen beide steekproeven verschillen in demografische karakteristieken kunnen bestaan door

veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking, en omdat er verschillen tussen beide studies kunnen bestaan in de respons van sociodemografische groepen. Zo bleek uit een vergelijking van de gewogen (naar de bevolkingssamenstelling ten tijde van de studies) percentages van demografische kenmerken van beide studies dat vergeleken met NEMESIS-1 er in NEMESIS-2 meer ouderen ($\chi^2=135,9$; $p<0,0001$), meer hoger opgeleiden ($\chi^2=380,5$; $p<0,0001$), meer mensen met betaald werk ($\chi^2=83,1$; $p<0,0001$), en meer mensen met een niet-Nederlandse afkomst ($\chi^2=51,0$; $p=0,002$) aan het onderzoek deelnamen. Voor geslacht, het al of niet met een vaste partner wonen, en urbanisatiegraad werden geen verschillen gevonden. Deze veranderingen corresponderen met de veranderingen die in de demografische samenstelling van de bevolking hebben plaatsgevonden in die tijd.

