Margreet ten Have, Hedda van 't Land, Ron de Graaf

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Trendrapportage GGZ 2009

# Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ

Themarapportage

2009

Margreet ten Have, Hedda van ‘t Land, Ron de Graaf

Trendrapportage GGZ 2009

# Voorspellers van zorg-gebruik in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ

Themarapportage in het kader van de Trendrapportage GGZ, deelterrein 1: Toegang en zorggebruik

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2009

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Colofon

*Opdrachtgever*
Ministerie van VWS

*Financiering*
Ministerie van VWS

*Projectleiding*
Dr. H. van 't Land

*Projectuitvoering*
Dr. M. ten Have
Dr. H. van 't Land
Dr. ir. R. de Graaf

*Review*
Dr. J. Nuyen

*Eindredactie*
Dr. H. van 't Land

*Met dank aan*
Mr. M.O. Samuels

*Productiebegeleiding*
L. Groeneveld

*Opmaak en druk*
Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-654-5

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF0923**.
U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2009 Trimbos Instituut, Utrecht.

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

# Inhoudsopgave


| | | |
|---|---|---|
| | **Voorwoord** | **5** |
| **1** | **Inleiding** | **7** |
| 1.1 | Achtergrond | 7 |
| 1.2 | Onderzoeksvragen | 10 |
| 1.3 | Onderzoeksmethode | 11 |
| 1.4 | Opbouw rapport | 19 |
| **2** | **Lichamelijke comorbiditeit** | **21** |
| 2.1 | Inleiding | 21 |
| 2.2 | Resultaten | 21 |
| 2.3 | Discussie | 28 |
| **3** | **Opvattingen ten aanzien van de GGZ** | **31** |
| 3.1 | Inleiding | 31 |
| 3.2 | Resultaten | 31 |
| 3.3 | Discussie | 37 |
| **4** | **Ernst van de psychische stoornis** | **41** |
| 4.1 | Inleiding | 41 |
| 4.2 | Resultaten | 41 |
| 4.3 | Discussie | 51 |
| **5** | **Discussie en aanbevelingen** | **55** |
| 5.1 | Beperkingen | 55 |
| 5.2 | Discussie | 56 |
| 5.3 | Aanbevelingen | 58 |
| | **Referenties** | **61** |

# Voorwoord

In 2007 verzocht het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Trimbos-instituut een periodieke, landelijke rapportage op te stellen over de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze *Trendrapportage GGZ* moet zicht bieden op de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends, maar ook op achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen. De Trendrapportage GGZ vervult daarmee een drieledige functie (signaleren, analyseren en evalueren) en richt zich op de volgende drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Deze deelterreinen bestrijken respectievelijk de voorwaarden, het proces en de uitkomsten van het GGZ-systeem. Ook sluiten de deelterreinen aan bij de drie kerntaken van de overheid met betrekking tot de zorg (duurzaamheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en bij de belangrijkste beleidsdoelstellingen zoals die zijn verwoord in de Beleidsvisie GGZ van het Ministerie van VWS (2006). In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrapportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen verdiepende *themarapportages* rond specifieke subthema's binnen de drie deelterreinen.

***Toegang en zorggebruik***

De voor u liggende themarapportage heeft betrekking op deelterrein 2 'Toegang en zorggebruik'. Ten aanzien van dit thema springen twee doelen van de overheid in het oog. Enerzijds is er het streven om de GGZ toegankelijk te maken voor alle groeperingen in de Nederlandse samenleving. Centraal uitgangspunt hierbij is dat de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van goede, betaalbare en toegankelijke zorg op maat voor alle mensen met psychische klachten, ongeacht etniciteit, leeftijd, opleidingsniveau of sekse. Anderzijds is er het streven naar doelmatigheid, waarbij gefaseerde zorg wordt nagestreefd: niet meer dan nodig, maar ook niet minder dan noodzakelijk. In dit themarapport wordt nagegaan in hoeverre de kans op zorggebruik in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ toeneemt als mensen last hebben van een psychische én een lichamelijke aandoening. Ook wordt op Europees niveau onderzocht in hoeverre opvattingen over de GGZ van invloed zijn op zorggebruik. Tot slot wordt nagegaan in hoeverre de ernst van de psychische stoornis van invloed is op zorggebruik.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

In het voor u liggende themarapport wordt scherper zicht verkregen op een drietal voorspellers van zorggebruik in de eerstelijnszorg en de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ): 1. Psychische en lichamelijke comorbiditeit; 2. Opvattingen ten aanzien van de GGZ; 3. Ernst van de psychische stoornis. Onderzocht wordt allereerst in hoeverre de kans op zorggebruik in de eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ toeneemt als mensen last hebben van een psychische én een lichamelijke aandoening (lichamelijke comorbiditeit). Verder wordt op Europees niveau onderzocht in hoeverre opvattingen van mensen over de GGZ van invloed zijn op het ontvangen van zorg in de tweedelijns GGZ. Tot slot wordt nagegaan of de ernst van een psychische stoornis een voorspeller is van zorggebruik in de tweedelijns GGZ.

### 1.1.1 Het hebben van een psychische én een lichamelijke aandoening

Psychische stoornissen en lichamelijke aandoeningen komen vaak tegelijkertijd voor. Er zijn aanwijzingen dat lichamelijke aandoeningen een verhoogde kans geven op het ontwikkelen van psychische stoornissen, maar ook dat psychische stoornissen voorafgaan aan lichamelijke aandoeningen (Verdurmen e.a., 2006). Verder is het zo dat een depressie die samengaat met een lichamelijke ziekte een slechter beloop kent en dat omgekeerd het beloop van een lichamelijke ziekte negatief beïnvloed wordt door het hebben van een depressie (Evans e.a., 2005; Bair e.a., 2003). Tijdige herkenning en adequate behandeling zijn daarom van belang. Onderzoek toont aan dat mensen met meer dan één psychische stoornis vaker gebruik maken van professionele zorg voor psychische problemen dan mensen met één psychische stoornis (Bijl & Ravelli, 2000). Zo neemt de kans dat een huisarts een patiënt doorverwijst naar een hulpverlener in de GGZ toe als er sprake is van meer dan één psychische stoornis (psychische comorbiditeit) (Bijl & Ravelli, 1998): ongeveer 4 procent van de cliënten met één psychische stoornis die de huisarts bezoeken, komt bij een Riagg of een vrijgevestigde psycholoog of psychiater terecht. Bij cliënten met twee of meer psychische stoornissen ligt dit percentage een stuk hoger: 13 procent ontvangt zorg bij een Riagg of een vrijgevestigde psycholoog of psychiater (Bijl & Ravelli, 1998). Echter, niet bekend is of eenzelfde verband gevonden wordt bij mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening (Van 't Land e.a., 2008). Mogelijk maakt deze groep juist minder gebruik van professionele zorg wegens psychische problemen, bijvoorbeeld omdat huisartsen met name oog hebben voor de lichamelijke klachten van patiënten (Smit, 2006), of omdat huisartsen van mening zijn dat een psychische stoornis wel over zal gaan als de lichamelijke klachten verminderen (Nuyen e.a., 2005). Maar ook denkbaar is dat deze groep juist méér gebruik maakt van de tweedelijns GGZ. Immers, de kennis van huisartsen over psychische stoornissen is de laatste jaren sterk verbeterd, waardoor huisartsen beter in staat zijn om psychische

stoornissen te herkennen en mogelijk sneller overgaan op doorverwijzing naar de GGZ (Verhaak e.a., 2006). Onderzoek laat zien dat huisartsen bij complexe problematiek – vaak het geval bij mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening – sneller geneigd zouden zijn om door te verwijzen naar de GGZ (Ten Have, 2004), mogelijk omdat deze groep relatief vaak bij de huisarts komt, waardoor de kans op signaleren toeneemt (Verhaak e.a., 2006). In ander onderzoek, dat zich specifiek richtte op mensen met een depressie en een lichamelijke aandoening, is echter gevonden dat deze groep niet vaker door hun huisarts wordt verwezen naar de eerstelijn of tweedelijns GGZ dan degenen die uitsluitend depressief waren (Nuyen e.a., 2008). Personen met arythmieën of ischemische hartziekten blijken in dit onderzoek zelfs minder kans te hebben op het ontvangen van enigerlei vorm van depressiebehandeling van hun huisarts, waaronder verwijzing naar een GGZ-behandelaar.

Op dit moment ontbreekt inzicht in hoeverre de kans op doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ toeneemt als mensen zowel een psychische als een lichamelijke aandoening (lichamelijke comorbiditeit) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische aandoening. Mogelijk verschilt deze kans per type psychische stoornis of lichamelijke aandoening. In deze themarapportage wordt zicht hierop verkregen via analyses op NEMESIS-1 data uit 1996 (zie paragraaf 1.3 voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethode).

### 1.1.2 Opvattingen ten aanzien van de GGZ

Vanuit internationaal perspectief ziet in Nederland de toegang van de zorg voor mensen met psychische problemen er redelijk goed uit (Kovess-Masfety e.a., 2007). In Nederland ontvangen bijvoorbeeld meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de ons omringende Europese landen. Hoe ernstiger, complexer of gevaarlijker de psychische symptomen zijn, hoe groter de kans dat iemand zorg ontvangt voor psychische problemen. Mensen met een stemmingsstoornis komen in Nederland relatief veel in zorg; bijna de helft komt op jaarbasis in contact met de huisarts (Bijl & Ravelli, 2000). Internationaal gezien lijkt de drempel om hulp te zoeken in Nederland laag (Wang e.a., 2007). Ondanks de goede toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor mensen met psychische problemen, zijn er nog steeds mensen met psychische stoornissen die hiervoor geen zorg ontvangen. Geschat wordt bijvoorbeeld dat 3 van de 4 mensen met een bipolaire I stoornis geen adequate behandeling ontvangen, terwijl ze dat wel nodig hebben, enerzijds omdat ze zelf geen melding maken van hun symptomen, anderzijds omdat ze geen hulp zoeken bij professionele psychologische instanties (Ten Have, 2004). Een kwart (25,5 procent) heeft nog nooit voor problemen hulp gezocht: niet in de algemene en de geestelijke gezondheidszorg en ook niet in het informele circuit, zoals alternatieve genezers, zelfhulporganisaties (Vollebergh e.a., 2003). De volgende opvattingen spelen hierbij een belangrijke rol (Ten Have, 2004):

- Ik wilde mijn problemen zélf oplossen
- Ik dacht dat de problemen zelf weg zou gaan
- Ik had geen vertrouwen in de hulpverleners waar ik naar toe zou moeten gaan
- Ik dacht niet dat iemand me zou kunnen helpen

Bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten, Canada/Ontario en Nederland bracht barrières in kaart die het zoeken van professionele hulp bij psychische problemen in de weg staan (Sareen e.a., 2007). Ook dit onderzoek laat zien dat vooral opvattingen (bijvoorbeeld "Ik dacht dat de klachten vanzelf beter zouden worden" en "Ik wilde het probleem eerst zelf oplossen") en in mindere mate structurele barrières (zoals "financiële middelen") het zoeken naar hulp bij psychische problemen in de weg staan (Sareen e.a., 2007). Respondenten maken eerst een kosten-baten analyse ("wat moet ik ervoor doen om hulp te zoeken en wat levert het me uiteindelijk op?"). Ze wachten eerst af of de symptomen vanzelf verdwijnen of ze proberen het probleem zelf op te lossen via bijvoorbeeld zelfhulp-boeken (Sareen e.a., 2007). Ook in Australië, Duitsland en Oostenrijk werden bevolkingsonderzoeken verricht naar opvattingen over de GGZ. Gevonden werd dat mensen vooral vrienden of familieleden zouden inschakelen bij een depressie of schizofrenie en veel minder vaak gespecialiseerde hulpverleners, zoals psychiaters of psychologen (Ten Have e.a., 2004); slechts de helft van de Australiërs zou de hulp inroepen van een psychiater of psycholoog als ze last zouden hebben van een klinische depressie. Veruit het merendeel gaf aan in dat geval liever een beroep te doen op de huisarts, vrienden of familieleden. In Duitsland en Oostenrijk bleken mensen nog minder waarde te hechten aan professionele hulpverleners (Ten Have e.a., 2004). Gedegen informatie ontbreekt over hoe er in de Nederlandse bevolking wordt gedacht over de GGZ, in welke mate Nederland zich hierin onderscheidt van andere Europese landen en in welke mate opvattingen over de GGZ bepalend zijn voor het inschakelen van professionele hulp bij psychische stoornissen (Van 't Land e.a., 2008). In deze themarapportage wordt zicht hierop verkregen.

Verder moet onderzocht worden of e-mental health een manier kan zijn een deel van deze groep te bereiken (*Bron: Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. (2007). High tech, high touch, high trust: programmeringsstudie e-mental health. Utrecht: Trimbos-instituut*). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat het merendeel van de mensen dat een beroep doet op e-mental health interventies gericht op alcoholgerelateerde problemen (www.minderdrinken.nl; www.alcoholdebaas.nl) niet eerder in zorg was. E-mental health is mogelijk geschikt voor nieuwe groepen met psychische klachten, zoals mensen met fysieke aandoeningen en mensen met lichamelijke beperkingen (zie ook: Van 't Land e.a., 2008).

### 1.1.3 Ernst van de psychische stoornis

In Nederland ontbreekt inzicht in hoeverre het type en de omvang van het hulpaanbod afgestemd is op de ernst van de psychische stoornis. In deze themarapportage wordt zicht hierop verkregen. Op internationaal niveau werd de samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en het zorggebruik in kaart gebracht (Wang e.a., 2007). Hiervoor werd onderzoek uitgevoerd in Afrika (Nigeria, Zuid-Afrika), Noord en Zuid-Amerika (Colombia, Mexico, de Verenigde Staten), Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Spanje, Oekraïne), Japan, Nieuw Zeeland, China en het Midden-Oosten (Israël en Libanon). De landen werden ingedeeld in één van de volgende vier inkomenscategorieën: laag inkomen, laag-midden, hoog-midden en hoog inkomen

(zie voor een uitgebreide beschrijving: Wang e.a., 2007). Gevonden werd dat hoe ernstiger de psychiatrische stoornis was, hoe meer mensen zorg ontvingen. Dit patroon deed zich globaal in alle landen voor. Een substantieel deel van de mensen met ernstige psychische stoornissen bleek echter geen zorg te ontvangen. Dit gold voor rijke landen, maar nog meer voor minder rijke landen (zoals Libanon, Mexico, Nigeria, Oekraïne en Zuid-Afrika). Niet duidelijk is wat precies de verklaring hiervoor is. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er gewoonweg minder geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is in minder rijke landen (Wang e.a., 2007). Maar ook culturele aspecten kunnen een rol spelen; in sommige culturen ervaren mensen meer schaamte om zorg te gebruiken bij psychische problemen of hierover te spreken en zou ook het percentage zorggebruik dus een onderschatting kunnen zijn van het werkelijke aantal mensen dat in zorg is (Wang e.a., 2007). In Nederland lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen (Wang e.a., 2007).

## 1.2 Onderzoeksvragen

***Het hebben van een psychische én een lichamelijke aandoening***

1. Is het zo dat mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening (comorbiditeit) vaker gebruik maken van de eerstelijnszorg en de tweedelijns GGZ voor hun psychische problemen, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis?
2. En zo ja, is het zo dat mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening (comorbiditeit) vaker worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ? Of is het zo dat zij juist door hun lichamelijke aandoening relatief vaker blijven hangen in de minder gespecialiseerde eerstelijnszorg, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis?

Bovenstaande vragen worden beantwoord via analyses op NEMESIS-1 data uit 1996 (zie paragraaf 1.3 voor een beschrijving van de onderzoeksmethode). De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 2. In de discussie van hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op mogelijke verklaringen en oorzaken.

***Opvattingen ten aanzien van de GGZ***

1. Wat zijn de opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen in Europa?
2. Welke groepen hebben een positieve opvatting ten aanzien van GGZ?
3. Maken mensen met een positievere opvatting ten aanzien van de GGZ hiervan vaker gebruik als ze last hebben van psychische problemen?

Bovenstaande vragen worden beantwoord via analyses op ESEMeD data uit 2001-2003 (zie paragraaf 1.3 voor een beschrijving van de onderzoeksmethode). Deze analyses zijn in samenwerking met het Fonds Psychische Gezondheid tot stand gekomen. De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 3. In de discussie van hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op mogelijke verklaringen en oorzaken.

***Ernst van de psychische stoornis***

1. Maken mensen met een ernstige depressie vaker gebruik van de tweedelijns GGZ vergeleken met mensen met een mildere vorm van depressie?
2. Is het zo dat mensen met een ernstige depressie meer zorg ontvangen, vergeleken met mensen met een mildere vorm van depressie in termen van aantallen contacten, medicatie?
3. Hoeveel procent van de mensen met een psychische stoornis ontvangt hiervoor zorg in de tweedelijns GGZ? Hoeveel procent van de mensen met milde psychische klachten, bij wie de psychische klacht niet ernstig genoeg is om te spreken van een psychische stoornis, ontvangt zorg in de tweedelijns GGZ voor psychische en emotionele problemen? Wat is hiervoor de verklaring?

Bovenstaande vragen worden beantwoord via analyses op NEMESIS-1 data uit 1996 (meting 1) en 1997 (meting 2) (zie paragraaf 1.3 voor een beschrijving van de onderzoeksmethode). De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 4. In de Discussie van hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op mogelijke verklaringen en oorzaken.

## 1.3 Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op bovenstaande onderzoeksvragen, werden in dit onderzoek statistische analyses uitgevoerd op de volgende databestanden:
- NEMESIS-1 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1)
- ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)

*NEMESIS*
NEMESIS-1 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1*) is een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders in de algemene bevolking. Via NEMESIS-1 werd een betrouwbaar beeld verkregen van onder andere het vóórkomen van psychische stoornissen, somatische comorbiditeit, functionele beperkingen, zorggebruik, onvervulde behoefte aan hulp, en barrières om hulp te zoeken. NEMESIS-1 werd in de jaren 1996-1999 uitgevoerd. Het betrof een longitudinale studie, bestaande uit drie metingen bij een representatieve steekproef van volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar. Aan de eerste meting deden 7076 personen mee, wat neerkwam op een respons van 70 procent (zie voor een gedetailleerde beschrijving; Bijl e.a., 1998). Het kerninstrument in NEMESIS-1 is de CIDI

(*Composite International Diagnostic Interview*) versie 1.1, ontwikkeld door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Uit diverse onderzoeken blijkt dat de CIDI betrouwbaar en valide is (Wittchen, 1994). De CIDI is een volledig gestructureerd interview om psychische stoornissen vast te stellen. Het instrument kan door getrainde leken worden afgenomen. Het vaststellen van de diagnose(n) vindt na afloop van het interview plaats. Een computerprogramma combineert de klinisch relevante symptomen tot DSM-III-R of ICD-10 diagnosen.

*Representativiteit*

NEMESIS is een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders in de algemene bevolking. In de periode 1996-1999 werd NEMESIS-1 uitgevoerd. Momenteel voert het Trimbos-instituut NEMESIS-2 uit. Dit betekent dat in de nabije toekomst recente informatie beschikbaar zal komen over voorspellers van recent zorggebruik in de GGZ. Tot die tijd wordt gebruik gemaakt van NEMESIS-1.

De NEMESIS-1 steekproef is representatief voor de volwassen Nederlandse bevolking. Een aantal bevolkingsgroepen is echter ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven en dak- en thuislozen. Het is echter niet waarschijnlijk dat de ondervertegenwoordiging van deze groepen de resultaten heeft beïnvloed, aangezien deze groepen op bevolkingsniveau relatief klein in omvang zijn. Volwassenen met een psychische stoornis hebben een iets hogere kans om niet aan de tweede en derde meting van NEMESIS-1 mee te doen (uitval). Er is echter geen reden om aan te nemen dat de uitvallers op een andere manier gebruik maken van zorgvoorzieningen voor psychische problemen dan degenen die wel deelnamen aan de tweede en derde meting.

*ESEMeD*

ESEMeD (*European Study of Epidemiology on Mental Disorders*) is een Europees onderzoek, uitgevoerd in de jaren 2001-2003 in zes Europese landen (België, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Italië en Nederland). In totaal werden ongeveer 20.000 interviews afgenomen, waarvan 2.300 in Nederland. De respons was 61 procent. ESEMeD maakt deel uit van het initiatief van de WHO, waarbij over de hele wereld hetzelfde instrument (CIDI versie 3.0) werd afgenomen om psychische stoornissen te meten. De ESEMeD-studie leverde gegevens op over het vóórkomen van psychische stoornissen, comorbiditeit, functionele beperkingen en zorggebruik (inclusief psychofarmacologische middelen) (zie voor een gedetailleerde beschrijving van de ESEMeD-studie: The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004a). Tevens werd onderzocht hoe er in de bevolking wordt gedacht over het inschakelen van de GGZ bij emotionele problemen. Het interview bestond uit twee delen. Deel 1 (het vaststellen van de belangrijkste psychische stoornissen, zorggebruik en sociaaldemografische kenmerken) werd afgenomen bij alle respondenten. Deel 2 (het bepalen van minder vaak voorkomende psychische stoornissen, achtergrondkenmerken en opvattingen ten aanzien van GGZ) werd uitsluitend afgenomen bij respondenten met een psychische stoornis en een willekeurige gezonde sub-steekproef.

*Representativiteit*
De ESEMeD-studie is in grote lijnen representatief voor de algemene bevolking. Toch kan het zijn dat non-responders verschillen in opvattingen ten aanzien van GGZ en zorggebruik. Het is niet vast te stellen of, en zo ja, hoe dit de resultaten heeft beïnvloed.

### 1.3.1 Onderzoeksmethode per voorspeller

***Het hebben van een psychische én een lichamelijke aandoening***

Bron: NEMESIS-1

*Psychische stoornissen*
In NEMESIS-1 werden diagnosen bepaald voor de volgende psychische stoornissen:
- Stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis)
- Angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessieve compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis)
- Middelenstoornissen (alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik, drugsafhankelijkheid)
- Eetstoornissen (anorexia, boulimia)
- Schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen

Het zorggebruik werd vastgesteld voor psychische stoornissen die het meest voorkomen in de bevolking: stemmings-, angst- en middelenstoornissen. Verder werd gekeken naar mensen met één of meer psychische stoornissen (uitgaande van alle in NEMESIS-1 vastgestelde diagnosen). Het vóórkomen van psychische stoornissen werd vastgesteld op meting 1 en had betrekking op de afgelopen 12 maanden (jaarprevalentie).

*Lichamelijke aandoeningen*
Chronische lichamelijke aandoeningen werden gemeten tijdens de eerste meting in 1996. Deze lijst omvatte 31 lichamelijke aandoeningen (de lijst met lichamelijke aandoeningen was afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek). Respondenten werd gevraagd of zij deze 31 aandoeningen in de afgelopen 12 maanden hadden gehad. Als dat het geval was, dan werd gevraagd of zij hiervoor in behandeling waren (geweest) bij een arts en of zij hiervoor medicijnen gebruikten in die periode. Wij hanteerden een definitie waarbij sprake was van een lichamelijke aandoening als iemand hiervoor onder behandeling had gestaan bij een arts of medicatie hiervoor had gebruikt. Analyses werden uitgevoerd bij lichamelijke aandoeningen die het meest voorkomen in de algemene bevolking (conform de indeling van Verdurmen e.a., 2006; Von Korff e.a., 2005), te weten:
- Reuma
- Chronische rugpijn
- Hoge bloeddruk
- Astma of COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*), in het vervolg worden beide aandoeningen afgekort met astma

- Spijsverteringsstoornissen (maagzweer, zweer aan de 12-vingerige darm, ernstige darmstoornis, galstenen, galblaasontsteking, leverziekte, levercirrose)

*Andere correlaten van zorggebruik: Sociaaldemografische kenmerken*
- Leeftijd (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64 jaar)
- Sekse (man; vrouw)
- Opleidingsniveau (lager onderwijs; LBO of MAVO; MBO, HAVO of VWO; HBO of universiteit),
- Woonachtig met partner (ja; nee)
- Betaald werk (ja; nee)
- Urbanisatiegraad (conform indeling CBS: zeer laag; laag; midden; hoog; zeer hoog;)

*Zorggebruik*
Zorggebruik werd in NEMESIS gedefinieerd als het gebruik van professionele eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ wegens psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden. Eerstelijnszorg omvatte: huisartsen, bedrijfsartsen, crisiscentra, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg en wijkverpleging. Tweedelijns GGZ omvatte: ambulante geestelijke gezondheidszorg, ambulante verslavingszorg, psychiatrische deeltijdbehandeling, en opname in een psychiatrisch ziekenhuis of soortgelijke instelling. Twee elkaar uitsluitende groepen van zorggebruikers werden onderscheiden: 1) mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend gebruik maakten van eerstelijnszorg en 2) mensen die in de afgelopen 12 maanden zorg kregen in de tweedelijns GGZ (maar mogelijk in het verleden wel ooit zorg kregen in de eerstelijn). Zorggebruik werd als volgt gemeten (meting 1): 'Heeft u voor uzelf vanwege psychische problemen of vanwege alcohol- of drugsproblemen ooit een bezoek gebracht aan …?'. Als dat het geval was, dan werd gevraagd wanneer het laatste contact geweest was.

***Opvattingen ten aanzien van de GGZ***

Bron: ESEMeD

*Opvattingen ten aanzien van de GGZ*
Vijf vragen werden gesteld om de opvattingen ten aanzien van de GGZ in kaart te brengen. Deze vragen waren gebaseerd op eerder onderzoek (Hornblow e.a., 1990; Meltzer e.a., 2000; Bijl & Ravelli, 2000; Wells e.a., 1994):
1. Als u een ernstig emotioneel probleem zou hebben, zou u dan naar een professionele hulpverlener gaan?
2. Hoezeer zou u zich op uw gemak voelen als u met een hulpverlener zou praten over persoonlijke problemen?
3. Hoezeer zou u zich schamen als uw vrienden zouden weten dat u professionele hulp ging zoeken voor een emotioneel probleem?

4. Welk percentage van de mensen die professionele hulp inroepen voor een emotioneel probleem wordt daarmee geholpen, denkt u?
5. Welk percentage van de mensen die geen professionele hulp inroepen wordt desondanks toch beter, denkt u?

De eerste drie vragen hadden vier antwoordcategorieën. De laatste twee vragen resulteerden in een percentage (minimum=0; maximum=100). Om de interpretatie van de resultaten te vergemakkelijken, werden de percentages van de laatste twee vragen van elkaar afgetrokken (het percentage mensen dat geholpen wordt door het inroepen van professionele hulp minus het percentage mensen dat zonder professionele hulp toch beter wordt). Vervolgens werden de antwoorden over vier categorieën verdeeld: 1) slechter dan of gelijk aan geen professionele hulp, 2) een beetje beter dan geen professionele hulp, 3) aanzienlijk beter dan geen professionele hulp, en 4) veel beter dan geen professionele hulp. Deze nieuwe variabele meette de 'gepercipieerde effectiviteit van professionele hulp'. Vervolgens werd een index opgesteld op basis van de gemiddelde score op de vier overgebleven variabelen. Een hogere score op de index (minimum=1; maximum=4; Cronbach's =0,63; gemiddelde=2,88; mediaan=3,00; sd=0,69; scheefheid=-0,34) duidde op een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ.

*Zorggebruik*
Twee typen zorggebruikers werden onderscheiden: 1) mensen die uitsluitend gebruik maakten van algemene gezondheidszorg (AGZ: huisartsen, medisch specialisten en andere hulpverleners werkzaam in deze sector, zoals verpleegkundigen en diëtisten); en 2) mensen die gebruik maakten van de professionele GGZ (psychiaters en andere hulpverleners werkzaam in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, zoals psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers), maar die mogelijk in het verleden wel zorg ontvingen in de eerstelijn. Zorggebruik werd als volgt gemeten: 'Heeft u ooit in uw leven een zorgcontact gehad naar aanleiding van psychische problemen of emoties met …?', waarbij diverse hulpverleners in de AGZ en de professionele GGZ de revue passeerden. Als er sprake was van een zorgcontact, dan werd nagegaan of dat contact in de afgelopen 12 maanden had plaatsgevonden.

*Correlaten van opvatting en/of zorggebruik:*

*Sociaaldemografische kenmerken*
- Sekse (man; vrouw)
- Leeftijd (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65 jaar of ouder)
- Opleiding (in 2 categorieën)
- Woonachtig met partner (ja; nee)
- Betaald werk (ja; nee)
- Inkomen (laag; laag-midden; hoog-midden; hoog)
- Urbanisatiegraad van woonplaats (laag; midden; hoog)
- Land (in 6 categorieën).

*Psychische rol beperkingen*
Psychische rol beperkingen in het dagelijks functioneren werden gemeten met behulp van de SF-12 (Short-Form 12). De SF-12 is een verkorte versie van de 'Short Form'-36 (SF-36 ook wel RAND-36 genoemd).

De betrouwbaarheid en validiteit van de SF-36 zijn in de Nederlandse populatie aangetoond (Aaronson e.a., 1998). De SF-36 bestaat uit acht schalen:
- Algemene gezondheid (ervaring van de eigen gezondheid)
- Psychische gezondheid (aan- of afwezigheid van gevoelens van depressie, nervositeit)
- Psychisch functioneren op het werk of in andere dagelijkse activiteiten
- Sociaal functioneren (wel of geen beperkingen door lichamelijke, psychische of emotionele problemen in sociale activiteiten zoals bezoek aan vrienden of familie)
- Vitaliteit (energie en levenslust)
- Lichamelijk functioneren (wel of geen beperkingen in dagelijkse activiteiten zoals trappenlopen, in bad gaan, aankleden, het dragen van boodschappentassen)
- Lichamelijke problemen leidend tot beperkingen in werk of andere dagelijkse activiteiten
- Pijn (intensiteit, en de daaruit resulterende beperkingen in functioneren).

Deze acht schalen van de SF-36 kunnen worden geaggregeerd in twee maten: Fysieke (PCS) en Psychische (MCS) Component Summary scores (Ware e.a., 1995). In dit onderzoek presenteren we resultaten van de MCS om psychische rolbeperkingen in kaart te brengen. Deze schaal hangt nauw samen met de uitgebreidere versie van de MCS. De scores op deze schaal werden gedichotomiseerd (conform Ware e.a., 1994): laagste score tot en met 42=1 en duidt op slechter functioneren; 43 tot en met hoogste score=0 en duidt op beter functioneren.

*Psychische stoornissen*
De meest voorkomende DSM-IV diagnosen werden in de ESEMeD-studie gemeten (periode: de afgelopen 12 maanden): stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie), angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis), en alcoholstoornissen (misbruik en afhankelijkheid). 'Eerdere psychische stoornis' werd gedefinieerd als 'één of meer van de genoemde diagnosen in de periode vóór de afgelopen 12 maanden' (langer dan één jaar geleden).

*Psychiatrische voorgeschiedenis van de ouder(s)*
Navraag werd gedaan of er bij één of beide opvoeders ooit in het leven sprake was van een depressie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis of alcoholstoornis.

***Ernst van de psychische stoornis***

Bron: NEMESIS-1

*Depressie*
Het vóórkomen van de verschillende vormen van depressie werd vastgesteld via NEMESIS-1 data op de tweede meting in 1997 (meetperiode: afgelopen 12 maanden). Hierbij werd, conform DSM-III-R, uitgegaan van de laatste episode. Er werden drie depressie-niveaus onderscheiden: lichte, matige en ernstige vorm van een depressie. Bij een lichte depressie werden weinig depressieve symptomen gemeten; iemand had het minimale aantal symptomen dat nodig is om de diagnose 'depressie' te stellen en iemand ondervond geringe beperkingen in het beroepsmatig functioneren, in normale sociale activiteiten en in relaties met anderen. Bij een ernstige depressie (al of niet met psychotische kenmerken) werden meerdere depressieve symptomen vastgesteld; iemand had meer symptomen dan nodig om te voldoen aan de diagnose 'depressie', en iemand ondervond ernstige beperkingen in het functioneren. Bij een matige depressie was het aantal depressieve symptomen en functionele beperkingen gemiddeld (dat wil zeggen: het aantal depressieve symptomen was hoger dan bij een milde depressie en lager dan bij een ernstige depressie). Tot slot werd een subklinische depressie onderscheiden; hierbij had iemand één van de beide kernsymptomen (depressieve stemming, of verlies van interesse of plezier) én twee tot vijf van de in totaal negen symptomen van een depressie.

*Overige correlaten van zorggebruik:*

*Aanwezigheid van chronische lichamelijke aandoeningen*
Lichamelijke aandoeningen werden gemeten met een vragenlijst van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze lijst bevatte 31 lichamelijke aandoeningen. Tijdens de eerste meting in 1996 werd respondenten gevraagd of deze 31 aandoeningen in de afgelopen 12 maanden hadden gehad. Als dat het geval was, dan werd gevraagd of zij hiervoor in behandeling waren (geweest) bij een arts en of hiervoor medicijnen gebruikten in die periode. Wij hanteerden een definitie waarbij sprake was van een lichamelijke aandoening als iemand hiervoor onder behandeling had gestaan bij een arts of medicatie hiervoor had gebruikt.

*Andere psychische stoornissen*
In de statistische analyses werd gecorrigeerd voor de aanwezigheid van één of meer andere psychische stoornissen (uitgaande van de in NEMESIS-1 vastgestelde diagnosen naast depressie). Het vóórkomen van andere psychische stoornissen werd vastgesteld op de tweede meting in 1997 en had betrekking op de afgelopen 12 maanden (jaarprevalentie).

*Sociaaldemografische kenmerken*
- Leeftijd (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64 jaar)
- Sekse (man; vrouw)
- Opleidingsniveau (lager onderwijs; LBO of MAVO; MBO, HAVO of VWO; HBO of universiteit)
- Woonachtig met partner (ja; nee)
- Betaald werk (ja; nee)
- Urbanisatiegraad (conform indeling CBS: zeer laag; laag; midden; hoog; zeer hoog).

*Psychische beperkingen in het functioneren*
- SF-36 (Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992). De SF-36 bevat de schaal 'psychisch functioneren'. Deze schaal meet problemen bij het werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen vier weken als gevolg van een emotioneel probleem. De schaal bestaat uit 3 items met elk 2 antwoordcategorieën, en is betrouwbaar (Cronbach's =0,84).

*Sociale beperkingen in het functioneren*
- SF-36 (Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992). De SF-36 bevat de schaal 'sociale beperkingen in het functioneren'. Deze schaal meet problemen in sociale activiteiten in de afgelopen vier weken als gevolg van lichamelijke of emotionele problemen. De schaal bestaat uit 2 items met elk 6 antwoordcategorieën, en is betrouwbaar (Cronbach's =0,78).

*Psychische en sociale beperkingen*
Psychische en sociale beperkingen werden gemeten op de eerste meting in 1996. De antwoorden werden getransformeerd naar een schaal, lopend van 0 (bijzonder slecht functioneren) tot en met 100 (uitstekend functioneren). De scores werden vervolgens gedichotomiseerd in 0 (geen beperkingen) en 1 (beperkingen).

*Zorggebruik*
Zorggebruik werd gemeten op basis van het zorgcontact met de eerste drie hulpverleners of instanties die de respondent bezocht wegens psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen (tweede meting van de NEMESIS-1 in 1997): 'In de afgelopen 12 maanden (sinds het eerste interview), wie was de eerste [tweede etc.] hulpverlener of instantie die u bezocht vanwege uw psychische problemen?', 'Hoeveel keer heeft u met deze persoon of instantie contact gehad?' en 'Kreeg u toen medicijnen voorgeschreven van deze persoon of instantie?'. Twee elkaar uitsluitende groepen van zorggebruikers werden onderscheiden: 1) mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend zorg kregen in de eerstelijnszorg en 2) mensen die in die periode uitsluitend zorg kregen in de tweedelijns GGZ (maar mogelijk in het verleden wel ooit zorg ontvingen in de eerstelijn). Eerstelijnszorg omvatte: huisartsen, bedrijfsartsen, eerstelijns psychologen, crisiscentra, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg en wijkverpleging. Tweedelijns GGZ omvatte: ambulante geestelijke gezondheidszorg, ambulante verslavingszorg,

psychiatrische deeltijdbehandeling, en opname in een psychiatrisch ziekenhuis of soortgelijke instelling. Voor beide groepen zorggebruikers werden de volgende drie afhankelijke variabelen gemeten:

- Tweedelijns GGZ contact: tenminste één contact gehad vanwege psychische problemen in de afgelopen 12 maanden (ja, nee)
- Aantal contacten: het aantal contacten vanwege psychische problemen in de eerstelijn of de tweedelijns GGZ na het eerste contact in de afgelopen 12 maanden
- Medicatie: medicatie ontvangen vanwege psychische problemen in de eerstelijn of de tweedelijns GGZ in de afgelopen 12 maanden (ja, nee)

### 1.3.2 Statistische analyses

Gangbare statistische analyses werden in dit onderzoek gebruikt, zoals beschrijvende analyses die resulteerden in percentages of gemiddelden. Daarnaast werden regressie analyses uitgevoerd. Regressie analyse is een statistische techniek voor het analyseren van gegevens waarin (mogelijk) sprake is van een samenhang. Een regressie analyse bestaat uit onafhankelijke variabelen (zoals bijvoorbeeld sekse, leeftijd) en één afhankelijke variabele (zoals bijvoorbeeld zorggebruik GGZ of opvatting ten aanzien van de GGZ). In dit onderzoek hebben we drie soorten regressie analyses uitgevoerd:

- Multinomiale regressie analyse
- Logistische regressie analyse
- Binomiale regressie analyse

Met behulp van multinomiale regressie analyse is bijvoorbeeld onderzocht welke combinatie van psychische stoornis (stemmings-, angst of middelenstoornis) en lichamelijke aandoening het zorggebruik in de eerstelijn en tweedelijns GGZ kunnen voorspellen; onderzocht is of mensen met een stemmingsstoornis én een lichamelijke aandoening een grotere kans hebben op zorg in de tweedelijns GGZ dan geen zorg vergeleken met mensen met uitsluitend een stemmingsstoornis. Met behulp van logistische regressie analyse hebben we onderzocht of er samenhang is tussen de ernst van een depressie (subklinisch, licht, matig, ernstig) en de ontvangen medicatie in de eertstelijn en tweedelijns GGZ. Tot slot hebben we met behulp van binomiale regressie analyse onderzocht of er sprake is van een samenhang tussen de ernst van een depressie en het aantal contacten in de eerstelijn en tweedelijns GGZ.

## 1.4 Opbouw rapport

Dit rapport bestaat – inclusief deze inleiding - uit vijf hoofdstukken. In paragraaf 1.2 wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksvragen die per hoofdstuk worden beantwoord. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de vraag of de kans op zorggebruik in de tweedelijns GGZ toeneemt als mensen last hebben van zowel een psychische als een lichamelijke aandoening. In hoofdstuk 3 wordt op Europees niveau onderzocht of opvattingen van mensen van invloed zijn op het inschakelen van professionele hulp

bij psychische problemen, en in welke mate Nederland zich in dit opzicht onderscheidt van andere Europese landen. In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op de vraag of de meest intensieve vormen van zorg toekomen aan mensen met de meest ernstige psychische problematiek. In hoofdstuk 5 volgen de discussie en aanbevelingen.

# 2 Lichamelijke comorbiditeit

## 2.1 Inleiding

Psychische stoornissen en lichamelijke aandoeningen komen vaak tegelijkertijd voor (comorbiditeit). Onderzoek toont aan dat mensen met meer dan één psychische stoornis vaker gebruik maken van professionele zorg voor hun psychische problemen dan mensen met één psychische stoornis (Bijl & Ravelli, 2000). Onduidelijk is of deze verhoogde kans op zorggebruik ook van toepassing is op mensen die naast een psychische stoornis een lichamelijke aandoening hebben. Onderzoek op dit vlak is niet eenduidig; er zijn aanwijzingen dat de doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ in dat geval trager verloopt, maar ook dat de doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ hierdoor juist gestimuleerd wordt (zie hoofdstuk 1). In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Is het zo dat mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening (comorbiditeit) vaker gebruik maken van de eerstelijn of tweedelijns GGZ voor hun psychische problemen, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis?
2. En zo ja, is het zo dat mensen met een psychische én een lichamelijke aandoening (comorbiditeit) vaker worden doorverwezen naar de GGZ? Of is het zo dat zij juist door hun lichamelijke aandoening relatief vaker blijven hangen in de minder gespecialiseerde eerstelijnszorg, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis?

In de Discussie (paragraaf 2.3) wordt nader ingegaan op mogelijke verklaringen voor de gevonden resultaten.

## 2.2 Resultaten

In Tabel 2.1 worden de resultaten gepresenteerd van lichamelijke comorbiditeit als voorspeller van zorggebruik bij psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen. In de tabel staan Relatieve Risk Ratio's vermeld. Deze maat geeft aan of mensen met een psychische stoornis en met lichamelijke aandoening meer of juist minder kans hebben op zorg in de eerstelijn of tweedelijns GGZ dan op geen zorg vergeleken met mensen zonder lichamelijke aandoening (referentiecategorie=geen zorg). Als een RRR groter is dan 1, dan betekent dit dat er sprake is van een grotere kans op zorggebruik. Als een RRR kleiner is dan 1, dan betekent dit dat er sprake is van een kleinere kans op zorggebruik. De significante RRR's zijn vet gedrukt in de tabel. Uit de onderste rij van Tabel 2.1 volgt dat mensen met enigerlei psychische stoornis én een lichamelijke aandoening ongeveer 1,5 tot 2 keer meer kans hebben op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ dan op geen zorg, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis (ook na controle voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken tussen beide groepen). De

vetgedrukte significant RRR's in de onderste rij variëren van 1,95 tot 1,48. Deze RRR's verschillen niet significant van elkaar tussen de eerstelijn en tweedelijns GGZ. Dit betekent dat er niet meer zorg in de tweedelijns GGZ dan in de eerstelijn werd verkregen. Of anders gezegd: mensen met een psychische stoornis en een bijkomende lichamelijke aandoening hebben een grotere kans op zowel tweedelijns GGZ als eerstelijnszorg.

**Tabel 2.1 Lichamelijke comorbiditeit als voorspeller van zorggebruik bij psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, in relatieve risk ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)*. Referentiecategorie: geen zorg. (Bron: NEMESIS, meetperiode: 1996)**

| | | **Zorggebruik vanwege psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Uitsluitend eerstelijnszorg (n=515) | | Tweedelijns GGZ (n=437) | |
| | | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | % | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) |
| *Stemmingsstoornis (n=573)** | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 54,5 | 1,48 (0,95 – 2,29) | 1,29 (0,82 – 2,05) | 1,17 (0,78 – 1,75) | 1,19 (0,77 – 1,85) |
| Zonder lichamelijke aandoening | 45,5 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Angststoornis (n=912)** | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 53,2 | **1,84 (1,27 – 2,67)** | **1,75 (1,19 – 2,59)** | 1,41 (0,98 – 2,05) | **1,58 (1,07 – 2,34)** |
| Zonder lichamelijke aandoening | 46,8 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Middelenstoornis (n=533)** | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 63,5 | 1,50 (0,77 – 2,92) | 1,07 (0,49 – 2,33) | **2,49 (1,40 – 4,40)** | **2,15 (1,14 – 4,06)** |
| Zonder lichamelijke aandoening | 36,5 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Enigerlei psychische stoornis (n=1.613)* | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 52,4 | **1,95 (1,46 – 2,60)** | **1,58 (1,16 – 2,14)** | **1,59 (1,19 – 2,13)** | **1,48 (1,08 – 2,02)** |
| Zonder lichamelijke aandoening | 47,6 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante relatieve risk ratio's zijn vet gedrukt.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

### 2.2.1 Stemmings-, angst- en middelenstoornissen

Uit Tabel 2.1 volgt dat de resultaten voor mensen met stemmings-, angst- en middelenstoornissen er als volgt uitzien:

***Stemmingsstoornissen***

Geen van de RRR's in de bovenste rij van Tabel 2.1 zijn vetgedrukt. Dit betekent dat mensen met een stemmingsstoornis én een bijkomende lichamelijke aandoening géén verhoogde kans op eerstelijnszorg (RRR=1,48 en RRR=1,29) of tweedelijns GGZ (RRR=1,17 en RRR=1,19) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een stemmingsstoornis (ook na controle voor sociaaldemografische kenmerken en het hebben van een bijkomende angststoornis, middelenstoornis). Dit betekent dat mensen met een stemmingsstoornis én een lichamelijke aandoening niet significant vaker worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ dan mensen met een stemmingsstoornis en zonder bijkomende lichamelijke aandoening.

***Angststoornissen***

Drie van de vier RRR's in de tweede rij van Tabel 2.1 zijn vetgedrukt. Dit betekent dat mensen met een angststoornis én een bijkomende lichamelijke aandoening een verhoogde kans hebben op zowel eerstelijnszorg (RRR=1,84 en RRR=1,75) als tweedelijns GGZ (RRR=1,58) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een angststoornis (ook na controle voor sociaaldemografische kenmerken en het hebben van stemmings- en middelenstoornis).

***Middelenstoornissen***

Twee van de vier RRR's in de derde rij van Tabel 2.1 zijn vetgedrukt. Dit betekent dat mensen met een middelenstoornis én bijkomende lichamelijke aandoeningen een verhoogde kans op tweedelijns GGZ hebben (RRR=2,49 en RRR=2,15), vergeleken met mensen met uitsluitend een middelenstoornis (ook na controle voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken en het hebben van stemmings- en angststoornis). Mensen met een middelenstoornis én bijkomende lichamelijke aandoeningen hebben geen verhoogde kans op eerstelijnszorg (RRR=1,50 en RRR=1,07).

De verbanden blijven hetzelfde als gecontroleerd werd voor de beide andere hoofdgroepen van psychische stoornissen (niet in tabel). Zo hadden mensen met bijvoorbeeld een angststoornis én een lichamelijke aandoening een 1,7 keer zo grote kans op tweedelijns GGZ vergeleken met degenen met alleen een angststoornis, na controle voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken en de aanwezigheid van stemmingsstoornissen en middelenstoornissen tussen beide groepen. Voor al de verbanden in Tabel 2.1 blijkt dat de kansen om in zorg te komen tussen beide sectoren niet significant van elkaar verschilden. Dit betekent dat de co-morbide groep niet vaker bleef hangen in de minder gespecialiseerde zorg of dat zij sneller doorstroomde naar de GGZ.

### 2.2.2 Resultaten per psychische stoornis

In Tabel 2.2 worden de resultaten per psychische stoornis weergegeven. Alleen als er een significant resultaat per stoornis was, is deze weergegeven. Wat opvalt in Tabel 2.2. is dat mensen met agorafobie/ specifieke fobie/ alcoholstoornis, in combinatie met een lichamelijke aandoening, een verhoogde kans op tweedelijns GGZ hebben, terwijl dat niet geldt voor mensen met andere psychische stoornissen in combinatie met een lichamelijke aandoening.

**Tabel 2.2 Lichamelijke comorbiditeit als voorspeller van zorggebruik bij psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, in relatieve risk ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)*. Referentiecategorie: geen zorg. (Bron: NEMESIS, meetperiode: 1996)**

| | | **Zorggebruik vanwege psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Uitsluitend eerstelijnszorg (n=515) | | Tweedelijns GGZ (n=437) | |
| | | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | % | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) |
| *Specifieke fobie (n=518)* | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 54,9 | **2,36 (1,36 – 4,12)** | **2,10 (1,17 – 3,74)** | **1,69 (1,02 – 2,80)** | **2,09 (1,22 – 3,59)** |
| Zonder lichamelijke aandoening | 45,1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Agorafobie (n=116)* | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 60,2 | 0,84 (0,33 – 2,14) | 1,29 (0,48 – 3,49) | 2,19 (0,80 – 6,05) | **4,22 (1,32 –13,45)** |
| Zonder lichamelijke aandoening | 39,8 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Alcoholstoornis (n=491)* | | | | | |
| Met lichamelijke aandoening | 35,4 | 1,76 (0,88 – 3,54) | 1,32 (0,60 – 2,90) | **1,93 (1,02 – 3,67)** | 1,79 (0,88 – 3,63) |
| Zonder lichamelijke aandoening | 64,6 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante relatieve risk ratio's zijn vet gedrukt.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

***Stemmingsstoornissen***

Mensen met een depressie, dysthymie of bipolaire stoornis én een lichamelijke aandoening hebben géén verhoogde kans op eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met uitsluitend een depressie, dysthymie of bipolaire stoornis. Deze niet significante resultaten staan daarom niet vermeld in Tabel 2.2.

***Angststoornissen***

Uit Tabel 2.2 volgt dat mensen met een *specifieke fobie* (zoals angst voor onweer, dieren, bloed en om alleen te zijn) én een lichamelijke aandoening (zoals migraine of ernstige darmstoornissen) een verhoogde kans op eerstelijnszorg (RRR=2,36 en RRR=2,10) en tweedelijns GGZ (RRR=1,69 en RRR=2,09) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een specifieke fobie. Uit Tabel 2.2 volgt ook dat mensen met *agorafobie* én een bijkomende lichamelijke aandoening, een verhoogde kans op tweedelijns GGZ (RRR=4,22) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend agorafobie (na controle voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken).

Mensen met *andere angststoornissen* (zoals een paniekstoornis, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, of een gegeneraliseerde angststoornis) én een bijkomende lichamelijke aandoening hebben géén verhoogde kans hebben op eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met uitsluitend andere angststoornissen. Deze niet significante resultaten staan niet vermeld in Tabel 2.2.

***Middelenstoornissen***

Uit Tabel 2.2 volgt verder dat mensen met een alcoholstoornis én een lichamelijke aandoening, een verhoogde kans op tweedelijns GGZ (RRR=1,93) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een alcoholstoornis.

Mensen met een drugsstoornis én bijkomende lichamelijke aandoeningen hebben géén verhoogde kans op eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ. Deze niet significante resultaten staan niet vermeld in Tabel 2.2.

### 2.2.3 Resultaten per lichamelijke aandoening

In Tabel 2.3 worden nu de resultaten per individuele lichamelijke aandoening gepresenteerd. Alleen als er een significant resultaat per specifieke combinatie van psychische stoornis en lichamelijke aandoening was, is deze weergegeven. Wat in Tabel 2.3 opvalt is dat mensen met een stemmingsstoornis, of een angststoornis, of een middelenstoornis in combinatie met spijsverteringsproblemen een verhoogde kans op tweedelijns GGZ hebben. Ook een angststoornis of een middelenstoornis in combinatie met chronische rugpijn geeft een verhoogde kans op tweedelijns GGZ. In het onderstaande wordt dit nader toegelicht.

**Tabel 2.3 Lichamelijke comorbiditeit als voorspeller van zorggebruik bij psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden, in relatieve risk ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)**. Referentiecategorie: geen zorg. (Bron: NEMESIS, meetperiode: 1996)**

| | | Zorggebruik vanwege psychische problemen | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Uitsluitend eerstelijnszorg (n=515) | | Tweedelijns GGZ (n=437) | |
| | | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | % | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) |
| *Stemmingsstoornis (n=573)* | | | | | |
| Met reuma | 10,6 | **2,18 (1,10 – 4,33)** | 1,91 (0,93 – 3,95) | **2,25 (1,15 – 4,38)** | **3,04 (1,48 – 6,26)** |
| Zonder reuma | 89,4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Stemmingsstoornis (n=573)* | | | | | |
| Met spijsverteringsproblemen | 8,1 | 1,13 (0,45 – 2,84) | 0,98 (0,37 – 2,58) | **2,96 (1,43 – 6,13)*** | **2,92 (1,39 – 6,10)*** |
| Zonder spijsverteringsproblemen | 91,2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Angststoornis (n=912)* | | | | | |
| Met chronische rugpijn | 13,0 | 1,42 (0,86 – 2,34) | 1,31 (0,79 – 2,16) | **1,91 (1,15 – 3,18)** | **2,14 (1,25 – 3,66)** |
| Zonder chronische rugpijn | 87,0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Angststoornis (n=912)* | | | | | |
| Met spijsverteringsproblemen | 7,1 | 1,21 (0,57 – 2,54) | 1,04 (0,48 – 2,28) | **3,20 (1,81 – 5,66)*** | **3,56 (1,97 – 6,45)*** |
| Zonder spijsverteringsproblemen | 92,9 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Middelenstoornis (n=533)* | | | | | |
| Met chronische rugpijn | 7,9 | 1,72 (0,52 – 5,64) | 1,40 (0,33 – 5,83) | **4,90 (2,13 – 11,30)** | **6,05 (2,32 – 15,78)** |
| Zonder chronische rugpijn | 92,1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Middelenstoornis (n=533)* | | | | | |
| Met hoge bloeddruk | 3,4 | **3,56 (1,09 – 11,64)** | 2,05 (0,47 – 8,85) | **3,72 (1,41 – 9,80)** | 3,46 (0,96 – 12,46) |
| Zonder hoge bloeddruk | 96,6 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Middelenstoornis (n=533)* | | | | | |
| Met spijsverteringsproblemen | 4,3 | 2,70 (0,81 – 8,93) | 1,79 (0,51 – 6,26) | **5,43 (2,23 – 13,23)** | **3,09 (1,21 – 7,90)** |
| Zonder spijsverteringsproblemen | 95,7 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante relatieve risk ratio's zijn vet gedrukt.*

**: Significant verschil tussen uitkomst voor eerstelijnszorg en GGZ.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

### *Stemmingsstoornissen*

Uit Tabel 2.3 volgt dat mensen met een stemmingsstoornis in combinatie met *reuma* een verhoogde kans op zowel eerstelijnszorg (RRR=2,18) als tweedelijns GGZ (RRR=2,25 en RRR=3,04) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een stemmingsstoornis.

Uit Tabel 2.3 volgt verder dat mensen met een stemmingsstoornis in combinatie met *spijsverteringsproblemen* een verhoogde kans op tweedelijns GGZ (RRR=2,96 en RRR=2,92) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een stemmingsstoornis. Dit betekent dat deze groep een grotere kans heeft om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGZ.

### *Angststoornissen*

Tabel 2.3 laat zien dat mensen met een angststoornis in combinatie met c*hronische rugpijn* een verhoogde kans op tweedelijns GGZ (RRR=1,91 en RRR=2,14) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend angststoornis.

Verder blijkt uit Tabel 2.3 dat mensen met een angststoornis in combinatie met *spijsverteringsproblemen,* in het bijzonder ernstige darmstoornissen, ook een verhoogde kans op tweedelijns GGZ (RRR=3,20 en RRR=3,56) hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend spijsverteringsproblemen. Dit betekent dat deze groep een grotere kans heeft om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGZ.

### *Middelenstoornissen*

Tot slot maakt Tabel 2.3 duidelijk dat mensen met een middelenstoornis in combinatie met *chronische rugpijn* (RRR=4,90 en RRR=6,05) of *hoge bloeddruk* (RRR=3,72) of *spijsverteringsproblemen* (RRR=5,43 en RRR=3,09)*,* in het bijzonder ernstige darmstoornissen, maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm, een verhoogde kans op tweedelijns GGZ hebben, vergeleken met mensen met uitsluitend een middelenstoornis. Daarnaast hebben mensen met een middelenstoornis in combinatie met *hoge bloeddruk* ook een verhoogde kans op eerstelijnszorg (RRR=3,56).

## 2.3 Discussie

### 2.3.1 Kracht en beperkingen van de studie

In deze studie is onderzocht in welke mate mensen met een psychische stoornis én een lichamelijke aandoening kans hebben op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ als ze last hebben van psychische problemen. Een betrouwbaar en valide meetinstrument (CIDI) is gebruikt om psychische stoornissen (stemmings-, angst- en middelenstoornissen) te meten.

*Representativiteit*

NEMESIS is een omvangrijk bevolkingsonderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders in de algemene bevolking. In de periode 1996-1999 werd NEMESIS-1 uitgevoerd. Momenteel voert het Trimbos-instituut NEMESIS-2 uit. Dit betekent dat in de nabije toekomst recente informatie beschikbaar zal komen over lichamelijke comorbiditeit als voorspeller van zorggebruik in de GGZ. Tot die tijd wordt gebruik gemaakt van NEMESIS-1. De NEMESIS-1 steekproef is representatief voor de volwassen Nederlandse bevolking.

Een aantal bevolkingsgroepen zijn echter ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn (zoals allochtonen), personen die langdurig in instellingen verblijven en dak- en thuislozen. Het is echter niet waarschijnlijk dat de ondervertegenwoordiging van deze groepen de resultaten heeft beïnvloed, aangezien deze groepen op bevolkingsniveau relatief klein in omvang zijn.

Volwassenen met een psychische stoornis hebben een iets hogere kans om niet aan de tweede en derde meting van NEMESIS-1 mee te doen (uitval). Er is echter geen reden om aan te nemen dat de uitvallers op een andere manier gebruik maken van zorgvoorzieningen voor psychische problemen dan degenen die wel deelnamen aan de tweede en derde meting.

*Zelfrapportage*

Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek, met name als registraties of medische dossiers niet voorhanden zijn (hoewel medische registraties of dossiers ook de nodige beperkingen hebben, zoals onjuiste of onvolledige gegevensaanlevering). Aan zelfrapportage kleeft echter een aantal bezwaren. Mensen kunnen bijvoorbeeld rapporteren dat ze een lichamelijke aandoening hebben, terwijl ze die in werkelijkheid niet hebben. Derhalve is in deze studie besloten om uitsluitend lichamelijke aandoeningen mee te nemen waarvoor mensen onder behandeling stonden van een arts of waarvoor zij medicatie gebruikten. De keuze om ons te richten op de meest voorkomende lichamelijke aandoeningen is gebaseerd op eerder onderzoek (Verdurmen e.a., 2006); dit onderzoek liet zien dat bij deze lichamelijke aandoeningen zelfrappportage-gegevens goed overeenkwamen met registratiegegevens (Verdurmen e.a., 2006).

*Verbanden*
Bij sommige verbanden op hoofdgroepniveau van een stemmings-, angst- of middelenstoornis of een lichamelijke aandoening waren de aantallen te klein om de veronderstelde relatie met zorggebruik te toetsen. Het uitblijven van een verband betekent niet echter per definitie dat deze niet bestaat, maar dat er geen evidentie voor gevonden is. In deze studie zijn mensen woonachtig in Nederland geïnterviewd. Huisartsen en GGZ-hulpverleners zijn niet ondervraagd. Dit betekent dat de vraag in hoeverre kenmerken van hulpverleners en kenmerken van huisartspraktijken/ GGZ-instellingen een verklaring kunnen bieden voor de gevonden resultaten niet kan worden beantwoord. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig.

### 2.3.2 Belangrijkste resultaten

➜ *Mensen met enigerlei psychische stoornis én een lichamelijke aandoening hebben een grotere kans op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis*
De veronderstelling dat huisartsen psychische klachten minder snel herkennen als mensen daarnaast last hebben van een lichamelijke aandoening (zie Smit, 2006), wordt in dit onderzoek niet bevestigd. In dit onderzoek werd gevonden dat een angststoornis (agorafobie, specifieke fobie) of een middelenstoornis (alcoholstoornis) sneller wordt herkend als iemand last heeft van een bijkomende lichamelijke aandoening (zoals chronische rugpijn, spijsverteringsproblemen), en dat als gevolg hiervan eerder overgegaan wordt tot behandeling in de eerstelijnszorg en/of de GGZ voor de psychische problemen. Een verklaring kan zijn dat mensen met een chronisch lichamelijke aandoening frequent bij de huisarts komen op jaarbasis en er dus op die manier meer kans/ gelegenheid is om psychische problematiek te herkennen. Opmerkelijk is wel dat mensen met een stemmingsstoornis en een lichamelijke aandoening geen verhoogde kans hebben op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ. Dit resultaat stemt overeen met eerder onderzoek (Nuyen, 2008). Vooral bij lichamelijke aandoeningen als diabetes en hartziekte wordt een depressie vaak niet herkend. Herkenning/ diagnose wordt onder andere bemoeilijkt door de overlap in symptomen tussen depressie en lichamelijke aandoeningen zoals diabetes/ hartziekte (zoals vermoeidheid, veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies) (zie ook: Ten Have e.a., 2007).

➜ *Vooral mensen met spijsverteringsproblemen of chronische rugpijn in combinatie met een angststoornis of een middelenstoornis hebben een verhoogde kans op tweedelijns GGZ*
Dat mensen met een angststoornis en chronische rugpijn vaker hulp ontvangen in de tweedelijns GGZ dan mensen met alleen een angststoornis, is mogelijk een gevolg van het feit dat deze combinatie de ernst van de psychische stoornis tot uitdrukking brengt, met als gevolg dat sneller overgegaan wordt tot behandeling in de tweedelijns GGZ. Chronische rugpijn kan immers een gevolg zijn van spannings- en angstklachten (Van 't Land e.a., in voorbereiding). Ook bij mensen met

een middelenstoornis kunnen lichamelijke aandoeningen, die een gevolg kunnen zijn van het overmatige middelengebruik (zoals chronische rugpijn, hoge bloeddruk en spijsverteringsproblemen), de ernst van de verslavingsproblematiek beter zichtbaar maken, zowel voor de patiënt als voor de arts, met als gevolg dat mogelijk sneller overgegaan wordt op doorverwijzing naar professionele hulpverlening. Ook een rol kan spelen dat de kennis van huisartsen over psychische co-morbiditeit verbeterd is (He e.a., 2008; Leue e.a., 2005), hetgeen de kans op doorverwijzing naar de tweedelijns GGZ zou kunnen vergroten. De andere gevonden verbanden zijn moeilijker te verklaren. Zo is niet direct duidelijk waarom mensen met een specifieke fobie én een lichamelijke aandoening een hogere kans hebben op zowel eerstelijnszorg als tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met alleen een specifieke fobie.

***Lacune in kennis***

➜ *Hoe beïnvloedt lichamelijke comorbiditeit de herkenning van psychische stoornissen?*
Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de vraag op welke manier het hebben van een lichamelijke aandoening naast een psychische stoornis van invloed is op de herkenning en behandeling van psychische problemen in de eerstelijnszorg en het algemeen ziekenhuis/ de tweedelijns somatische zorg. Is het inderdaad zo dat een lichamelijke aandoening de ernst van de psychische stoornis zichtbaarder maakt, of is het zo dat een psychische stoornis eenvoudigweg sneller wordt herkend bij mensen die vaker (door hun chronische lichamelijke klachten) bij de huisarts of in het ziekenhuis komen?

➜ *Meer initiatieven zijn nodig om de herkenning van depressieve stoornissen in de eerstelijn te vergroten*
De resultaten van dit onderzoek onderstrepen dat meer initiatieven nodig zijn om de herkenning van depressieve stoornissen in de eerstelijn te vergroten. Uit dit onderzoek blijkt immers dat mensen met een depressie en een bijkomende chronische lichamelijke aandoening een gelijke kans op tweedelijns GGZ hebben als mensen met uitsluitend een depressie. Dit is een opvallend resultaat, aangezien de comorbide groep een slechter beloop heeft en meer beperkingen ervaart dan de groep met uitsluitend een depressie (Bair e.a., 2003).

➜ *Meer onderzoek is nodig naar het effect van psychofarmaca op lichamelijke aandoeningen en het effect van medicatie bestemd voor lichamelijke aandoeningen op psychische klachten*
Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de vraag in welke mate de behandeling van psychische klachten bijdraagt aan de verlichting van lichamelijke klachten en omgekeerd. Recent onderzoek laat namelijk zien dat antidepressiva een positief effect hebben op de behandeling van reuma. Mensen met reuma ervaren door deze medicatie minder vaak pijn in hun gewrichten, zij functioneren beter en zij rapporteren minder vaak depressieve gevoelens (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2007).

# 3 Opvattingen ten aanzien van de GGZ

## 3.1 Inleiding[a]

Ondanks de goede toegankelijkheid van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, zijn er in Nederland nog steeds mensen met psychische stoornissen die relatief weinig in zorg zijn. Eerder onderzoek maakte duidelijk dat opvattingen (zoals 'ik dacht dat de klachten vanzelf over zouden gaan' en 'ik wilde het probleem zelf oplossen') het zoeken van professionele hulp in de weg zouden staan (Ten Have, 2004). In Nederland ontbreekt echter gedegen informatie over hoe er in de algemene bevolking wordt gedacht over de GGZ, in welke mate Nederland zich hierin onderscheidt van andere Europese landen en in welke mate opvattingen over de GGZ bepalend zijn bij het inschakelen van professionele hulp bij psychische stoornissen (Van 't Land e.a., 2008). Dit onderzoek[b] probeert in deze leemte te voorzien door antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen in Nederland en Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Spanje)?
2. Welke groepen hebben een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ?
3. Maken mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ hiervan vaker gebruik als ze last hebben van psychische problemen?

Bovenstaande onderzoeksvragen worden met behulp van analyses op het ESEMeD- bestand beantwoord (zie paragraaf 1.3 voor een beschrijving van de onderzoeksmethode).

## 3.2 Resultaten

Tabel 3.1 geeft antwoord op de eerste onderzoeksvraag: Wat zijn de opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen in Europa? Op de vraag 'Zou u naar een professionele hulpverlener gaan bij ernstige psychische problemen?', antwoordt 88,2 procent van de Spaanse en 80,5 procent van de Italiaanse respondenten 'waarschijnlijk' tot 'zeker wel'. In de andere landen ligt dit percentage

a Dit onderzoek is in samenwerking met het Fonds Psychische Gezondheid tot stand gekomen.

b Dit hoofdstuk is een bewerking van een artikel van M. ten Have, R. de Graaf, J. Ormel, G. Vilagut, V. Kovess, J. Alonso, en de ESEMeD/MHEDEA 2000 Onderzoekers (J. Alonso; H. Matschinger; S. Bernert; R. Bruffaerts; T.S. Brugha; G. de Girolamo; R. de Graaf; K. Demyttenaere; I. Gasquet; J.M. Haro; S.J. Katz; R.C. Kessler; V. Kovess; J.P. Lépine; J. Ormel; G. Vilagut).

aanzienlijk lager, variërend van 56,8 procent (België) tot 65,4 procent (Duitsland). Nederland neemt een middenpositie in (64,7 procent). Op de vraag 'zou u zich op uw gemak voelen als u met een hulpverlener over persoonlijke problemen zou praten?', antwoordt 73,0 procent van de Spaanse respondenten 'behoorlijk' tot 'erg op me gemak'. In de andere landen loopt dit uiteen van 43,4 procent (Duitsland) tot 67,5 procent (Nederland). Op de vraag 'zou u zich schamen als vrienden zouden weten dat u professionele hulp ging zoeken voor een emotioneel probleem?', antwoordt 90,3 procent van de Spaanse respondenten 'niet erg' tot 'helemaal niet erg'. In de andere landen ligt dit tussen 73,1 procent (Italië) en 81,5 procent (België). Nederland neemt met 80,0 procent wederom een middenpositie in. Respondenten zijn minder positief over de effectiviteit van professionele hulp voor psychische problemen. Alleen in Spanje is er een meerderheid (61,4 procent) die vindt dat professionele hulp 'aanzienlijk' of 'veel beter' is dan geen hulp. In Italië is dit 45,2 procent. In de andere landen varieert dit tussen 15,8 procent (Nederland) en 27,7 procent (Frankrijk).

**Tabel 3.1 Opvattingen ten aanzien van professionele hulp voor psychische problemen in zes Europese landen (N=8796), in percentages en gemiddelden (Bron: ESEMeD; Meetperiode: 2001-2003; Volwassenen ≥ 18 jaar).**

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

| | België (n=1043) | Frankrijk (n=1436) | Duitsland (n=1323) | Italië (n=1779) | Spanje (n=2121) | Nederland (n=1094) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % | % | % |
| Slechter dan of gelijk aan geen hulp | 34,3 | 38,9 | 36,5 | 23,6 | 19,1 | 45,6 |
| Een beetje beter dan geen hulp | 38,9 | 33,5 | 37,4 | 31,3 | 19,5 | 38,6 |
| Aanzienlijk beter dan geen hulp | 20,8 | 22,3 | 23,1 | 32,7 | 34,9 | 14,2 |
| Veel beter dan geen hulp | 6,0 | 5,4 | 3,0 | 12,5 | 26,5 | 1,6 |
| | Gemid-delde | Gemid-delde | Gemid-delde | Gemid-delde | Gemid-delde | Gemid-delde |
| *Index opvatting ten aanzien van GGZ (1-4)*[1] | 2,7[a] | 2,7[b] | 2,6[c] | 2,9[d] | 3,2[e] | 2,7[f] |

*1: Een hogere score op deze index, die loopt van 1 tot en met 4, duidt op een positievere opvatting ten aanzien van GGZ.*

*a, b en f verschillen significant van d; c verschilt significant van a, b en f; d verschilt significant van e.*

Bovengenoemde vier aspecten van iemands opvatting ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen worden uitgedrukt in de index 'opvatting ten aanzien van GGZ' (zie paragraaf 1.3.1 voor een technische toelichting). Hoe hoger de index-score (minimum=1; maximum=4; Cronbach's =0,63; gemiddelde=2,88; mediaan=3,00; sd=0,69; scheefheid=-0,34), hoe positiever de opvatting ten aanzien van de GGZ. Niet verrassend blijken de Spaanse respondenten het meest positief te oordelen over de GGZ (met een gemiddelde van 3,2 op een schaal van 1 tot 4), gevolgd door de Italianen (met een gemiddelde van 2,9) en daarna de Belgen, Fransen en Nederlanders (allen met een gemiddelde van 2,7). De Duitse respondenten blijken het minst positief te oordelen over de GGZ (met een gemiddelde van 2,6).

Tabel 3.2 geeft antwoord op de tweede onderzoeksvraag: Welke groepen hebben een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ? In Tabel 3.2 zijn de significante regressie coëfficiënten vet gedrukt. Uit Tabel 3.2 kan afgeleid worden dat mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ vaker vrouw zijn, in de leeftijd van 35-64 jaar zijn, woonachtig zijn met een partner, vaker een hoger inkomen hebben, en vaker woonachtig zijn in Spanje of Italië. Ze zijn ook vaker hoger opgeleid en minder vaak woonachtig op het platteland of in een dorp (alleen waren deze laatste twee kenmerken niet meer significant na controle voor alle andere variabelen in Tabel 3.2). De mensen die eerder met psychische problemen in aanraking zijn geweest, bijvoorbeeld omdat één of beide ouders psychische problemen hadden of omdat zijzelf eerder in zorg zijn geweest wegens psychische problemen, zijn ook vaker positief over de GGZ. Dat geldt ook voor mensen met een stemmingsstoornis, maar niet voor de mensen met een angststoornis. Mensen met een alcoholstoornis zijn minder snel geneigd om de GGZ in te schakelen bij psychische problemen, vergeleken met de mensen zonder alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.

**Tabel 3.2 Sociaaldemografische en klinische kenmerken als correlaten van opvatting ten aanzien van GGZ in zes Europese landen (N=8796), in percentages, regressiecoëfficiënten en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)*. (Bron: ESEMeD; Meetperiode: 2001-2003; Volwassenen ≥ 18 jaar).**

| | | **Positievere opvatting ten aanzien van GGZ** | |
|---|---|---|---|
| | % | Ongecorrigeerde regressie-coëfficiënt (95% BI) | Gecorrigeerde regressie- coëfficiënt[1] (95% BI) |
| *Sociaaldemografische kenmerken* | | | |
| Vrouw (ref.=man) | 51,8 | **0,10 (0,05 – 0,14)** | **0,09 (0,05 – 0,13)** |
| | | | |
| Leeftijd (in jaren) | | | |
| 18-24 | 11,4 | -0,04 (-0,12 – 0,05) | -0,02 (-0,11 – 0,07) |
| 25-34 | 18,4 | 0,07 (-0,00 – 0,14) | 0,06 (-0,02 – 0,14) |
| 35-44 | 19,6 | **0,11 (0,04 – 0,18)** | **0,10 (0,02 – 0,18)** |
| 45-54 | 16,0 | **0,13 (0,06 – 0,20)** | **0,11 (0,03 – 0,19)** |
| 54-64 | 14,0 | **0,08 (0,00 – 0,16)** | **0,08 (0,00 – 0,16)** |
| 65 of ouder | 20,6 | Ref. | Ref. |
| P for trend | | NS | NS |
| | | | |
| Tenminste 13 jaar opleiding (ref.=anders) | 34,6 | **0,05 (0,00 – 0,09)** | 0,01 (-0,04 – 0,05) |
| Woonachtig met partner (ref.=anders) | 66,8 | **0,08 (0,03 – 0,13)** | **0,05 (0,00 – 0,10)** |
| Betaald werk (ref.=anders) | 56,5 | 0,02 (-0,02 – 0,07) | 0,00 (-0,05 – 0,06) |
| | | | |
| Inkomen | | | |
| Laag | 19,0 | Ref. | Ref. |
| Laag-Midden | 32,1 | **0,09 (0,02 – 0,16)** | 0,06 (-0,00 – 0,12) |
| Hoog-Midden | 33,2 | **0,10 (0,04 – 0,16)** | **0,07 (0,01 – 0,13)** |
| Hoog | 15,7 | **0,15 (0,08 – 0,22)** | **0,11 (0,04 – 0,18)** |
| P for trend | | **<0,001** | **0,002** |
| | | | |
| Urbanisatiegraad van woonplaats | | | |
| Laag | 33,2 | **-0,07 (-0,13 – -0,01)** | -0,03 (-0,09 – 0,03) |
| Midden | 38,7 | 0,01 (-0,04 – 0,07) | 0,03 (-0,02 – 0,09) |
| Hoog | 28,1 | Ref. | Ref. |
| P for trend | | **0,011** | NS |

| | | Positievere opvatting ten aanzien van GGZ | |
|---|---|---|---|
| | % | Ongecorrigeerde regressie-coëfficiënt (95% BI) | Gecorrigeerde regressie- coëfficiënt[1] (95% BI) |
| Land[2] | | | |
| België | 3,8 | **-0,07 (-0,14 – -0,01)** | **-0,09 (-0,16 – -0,03)** |
| Frankrijk | 20,6 | **-0,09 (-0,13 – -0,04)** | **-0,09 (-0,14 – -0,04)** |
| Duitsland | 31,5 | **-0,20 (-0,24 – -0,16)** | **-0,19 (-0,23 – -0,15)** |
| Italië | 22,4 | **0,06 (0,02 – 0,10)** | **0,09 (0,05 – 0,13)** |
| Spanje | 15,6 | **0,43 (0,38 – 0,47)** | **0,45 (0,40 – 0,49)** |
| Nederland | 6,1 | **-0,13 (-0,17 – -0,08)** | **-0,16 (-0,20 – -0,11)** |
| *Klinische kenmerken* | | | |
| Stemmingsstoornis (ref.=nee) | 4,5 | **0,15 (0,08 – 0,21)** | **0,12 (0,04 – 0,20)** |
| Angststoornis (ref.=nee) | 7,9 | 0,03 (-0,05 – 0,11) | -0,02 (-0,10 – 0,07) |
| Alcoholstoornis (ref.=nee) | 0,7 | **-0,46 (-0,84 – -0,08)** | **-0,33 (-0,66 – -0,01)** |
| Eerdere psychische stoornis (ref.=nee) | 13,9 | 0,01 (-0,04 – 0,06) | -0,02 (-0,07 – 0,04) |
| Psychische rol beperkingen (ref.=nee) | 9,3 | 0,03 (-0,04 – 0,10) | -0,03 (-0,11 – 0,04) |
| Psychiatrische voorgeschiedenis ouder(s) (ref.=nee) | 9,3 | 0,06 (-0,00 – 0,13) | **0,07 (0,00 – 0,14)** |
| | | | |
| Eerder zorggebruik[3] | | | |
| Geen | 84,8 | Ref. | Ref. |
| Uitsluitend AGZ | 6,0 | **0,15 (0,07 – 0,23)** | **0,18 (0,10 – 0,26)** |
| GGZ | 9,2 | **0,24 (0,18 – 0,30)** | **0,26 (0,21 – 0,32)** |

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

*Ref. betekent referentie categorie.*

*NS betekent niet significant.*

*Significante coëfficiënten zijn in 'vet' weergegeven.*

*1: Gecorrigeerd voor alle variabelen in de tabel.*

*2: De referentie categorie is het algemeen gemiddelde; dat is het gemiddelde van alle zes landen tezamen.*

*3: Eerder zorggebruik is vastgesteld in de periode vóór de afgelopen 12 maanden.*

Tabel 3.3 geeft antwoord op de derde onderzoeksvraag: Maken mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ vaker gebruik van de geestelijke gezondheidszorg als ze last hebben van psychische problemen? Mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ hebben inderdaad een grotere kans om gebruik te maken van zorgvoorzieningen als ze last hebben van psychische problemen. De verhoogde kans op zorggebruik bleef significant en nam zelfs iets toe na controle voor

alle variabelen in Tabel 3.3, zoals het hebben van een stemmingsstoornis of een ouder met een psychiatrisch verleden.

**Tabel 3.3 Opvatting ten aanzien van GGZ als een correlaat van zorggebruik voor psychische problemen in zes Europese landen (N=8796), in relatieve risk ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)*. De referentie categorie is geen professionele hulp gezocht. (Bron: ESEMeD; Meetperiode: 2001-2003; Volwassenen > 18 jaar).**

| | **Zorggebruik voor psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Uitsluitend AGZ | | GGZ | |
| | Ongecorrigeerde RRR (95% BI) | Gecorrigeerde RRR (95% BI)[1] | Ongecorrigeerde RRR (95% BI) | Gecorrigeerde RRR (95% BI)[1] |
| Positievere opvatting ten aanzien van GGZ | **1,52 (1,16 – 1,99)** | **1,65 (1,23 – 2,20)** | **2,70 (2,10 – 3,48)** | **3,27 (2,39 – 4,48)** |
| | | | | |
| Land[2] | | | | |
| België | **1,64 (1,19 – 2,27)** | **1,68 (1,23 – 2,30)** | **1,35 (1,01 – 1,80)** | **1,45 (1,09 – 1,93)** |
| Frankrijk | **1,49 (1,08 – 2,06)** | 1,19 (0,84 – 1,69) | 1,18 (0,91 – 1,52) | 0,94 (0,72 – 1,23) |
| Duitsland | 0,97 (0,71 – 1,34) | 1,20 (0,87 – 1,67) | 1,01 (0,77 – 1,34) | **1,55 (1,12 – 2,16)** |
| Italië | **0,36 (0,26 – 0,51)** | **0,35 (0,24 – 0,50)** | **0,50 (0,36 – 0,69)** | **0,47 (0,33 – 0,67)** |
| Spanje | 0,81 (0,62 – 1,05) | 0,74 (0,55 – 1,01) | 0,85 (0,69 – 1,05) | **0,60 (0,46 – 0,78)** |
| Nederland | **1,43 (1,02 – 2,01)** | **1,60 (1,11 – 2,32)** | **1,46 (1,06 – 2,00)** | **1,68 (1,13 – 2,49)** |

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*
*Ref. betekent referentie categorie.*
*Significante relatieve risk ratio's zijn in 'vet' weergegeven.*
*1: Gecontroleerd voor sociaaldemografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleiding, partner status, betaald werk, inkomen, urbanisatiegraad van de woonplaats) en klinische kenmerken (12 maands stemmingsstoornis, 12 maands angststoornis, 12 maands alcoholstoornis, eerdere psychische stoornis, psychische rol beperkingen, psychiatrische voorgeschiedenis ouder(s)).*
*2: De referentie categorie is het algemeen gemiddelde; dat is het gemiddelde van alle zes landen tezamen.*

## 3.3 Discussie

### 3.3.1 Kracht en beperkingen van de studie

*Representativiteit*
Voor het eerst zijn op grote schaal in Europa de opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen in kaart gebracht, en is onderzocht in welke mate mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ vaker gebruik maken van zorgvoorzieningen voor psychische problemen. De steekproef van ESEMeD was representatief voor de algemene bevolking. Desalniettemin kan het toch zijn dat de non-respondenten verschilden van de respondenten wat betreft opvattingen ten aanzien van de GGZ en zorggebruik. Het is echter niet na te gaan hoe dit de resultaten kan hebben beïnvloed.

*Validiteit en betrouwbaarheid*
Iemands opvatting ten aanzien van de GGZ werd gemeten met vijf vragen, die gebaseerd waren op eerder onderzoek (Hornblow e.a., 1990; Meltzer e.a., 2000; Bijl & Ravelli, 2000; Wells e.a., 1994). Ondanks veelvuldig gebruik van deze vragen over de gehele wereld, zijn de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragen nog niet eenduidig vastgesteld. Een algemeen geldende standaard is nog niet beschikbaar voor het meten van opvattingen ten aanzien van DE GGZ. Momenteel voert het Trimbos-instituut NEMESIS-2 uit. In deze studie worden ook opvattingen ten aanzien van de GGZ gemeten. In de nabije toekomst zullen de resultaten openbaar worden.

*Vergelijkbaarheid*
Slechts enkele studies zijn gepubliceerd (Sareen e.a., 2007, Ten Have, 2004) die antwoord proberen te geven op de vraag 'Welke groepen een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ hebben' en 'in welke mate deze groepen daardoor vaker gebruik maken van zorgvoorzieningen voor hun psychische problemen'. De resultaten van deze studie kunnen echter moeilijk vergeleken worden met deze eerdere studies: enerzijds worden in eerdere studies verschillende definities van het begrip 'opvatting/attitude' gehanteerd, anderzijds werd geen representatieve steekproef getrokken uit de algemene bevolking in deze studies.

*Causaliteit*
De gevonden relatie tussen eerder zorggebruik en opvatting ten aanzien van de GGZ lijkt de hypothese te ondersteunen dat eerdere ervaring met de GGZ de meningsvorming over deze sector beïnvloedt; mensen die eerder in zorg zijn geweest wegens psychische problemen, oordelen positiever over de GGZ dan mensen die daar niet zijn geweest. Echter, op basis van de resultaten van deze studie kunnen geen uitspraken gedaan worden over de causale samenhang. Hiervoor zijn longitudinale studies nodig.

### 3.3.2 Belangrijkste resultaten

➜ *Merendeel van de ondervraagde Europeanen zegt professionele hulp te vragen als ze last zouden hebben van psychische problemen; het merendeel zegt zich hiervoor niet te schamen*

In ESEMeD zegt 72 procent 'waarschijnlijk' tot 'zeker' naar een professionele hulpverlener te gaan bij ernstige psychische problemen, 64 procent zou zich 'behoorlijk' tot 'zeer op hun gemak' voelen als ze met een hulpverlener over persoonlijke problemen zouden praten, en 81 procent zou zich 'niet' of 'helemaal niet schamen' als vrienden zouden weten dat ze professionele hulp gingen zoeken voor een emotioneel probleem. De respondenten oordelen beduidend minder positief over de effectiviteit van professionele hulp voor psychische problemen; eenderde geeft aan dat professionele hulp slechter dan of gelijk is aan geen hulp, en dat geldt zelfs voor 46 procent van de Nederlandse respondenten.

➜ *Spanjaarden en Italianen oordelen het meest positief over de geestelijke gezondheidszorg, Duitsers zijn het minst positief*

De opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor psychische problemen verschillen sterk tussen de zes Europese landen. De Spaanse en Italiaanse respondenten zijn het meest positief over de GGZ, terwijl de Duitsers het minst positief oordelen. De Nederlanders nemen met de Belgen en Fransen een middenpositie in. Het is moeilijk om deze verschillen te verklaren. Een mogelijke verklaring is dat Spanjaarden met ernstige psychische stoornissen vaker GGZ ontvangen, vergeleken met de gemiddelde Europeaan met dezelfde problematiek (Alonso e.a., 2007), waardoor zij mogelijk positiever oordelen over deze zorg. Omdat deze patiëntengroep relatief klein is, kan dit alleen maar een deel van de gevonden verschillen verklaren. Andere verklaringen kunnen meer cultureel bepaald zijn, zoals minder tot klagen geneigd zijn of meer sociaal wenselijke antwoorden geven.

➜ *Hoe positiever het oordeel over de geestelijke gezondheidszorg, hoe groter de kans dat mensen gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg als ze last hebben van psychische problemen*

Ondanks de Europese verschillen, bestaat er in alle zes onderzochte landen een significant verband tussen opvatting ten aanzien van de GGZ en zorggebruik; mensen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ maken vaker gebruik van de GGZ als ze last hebben van psychische problemen. Dit is in overeenstemming met twee van drie eerdere studies op dit gebied (Judd e.a., 2006; Vanheusden, 2007), en met studies die de redenen van mensen met een onvervulde hulpbehoefte onderzochten (Hornblow e.a., 1990; Meltzer e.a., 2000; Sareen e.a., 2007; Wells e.a., 1994). Deze studies vinden vooral attitude-gerelateerde redenen om geen professionele hulp in te schakelen bij mensen die wel aangaven hieraan behoefte te hebben, zoals: 1) Ik wilde mijn probleem alleen oplossen, 2) Ik dacht dat het probleem vanzelf zou overgaan, 3) Ik had geen vertrouwen in de hulpverlening waar ik naar toe zou moeten gaan, en 4) Ik dacht dat niemand mij kon helpen. Praktische redenen, zoals een gebrek aan tijd of geld, werden minder vaak genoemd.

➜ *Respondenten met de volgende kenmerken zijn het meest positief over de geestelijke gezondheidszorg: vrouwelijke respondenten, respondenten in de leeftijd van 35-64 jaar, respondenten woonachtig met partner, respondenten met een hoger inkomen, evenals respondenten die eerder in zorg zijn geweest voor psychische problemen of met psychische problemen in aanraking zijn geweest*

Groepen met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ hebben in alle onderzochte landen dezelfde kenmerken (Ten Have e.a., in druk); zij zijn vaker vrouw, in de leeftijd van 35-64 jaar, woonachtig met een partner en zij hebben vaker een hoger inkomen. In eerdere studies werd gevonden dat mensen die vroeger in zorg zijn geweest voor hun psychische problemen, een positieve opvatting hebben ten aanzien van de GGZ (Hatchet, 2006; Smith & Peck, 2002; Wang & Patten, 2007), en bij mensen die eerder met psychische problemen in aanraking zijn geweest (Rieder-Heller e.a., 2005; Shulman & Adams, 2002). Verder werd in eerder onderzoek gevonden dat vrouwen (Leong e.a., 1999; Mackenzie e.a., 2006) en volwassenen (Mackenzie e.a., 2006; Robb e.a., 2003) positiever oordelen over de GGZ. Een hogere opleiding is ook geassocieerd met een positieve opvatting ten aanzien van de GGZ (alleen in de univariate analyse). Dit is in overeenstemming met studies die vonden dat lager opgeleiden vaak minder tolerant zijn tegenover psychiatrische patiënten, vergeleken met hoger opgeleiden (Rieder-Heller e.a., 2005; Shulman & Adams, 2002).

➜ *Mensen met een alcoholstoornis zijn minder positief over de geestelijke gezondheidszorg*

Het onderhavige onderzoek maakt duidelijk dat mensen met een alcoholstoornis minder snel geneigd zijn om de GGZ in te schakelen bij psychische problemen, dan mensen zonder alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Respondenten met een alcoholstoornis zijn minder positief over de GGZ, vergeleken met degenen zonder alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Dit kan betekenen dat mensen met een alcoholstoornis zich minder op hun gemak voelen om met een hulpverlener over psychische problemen te praten, vooral als hun vrienden dit zouden weten, dat zij vinden dat zijzelf het beste hun problemen kunnen oplossen, dat ze ontkennen een probleem te hebben of dat ze minder op de hoogte zijn van de bestaande behandelingsmogelijkheden in de GGZ. Dit resultaat stemt overeen met de bevinding dat volwassenen met een alcoholstoornis minder vaak hulp zoeken voor hun psychische problemen in de eerstelijn, vergeleken mensen zonder alcoholprobleem (The ESEMeD/MHEDEA[c] 2000 investigators, 2004b; Ten Have e.a., 2004).

c The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) is een cross-sectionele studie naar de prevalentie van psychische stoornissen, de factoren die hiermee geassocieerd zijn, als ook het effect op kwaliteit van leven en het zorggebruik in zes Europese landen.

### *Implicaties*

➜ *Evidence-based werken*
Bijna één derde van de Europese respondenten beschouwt het inschakelen van de GGZ geen effectief middel om met psychische problemen om te gaan, en dat geldt ook voor Nederlanders. Dit is in lijn met eerdere studies op dit gebied (Jorm e.a., 2000; Angermeyer & Matsinger, 2005). Aanvullende beschrijvende analyses (niet opgenomen in een tabel) lieten zien dat respondenten met een vroegere zorgervaring sceptischer waren over de zorg vergeleken met actuele zorggebruikers: van beide groepen was 30 procent respectievelijk 19 procent van mening dat bij psychische problemen professionele zorg slechter was dan of gelijk was aan geen hulp. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten niet altijd de meest adequate zorg ontvangen. Zo laat een andere studie gebaseerd op ESEMeD-data zien dat de diagnose en behandeling van mensen met stemmings- en angststoornissen vaak suboptimaal is (Fernandez e.a., 2007). Deze bevindingen maken duidelijk dat de bestaande richtlijnen in de GGZ vaker gehanteerd zouden moeten worden. Zorgmanagers en hulpverleners moeten worden gestimuleerd om de effectief bevonden behandelingen ook daadwerkelijk toe te passen, en om lering te trekken uit ervaringen die patiënten in de zorg hebben opgedaan. Daarnaast is er meer onderzoek nodig om de effectiviteit van toegepaste behandelingen in de GGZ te bepalen, zodat in de toekomst uitsluitend evidence-based behandelingen worden aangewend.

➜ *Zichtbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg vergroten*
De GGZ heeft juist veel te bieden voor mensen met psychische problemen, gezien het beschikbaar zijn van evidence-based behandelingen voor specifieke psychische stoornissen. De bevindingen uit deze studie laten zien dat dit niet door iedereen wordt gezien, vooral de mensen zonder zorgervaring zijn sceptisch. Dit betekent dat er gerichte acties nodig zijn om de zichtbaarheid van en de bekendheid met de GGZ te vergroten. Dit kan met behulp van voorlichtingscampagnes om het algemene publiek te informeren over de bestaande behandelingen voor psychische problemen. Zo liet een Duitse campagne, die erop gericht was het publiek te informeren over de oorzaken en behandelmogelijkheden bij een depressie, matige maar wel positieve veranderingen in kennis zien (Hegerl e.a., 2003). E-mental Health kan mogelijk een positieve bijdrage leveren in de vorm van online informatie en advies over behandelingen en het aanbieden van online zelfhulpprogramma's met en zonder (minimale) begeleiding door een hulpverlener.

# 4 Ernst van de psychische stoornis

## 4.1 Inleiding

Op dit moment ontbreekt in Nederland inzicht in hoeverre het type en de omvang van het hulpaanbod is afgestemd op de ernst van de psychische stoornis (Van 't Land e.a., 2008). Om in deze leemte te voorzien, wordt in dit onderzoek antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

1. Maken mensen met een ernstige depressie vaker gebruik van de tweedelijns GGZ vergeleken met mensen met een mildere vorm van depressie?
2. Is het zo dat mensen met een ernstige depressie meer zorg ontvangen, vergeleken met mensen met een mildere vorm van depressie (aantallen contacten, medicatie)?
3. Hoeveel procent van de mensen met een psychische stoornis ontvangt hiervoor zorg in de tweedelijns GGZ? Hoeveel procent van de mensen met milde psychische klachten, bij wie de psychische klacht niet ernstig genoeg is om te spreken van een psychische stoornis, ontvangt zorg in de tweedelijns GGZ voor psychische en emotionele problemen? Wat is hiervoor de verklaring?

## 4.2 Resultaten

### 4.2.1 Samenhang tussen ernst van de depressie en zorggebruik

Tabel 4.1 laat zien dat de ernst van de depressie (subklinisch, licht, matig, ernstig) bepaalt in welke mate mensen met depressieve symptomen professionele hulp hiervoor ontvangen. Mensen met een subklinische of lichte depressie ontvangen vaker niet dan wel professionele hulp; zo zoekt 60,8 procent van de mensen met een lichte depressie geen hulp, terwijl 23,4 procent zorg ontvangt in de eerstelijn en 15,8 procent in de tweedelijns GGZ. Mensen met een matige of ernstige depressie daarentegen ontvangen vaker wél dan geen professionele hulp; zo ontvangt 39,7 procent zorg in eerstelijn en 40,9 procent in de tweedelijns GGZ. Opvallend resultaat is dat maar liefst 19,4 procent van de mensen met een ernstige depressie geen hulp hiervoor gekregen heeft.

**Tabel 4.1 Ernst van de depressie en zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (N=925), in rijpercentages (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997)**

| | Geen zorg n=596 | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | GGZ n=123 | Totaal |
|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % |
| *Ernst van de depressie* | | | | |
| Subklinisch | 75,3 | 16,9 | 7,8 | 100 |
| Licht | 60,8 | 23,4 | 15,8 | 100 |
| Matig | 29,3 | 36,0 | 34,7 | 100 |
| Ernstig | 19,4 | 39,7 | 40,9 | 100 |

In Tabel 4.2 wordt een typering gegeven van mensen met depressieve symptomen die respectievelijk geen zorg ontvangen, eerstelijnszorg of tweedelijns GGZ ontvangen. Van de mensen met depressieve symptomen die zorg ontvangen in de tweedelijns GGZ, heeft iets meer dan de helft (54,3 procent) een subklinische of een lichte depressie, eenvijfde een matige depressie en slechts een kwart een ernstige depressie. De GGZ wordt dus bevolkt door mensen met relatief milde depressieve klachten. Een verklaring hiervoor is dat de groep mensen met een subklinische of lichte depressie absoluut gezien omvangrijker is dan de groep mensen met een ernstige depressie; van de volwassenen in de Nederlandse bevolking met depressieve symptomen heeft op jaarbasis 75,3 procent een subklinische depressie tegenover 8,1 procent een ernstige depressie (niet in tabel).

**Tabel 4.2 Een typering van zorggebruikers met depressieve symptomen in de afgelopen 12 maanden (N=925), in kolompercentages (Bron: NEMESIS-I; Meetperiode: 1997)**

| | Geen zorg n=596 | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | GGZ n=123 |
|---|---|---|---|
| | % | % | % |
| *Ernst van de depressie* | | | |
| Subklinisch | 86,1 | 61,0 | 44,1 |
| Licht | 8,0 | 9,7 | 10,2 |
| Matig | 3,5 | 13,8 | 20,8 |
| Ernstig | 2,4 | 15,5 | 24,9 |
| Totaal | 100 | 100 | 100 |

Statistische analyses bevestigen dit beeld (zie Tabel 4.3). Uit Tabel 4.3 kan afgeleid worden dat de ernst van de stoornis bepalend is voor de mate waarin mensen met depressieve symptomen professionele hulp ontvangen. Mensen met een ernstige depressie hebben

9 keer meer kans op eerstelijnszorg dan om geen zorg te gebruiken, en ruim 20 keer meer kans op tweedelijns GGZ dan mensen met een subklinische depressie. Wanneer gecorrigeerd wordt voor lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken, dan is dit verschil nog groter; mensen met een ernstige depressie hebben dan maar liefst 11 keer meer kans op eerstelijnszorg dan om geen zorg te gebruiken, en ruim 27 keer meer kans op tweedelijns GGZ dan mensen met een subklinische depressie.

**Tabel 4.3 Ernst van de depressie als voorspeller van zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (N=925), in Relatieve Risk Ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)*. Referentiecategorie is geen zorg gebruikt (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Zorggebruik vanwege psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | | GGZ n=123 | |
| | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) | RRR (95% BI) |
| *Ernst van de depressie* | | | | |
| Subklinisch | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Licht | 1,72 (0,97 – 3,03) | **2,01 (1,10 – 3,65)** | **2,51 (1,24 – 5,06)** | **3,52 (1,64 – 7,54)** |
| Matig | **5,48 (2,94 – 10,20)** | **6,24 (3,22 – 12,08)** | **11,42 (5,84 – 22,31)** | **15,75 (7,65 – 32,46)** |
| Ernstig | **9,11 (4,54 – 18,29)** | **10,87 (5,29 – 22,35)** | **20,31 (9,79 – 42,12)** | **27,41 (11,65 – 64,48)** |
| *P for trend* | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante relatieve risk ratio's en p-waarden zijn vet gedrukt.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

In Tabel 4.4 wordt de samenhang tussen de ernst van de depressie en het gemiddeld aantal contacten in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ weergegeven. Uit Tabel 4.4. kan worden afgeleid dat er geen samenhang bestaat tussen de ernst van de depressieve symptomen en het aantal contacten dat mensen in de eerstelijn ontvangen; zo

ontvangen mensen met een lichte depressie gemiddeld 4,2 contacten in de eerstelijn, tegenover gemiddeld 5,5 contacten bij mensen met een ernstige depressie. Echter, in de tweedelijns GGZ hangt de ernst van de depressie wel degelijk samen met het aantal contacten; zo ontvangen mensen met een lichte depressie gemiddeld 9,8 contacten in de tweedelijns GGZ, tegenover gemiddeld 21,1 contacten bij mensen met een ernstige depressie.

**Tabel 4.4 Ontvangen aantal contacten vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen bij zorggebruikers met depressieve symptomen (N=329), in gemiddelden en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI) (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Aantal ontvangen contacten vanwege psychische problemen** | |
|---|---|---|
| | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | GGZ n=123 |
| | gemiddelde (95% BI) | gemiddelde (95% BI) |
| *Ernst van de depressie* | | |
| Subklinisch | 5,5 (4,2 – 6,7) | 14,4 (10,9 – 18,0) |
| Licht | 4,2 (2,7 – 5,7) | 9,8 (7,0 – 12,5) |
| Matig | 6,9 (5,1 – 8,7) | 20,8 (13,1 – 28,5) |
| Ernstig | 5,5 (4,2 – 6,8) | 21,1 (14,5 – 27,6) |

Statistische analyses bevestigen dit beeld (zie Tabel 4.5). De ernst van de depressie blijkt van invloed op het aantal contacten dat mensen ontvangen in de tweedelijns GGZ; naarmate mensen een ernstigere depressie hebben, ontvangen zij gemiddeld meer contacten in de tweedelijns GGZ. Wanneer gecorrigeerd wordt voor lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken, dan wordt dit verschil nog groter; dan hebben mensen met een ernstige depressie ruim 1,5 keer meer contacten in de tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met een subklinische depressie.

**Tabel 4.5 Ernst van de depressie als voorspeller van het aantal contacten vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen na het eerste zorgcontact in de eerstelijn en GGZ (N=329), in Incidence Risk Ratio's (IRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)* (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Aantal hulpverlenende gesprekken vanwege psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | | GGZ n=123 | |
| | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | IRR (95% BI) | IRR (95% BI) | IRR (95% BI) | IRR (95% BI) |
| *Ernst van de depressie* | | | | |
| Subklinisch | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Licht | 0,71 (0,41 – 1,23) | 0,69 (0,38 – 1,23) | **0,65 (0,43 – 0,98)** | 0,94 (0,59 – 1,48) |
| Matig | 1,31 (0,87 – 1,99) | 1,53 (0,97 – 2,40) | 1,47 (0,92 – 2,36) | 1,56 (0,97 – 2,51) |
| Ernstig | 1,00 (0,68 – 1,49) | 1,29 (0,80 – 2,08) | 1,49 (0,98 – 2,27) | **1,65 (1,02 – 2,68)** |
| *P for trend* | *NS* | *NS* | 0,03 | 0,02 |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante incidence rate ratio's en p-waarden zijn vet gedrukt.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

Tabel 4.6 geeft de samenhang weer tussen de ernst van de depressie en of medicatie wordt ontvangen in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ. In de eerstelijn lijkt de ernst van de depressieve symptomen samen te hangen met het ontvangen van medicatie; zo krijgt 52,1 procent van de mensen met een subklinische depressie in de eerstelijn medicatie voorgeschreven, tegenover 74,6 procent van de mensen met een ernstige depressie. In de tweedelijns GGZ wordt eenzelfde samenhang gevonden; daar ontvangt 28 procent van de mensen met een subklinische depressie medicatie, tegenover 49,4 procent van de mensen met een ernstige depressie. Wat opvalt is dat het medicatiegebruik in de eerstelijn hoger is dan in de tweedelijns GGZ. Aanvullende analyses (niet in tabel) maken duidelijk dat in de eerstelijn vaker pijnstillers, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen voorgeschreven worden aan mensen met depressieve symptomen dan in de tweedelijns GGZ. Mogelijk betreft het voornamelijk (oudere) mensen die geen behoefte hebben

aan antidepressiva of bij wie de huisarts terughoudender is om antidepressiva voor te schrijven, maar die wel medicatie willen hebben voor hun klachten.

**Tabel 4.6 Ontvangen medicatie vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen bij zorggebruikers met depressieve symptomen (N=329), in rijpercentages (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Medicatie ontvangen vanwege psychische problemen** | |
|---|---|---|
| | Uitsluitend eerstelijnszorg<br>n=206 | GGZ<br>n=123 |
| | % | % |
| *Ernst van de depressie* | | |
| Subklinisch | 52,1 | 28,0 |
| Licht | 58,9 | 19,3 |
| Matig | 65,3 | 48,0 |
| Ernstig | 74,6 | 49,4 |

Statistische analyses bevestigen bovenstaand beeld (zie Tabel 4.7). De ernst van de depressie hangt inderdaad samen met medicatiegebruik. Dat is vooral in de eerstelijn het geval; in de eerstelijn hebben mensen met een ernstige depressie een 2,5 keer zo grote kans om medicatie voorgeschreven te krijgen dan mensen met een subklinische depressie. Wanneer gecorrigeerd wordt voor lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken, dan is dit verschil nog groter. Hoewel de ernst van de depressie ook in de tweedelijns GGZ samenhangt met medicatiegebruik, blijkt deze relatie niet significant na correctie voor lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken.

**Tabel 4.7 Ernst van de depressie als voorspeller van het ontvangen van medicatie vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen binnen de eerstelijn en GGZ (N=329), in Odds Ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)* (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Medicatie ontvangen vanwege psychische problemen** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Uitsluitend eerstelijnszorg n=206 | | GGZ n=123 | |
| | 1[a] | 2[b] | 1[a] | 2[b] |
| | OR (95% BI) | OR (95% BI)[1] | OR (95% BI) | OR (95% BI)[1] |
| *Ernst van de depressie* | | | | |
| Subklinisch | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Licht | 1,32 (0,49 – 3,54) | 2,06 (0,66 – 6,44) | 0,61 (0,14 – 2,65) | 0,53 (0,07 – 4,12) |
| Matig | 1,73 (0,73 – 4,10) | 2,15 (0,84 – 5,49) | 2,37 (0,85 – 6,62) | 1,83 (0,52 – 6,43) |
| Ernstig | **2,71 (1,04 – 7,04)** | **7,71 (2,60 – 22,90)** | 2,51 (0,94 – 6,72) | 1,81 (0,52 – 6,28) |
| *P for trend* | 0,02 | <0,01 | 0,03 | *NS* |

*1[a]: Niet gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken*

*2[b]: Gecorrigeerd voor verschillen in aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, andere psychische stoornissen en sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, woonsituatie, werksituatie, urbanisatiegraad).*

*Significante odds ratio's en p-waarden zijn vet gedrukt.*

** Een betrouwbaarheidsinterval (95% BI) geeft het gebied aan waarbinnen de werkelijke waarde ligt. Meestal wordt een waarschijnlijkheid van 95% gebruikt. Het betrouwbaarheidsinterval zegt iets over de nauwkeurigheid van de gevonden waarden. De onder- en bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval worden de nauwkeurigheidsmarges of betrouwbaarheidsgrenzen genoemd. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger is de schatting. Hoe groter de steekproef, des te smaller is het betrouwbaarheidsinterval.*

### 4.2.2 Zorggebruik van mensen met psychische stoornis en van mensen met milde psychische klachten

Internationaal gezien ziet de toegang van de zorg er in Nederland voor mensen met psychische stoornissen redelijk goed uit (Kovess-Masfety e.a., 2007). In Nederland ontvangen bijvoorbeeld meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de ons omringende Europese landen. Hoe ernstiger, complexer of gevaarlijker de psychische symptomen zijn, hoe groter de kans dat iemand zorg ontvangt voor psychische problemen. Mensen met een stemmingsstoornis komen in Nederland relatief veel in zorg; bijna de helft komt op jaarbasis in contact met de huisarts (Bijl & Ravelli, 2000). Maar liefst 71 procent van de Nederlanders die ooit in hun leven een stemmingsstoornis had, zegt hiervoor enigerlei vorm van zorg te hebben ontvangen (Kovess-Masfety e.a., 2007). Internationaal gezien lijkt de drempel om hulp te zoeken in Nederland laag (Wang e.a., 2007).

Geschat wordt dat in Nederland tweederde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor op jaarbasis geen vorm van professionele zorg ontvangt (Tabel 4.8). In de ons omringende Europese landen ligt dit percentage nog iets hoger. De conclusie dat er in Nederland op grote schaal sprake zou zijn van onderbehandeling is echter te kort door de bocht, want lang niet iedereen met een psychische stoornis heeft behoefte aan zorg of heeft zorg nodig. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 50 procent van de mensen met een ernstige depressie binnen drie maanden spontaan hertstelt (Spijker, 2002). Ook zijn er mensen met een psychische stoornis die redelijk tot goed kunnen functioneren en eigenlijk geen professionele hulp nodig hebben. Waarom de ene persoon met een psychische stoornis wél zorg ontvangt en de andere niet, blijkt afhankelijk van diverse factoren, zoals de complexiteit en de ernst van de stoornis, de beperkingen die iemand in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van een psychische stoornis en/of het tekort dat iemand ervaart aan sociale hulpbronnen (Ten Have, 2004).

Het merendeel van de mensen met milde psychische klachten, maar bij wie de psychische klachten niet ernstig genoeg zijn om te spreken van een psychische stoornis, ontvangt hiervoor geen professionele zorg (95 procent) (Tabel 4.8). Slechts 1,3 procent ontvangt zorg in de tweedelijns GGZ.

**Tabel 4.8 Zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (N=5618), in rijpercentages (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | Geen zorg n=5016 | Uitsluitend eerstelijnszorg n=388 | GGZ n=214 | Totaal |
|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % |
| Met psychische stoornis | 64,6 | 18,9 | 16,5 | 100 |
| Met milde psychische klachten | 94,7 | 4,0 | 1,3 | 100 |

In Tabel 4.9 wordt een typering gegeven van mensen met psychische problemen die zorg ontvangen in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ. Tabel 4.9 laat zien dat in de eerstelijn 53,2 procent milde psychische klachten heeft, tegenover 46,8 procent met een psychische stoornis. Het aandeel dat last heeft van een psychische stoornis is groter in de tweedelijns GGZ (70,2 procent heeft een psychische stoornis tegenover 29,8 procent dat milde psychische klachten heeft).

**Tabel 4.9 Een typering van zorggebruik naar psychische stoornis/psychische klachten in de afgelopen 12 maanden (N=5618), in kolompercentages (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | Geen zorg n=5016 | Uitsluitend eerstelijnszorg n=388 | GGZ n=214 |
|---|---|---|---|
| | % | % | % |
| Met psychische stoornis | 11,3 | 46,8 | 70,2 |
| Met milde psychische klachten | 88,7 | 53,2 | 29,8 |
| Totaal | 100 | 100 | 100 |

Mensen met milde psychische klachten, die gebruik maken van professionele zorg, blijken veelal eerder in het leven last te hebben gehad van een psychische stoornis of psychische of sociale beperkingen. Tabel 4.10 laat zien dat iets meer dan de helft van hen eerder in het leven een psychische stoornis heeft gehad (28,5 procent had een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden en 22,9 procent in de periode daarvoor). In de tweedelijns GGZ is dit percentage nog hoger; 57,8 procent had ofwel in de afgelopen 12 maanden ofwel in de periode daarvoor een psychische stoornis. Iets meer dan de helft (56,2 procent) heeft ook last van psychische of sociale beperkingen als gevolg van hun psychische problemen; binnen de tweedelijns GGZ heeft bijna tweederde van deze groep hier last van (62,8 procent). Maar liefst 72,5 procent van de mensen met milde psychische klachten, die professionele zorg hiervoor ontvangt, had ooit eerder in het leven ofwel last van een psychische stoornis, ofwel last van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide last in de periode voorafgaand aan het zorggebruik; in de GGZ is dit percentage nog hoger (81,0 procent) dan in de eerstelijnszorg (69,7 procent). Dit betekent dat slechts een klein deel van de zorggebruikers met milde psychische klachten, die hiervoor professionele zorg ontvangt, "onbelast" is en nooit eerder in het leven een psychische stoornis en psychische of sociale beperkingen heeft gehad. Deze "onbelaste" groep is klein in omvang (slechts 5,7 procent in de tweedelijns GGZ).

**Tabel 4.10 Aanwezigheid van eerdere psychische stoornissen en/of psychische of sociale beperkingen onder zorggebruikers met milde psychische klachten (N=273), in kolompercentages (Bron: NEMESIS-1; Meetperiode: 1997).**

| | **Zorggebruik vanwege psychische problemen** | | |
|---|---|---|---|
| | Totaal<br>N=273 | Uitsluitend eerstelijnszorg<br>n=208 | GGZ<br>n=65 |
| | % | % | % |
| *Met milde psychische klachten* | | | |
| Wel psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden | 28,5 | 23,5 | 43,7 |
| Geen psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden maar wel in de periode daarvoor | 22,9 | 25,8 | 14,1 |
| Geen psychische stoornis zowel in de afgelopen 12 maanden als in de periode daarvoor | 48,6 | 50,7 | 42,2 |
| *Met milde psychische klachten* | | | |
| Zowel psychische als sociale beperkingen | 19,6 | 17,4 | 26,3 |
| Alleen psychische beperkingen | 5,0 | 5,3 | 4,0 |
| Alleen sociale beperkingen | 31,6 | 31,3 | 32,5 |
| Noch psychische noch sociale beperkingen | 43,8 | 46,0 | 37,2 |
| *Met milde psychische klachten* | | | |
| Zowel eerdere psychische stoornis als psychische of sociale beperkingen | 35,1 | 33,6 | 39,7 |
| Alleen psychische stoornis | 16,3 | 15,7 | 18,2 |
| Alleen psychische of sociale beperkingen | 21,1 | 20,4 | 23,1 |
| Noch eerdere psychische stoornis noch psychische of sociale beperkingen | 27,5 | 30,3 | 19,0 |

## 4.3 Discussie

### 4.3.1 Kracht en beperkingen van de studie

Dit is de eerste Nederlandse bevolkingsstudie waarin het type en de omvang van het hulpaanbod voor psychische problemen gerelateerd is aan de ernst van de psychische stoornis. De studie maakte gebruik van gegevens uit NEMESIS-1. De studie heeft een aantal beperkingen.

*Representativiteit*

NEMESIS-1 werd in de jaren 1996-1999 uitgevoerd. Het betrof een longitudinale studie, bestaande uit drie metingen bij een representatieve steekproef van volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar. Hoewel de steekproef in grote lijnen representatief is voor de volwassen Nederlandse bevolking, zijn enkele bevolkingsgroepen ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven, en dak- en thuislozen. Het is niet waarschijnlijk dat deze ondervertegenwoordiging de resultaten heeft beïnvloed, aangezien deze groepen relatief klein in omvang zijn.

*Uitval*

Volwassenen met een psychische stoornis hadden een iets hogere kans om niet aan de tweede en derde meting van de studie mee te doen (uitval). Er is echter geen reden om aan te nemen dat de uitvallers binnen de studie op een andere manier gebruik maakten van zorgvoorzieningen voor psychische problemen dan degenen die in de studie bleven. Dit betekent dat uitval de resultaten hoogstwaarschijnlijk niet heeft beïnvloed.

*Zelfrapportage*

De gegevens in NEMESIS-1 zijn verzameld via zelfrapportage. Een betrouwbaar en valide meetinstrument (CIDI) is afgenomen om het vóórkomen van psychische stoornissen (stemmings-, angst- en middelenstoornissen) vast te stellen. Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek. Registraties of medische dossiers zijn vaak niet voorhanden, en ook deze zijn niet zonder problemen. Aan zelfrapportage kleeft echter een aantal bezwaren. Over het algemeen herinneren mensen ernstige problemen en recente gebeurtenissen beter dan problemen die minder erg zijn en gebeurtenissen die langer geleden hebben plaatsgevonden. Bij het navragen van subklinische symptomen, het aantal zorgcontacten en ontvangen medicatie zou dit een rol kunnen hebben gespeeld. Het is moeilijk na te gaan hoe dit de resultaten beïnvloed zou kunnen hebben. Dit zou echter eerder tot een onderschatting dan een overschatting van de verbanden hebben geresulteerd; dit betekent dat de gevonden verbanden in werkelijkheid mogelijk iets sterker zijn.

*Vergelijkbaarheid*

Er zijn slechts enkele buitenlandse studies gepubliceerd over de mate waarin het type en de omvang van het hulpaanbod gerelateerd is aan de ernst van de psychische stoornis

(zie bijvoorbeeld: Druss e.a., 2007). De opzet en aanpak van deze studies verschilden van NEMESIS-I. Dit maakt het lastig om de uitkomsten van deze internationale studies met de resultaten van dit onderzoek te vergelijken.

*Zorggebruik van mensen met milde psychische klachten*
Tot slot zijn in NEMESIS-1 de meest voorkomende psychische stoornissen gemeten. Persoonlijkheidsstoornissen zijn niet vastgesteld. Dit betekent dat het percentage mensen met milde psychische klachten dat professionele zorg ontvangt, maar bij wie de psychische klachten niet ernstig genoeg zijn om te spreken van een psychische stoornis, in werkelijkheid mogelijk iets lager is.

### 4.3.2 Belangrijkste resultaten

➜ *De ernst van de depressie is bepalend voor de mate waarin mensen professionele hulp voor hun psychische problemen ontvangen, het aantal contacten en medicatiegebruik*
De ernst van de depressie is ook bepalend voor het aantal contacten dat mensen in de tweedelijns GGZ ontvangen en of er medicatie voorgeschreven wordt. De algemene trend is dat het gemiddeld aantal contacten gerelateerd is aan de ernst van psychische problemen (zie tabel 4.5: p's for trend). Deze resultaten stemmen overeen met eerder onderzoek (Ten Have, 2004; Wang e.a., 2007) en beantwoorden aan een belangrijk doel van beleidsmakers, namelijk dat de meeste intensieve vormen van zorg toekomen aan de mensen die dit het hardste nodig hebben.

➜ *Een aanzienlijk percentage mensen mét een psychische stoornis ontvangt geen professionele hulp in Nederland (Tabel 4.8)*
Een aanzienlijk percentage mensen mét een psychische stoornis op jaarbasis (64,6 procent) zoekt geen professionele hulp in Nederland. Hoewel dit resultaat suggereert dat er op grote schaal sprake zou zijn van onderbehandeling, is deze conclusie te voorbarig. Want het hebben van een psychische stoornis betekent niet automatisch dat iemand zorg nodig heeft. Er zijn mensen met een psychische stoornis die redelijk tot goed kunnen functioneren en eigenlijk geen professionele hulp nodig hebben. Verder blijkt dat behandeling niet altijd nodig is. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 50 procent van de mensen met een ernstige depressie binnen drie maanden spontaan hertstelt (Spijker, 2002). Waarom de ene persoon met een psychische stoornis wél zorg ontvangt en de andere niet, blijkt afhankelijk van diverse factoren, zoals de complexiteit en de ernst van de stoornis, de beperkingen die iemand in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van een psychische stoornis en/of het tekort dat iemand ervaart aan sociale hulpbronnen (Ten Have, 2004). Onderzoek laat zien dat opvattingen een belangrijke rol spelen bij het niet zoeken naar hulp (Sareen e.a., 2007; Ten Have, 2004). De volgende barrières worden vooral genoemd:
- Ik wilde mijn problemen zélf oplossen
- Ik dacht dat de problemen zelf weg zou gaan
- Ik had geen vertrouwen in de hulpverleners waar ik naar toe zou moeten gaan
- Ik dacht niet dat iemand me zou kunnen helpen

➜ *Het merendeel van de mensen met milde psychische klachten die professionele zorg hiervoor ontvangt, had ooit eerder in het leven ofwel last van een psychische stoornis, ofwel last van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide last*
Bijna driekwart van de mensen met milde psychische klachten die hiervoor professionele zorg ontvangt in de eerstelijn of tweedelijns GGZ, had ooit eerder in het leven last van ofwel een psychische stoornis, ofwel van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide voorafgaand aan het zorggebruik; in de GGZ is dit percentage hoger (81,0 procent) dan in de eerstelijnszorg (69,7 procent). Slechts een klein percentage is "onbelast", in de zin dat ze nooit eerder in het leven last hadden van een psychische stoornis en psychische of sociale beperkingen. Deze "onbelaste" groep is klein in omvang (slechts 5,7 procent in de tweedelijns GGZ).

# 5 Discussie en aanbevelingen

In dit themarapport is onderzocht in hoeverre de kans op zorggebruik in de tweedelijns GGZ toeneemt als mensen last hebben van zowel een psychische als een lichamelijke aandoening. Verder is onderzocht in hoeverre opvattingen van mensen ten aanzien van de GGZ van invloed zijn op het inschakelen van professionele zorg voor psychische problemen. Tot slot is vastgesteld of de ernst van de psychische stoornis een voorspeller is van zorggebruik.

## 5.1 Beperkingen

*Representativiteit*
De NEMESIS-1 steekproef is representatief voor de volwassen Nederlandse bevolking. Een aantal bevolkingsgroepen zijn ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven en dak- en thuislozen. Het is echter niet waarschijnlijk dat de ondervertegenwoordiging van deze groepen de resultaten heeft beïnvloed, aangezien deze groepen op bevolkingsniveau relatief klein in omvang zijn. Volwassenen met een psychische stoornis hebben een iets hogere kans om niet aan de tweede en derde meting van NEMESIS-1 mee te doen (uitval). Er is echter geen reden om aan te nemen dat de uitvallers op een andere manier gebruik maken van zorgvoorzieningen voor psychische problemen dan degenen die wel deelnamen aan de tweede en derde meting. Ook de ESEMeD-studie is in grote lijnen representatief voor de algemene bevolking. Toch kan het zijn dat non-responders verschillen in opvattingen ten aanzien van de GGZ en zorggebruik. Het is niet vast te stellen of en, zo ja, hoe dit de resultaten heeft beïnvloed.

*Zelfrapportage*
Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek, met name als registraties of medische dossiers niet voorhanden zijn (hoewel registraties of medische dossiers ook de nodige beperkingen hebben, zoals onjuiste of onvolledige gegevensaanlevering). Aan zelfrapportage kleeft een aantal bezwaren. Eerste beperking is dat mensen over het algemeen ernstige problemen en recente gebeurtenissen beter herinneren dan minder erge problemen en gebeurtenissen die langer geleden hebben plaatsgevonden. Bij het navragen van subklinische symptomen, het aantal zorgcontacten en ontvangen medicatie zou dit een rol kunnen hebben gespeeld (hoofdstuk 4). Het is moeilijk na te gaan of, en zo ja, hoe dit de resultaten in dit onderzoek beïnvloed heeft. Waarschijnlijk heeft het eerder in een onderschatting dan een overschatting van de verbanden geresulteerd; dit betekent dat de gevonden relaties in hoofdstuk 4 in werkelijkheid mogelijk iets sterker zijn. Tweede beperking van zelfrapportage is dat mensen kunnen aangeven dat ze een lichamelijke aandoening hebben, terwijl ze die in werkelijkheid niet

hebben. In hoofdstuk 2 hebben we daarom gekozen om ons uitsluitend te richten op lichamelijke aandoeningen waarvoor mensen onder behandeling hebben gestaan van een arts of waarvoor zij medicatie hebben gebruikt. De keuze voor de vijf hoofdgroepen van lichamelijke aandoeningen is gebaseerd op eerder onderzoek, waaruit blijkt dat zelfrapportage goed overeenkomt met registratiegegevens in medische dossiers over deze lichamelijke aandoeningen (Verdurmen e.a., 2006).

## 5.2 Discussie

➜ *Mensen met enigerlei psychische stoornis én een lichamelijke aandoening hebben een grotere kans op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ, vergeleken met mensen met uitsluitend een psychische stoornis*

De veronderstelling dat huisartsen psychische klachten minder snel herkennen als mensen daarnaast last hebben van een lichamelijke aandoening (zie Smit, 2006), wordt in dit onderzoek niet bevestigd. In dit onderzoek werd gevonden dat een angststoornis (agorafobie, specifieke fobie) of een middelenstoornis (alcoholstoornis) sneller wordt herkend als iemand last heeft van een bijkomende lichamelijke aandoening (zoals chronische rugpijn, spijsverteringsproblemen), en dat als gevolg hiervan eerder overgegaan wordt tot behandeling in de eerstelijnszorg en/of de GGZ voor de psychische problemen. Een verklaring kan zijn dat mensen met een chronisch lichamelijke aandoening frequent bij de huisarts komen op jaarbasis en er dus op die manier meer kans/ gelegenheid is om psychische problematiek te herkennen (zie ook: Ten Have e.a., 2007). Opmerkelijk is wel dat het hebben van een stemmingsstoornis en een bijkomende lichamelijke aandoening geen verhoogde kans op eerstelijnszorg en tweedelijns GGZ geeft, vergeleken met mensen met uitsluitend een depressie. Dit is zorgelijk, aangezien depressieve mensen met een lichamelijke aandoening een slechter ziektebeloop kennen dan mensen met alleen een depressie. Mogelijk wordt herkenning/ diagnose bemoeilijkt door de overlap in symptomen tussen depressie en lichamelijke aandoeningen zoals diabetes/ hartziekte (zoals vermoeidheid, veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies).

➜ *Hoe positiever mensen denken over de geestelijke gezondheidszorg, hoe groter de kans dat mensen hiervan gebruik maken*

Europeanen verschillen in opvattingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp bij psychische problemen. Spanjaarden en Italianen zijn het meest positief over de GGZ, terwijl de Duitsers het minst positief oordelen. De Nederlanders nemen met de Belgen en Fransen een middenpositie in. Desondanks maken Nederlanders wel vaker gebruik van professionele zorgvoorzieningen wegens psychische problemen, vergeleken met de gemiddelde Europeaan. Een reden kan zijn dat Nederland een relatief omvangrijk zorgaanbod voor psychische problemen heeft. Blijkbaar maken Nederlanders, ondanks hun kritische houding, wel van deze voorzieningen gebruik als zij psychische problemen hebben. Kenmerken van mensen met een positieve

opvatting ten aanzien van de GGZ zijn in alle Europese landen hetzelfde (Ten Have e.a., 2009): zij zijn vaker vrouw, in de leeftijd van 35-64 jaar, woonachtig met een partner en hebben vaker een hoger inkomen. Vooral vrouwen, mensen met een stemmingsstoornis, mensen met een ouder met een psychiatrische voorgeschiedenis, en mensen die eerder in zorg zijn geweest voor psychische problemen maken gebruik van de GGZ. Echter, mensen met een alcoholstoornis hebben juist een negatieve opvatting ten aanzien van de GGZ en komen minder vaak in zorg.

➜ *De ernst van de depressie hangt samen met het zorggebruik*
Internationaal gezien ziet de toegang van de zorg er in Nederland voor mensen met psychische stoornissen redelijk goed uit (Kovess-Masfety e.a., 2007). In Nederland ontvangen bijvoorbeeld meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de ons omringende Europese landen. Hoe ernstiger, complexer of gevaarlijker de psychische symptomen zijn, hoe groter de kans dat iemand zorg ontvangt voor psychische problemen. Mensen met een stemmingsstoornis komen in Nederland relatief veel in zorg; bijna de helft komt op jaarbasis in contact met de huisarts (Bijl & Ravelli, 2000). Maar liefst 71 procent van de Nederlanders die ooit in hun leven een stemmingsstoornis had, zegt hiervoor enigerlei vorm van zorg te hebben ontvangen (Kovess-Masfety e.a., 2007). Internationaal gezien lijkt de drempel om hulp te zoeken in Nederland laag (Wang e.a., 2007).

De ernst van de depressie is bepalend voor het aantal contacten dat Nederlanders ontvangen en de voorgeschreven medicatie in de tweedelijns GGZ. Deze resultaten stemmen overeen met eerder onderzoek (Ten Have, 2004; Wang e.a., 2007) en beantwoorden aan een belangrijk doel van beleidsmakers, namelijk dat mensen die dit het hardste nodig hebben, de meeste intensieve zorg ontvangen. Opvallend is wel dat er geen samenhang is tussen de ernst van de depressieve symptomen en het aantal contacten dat mensen in de eerstelijn ontvangen. De samenhang is overigens wel gevonden met medicatiegebruik in de eerstelijn: in de eerstelijn hebben mensen met een ernstige depressie 2,5 keer zo grote kans om medicatie voorgeschreven te krijgen dan mensen met een subklinische depressie.

➜ *Zorggebruik van mensen met psychische stoornis en van mensen met milde psychische klachten*
Geschat wordt dat in Nederland tweederde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor op jaarbasis geen vorm van professionele zorg ontvangt. In de ons omringende Europese landen ligt dit percentage nog iets hoger. De conclusie dat er in Nederland op grote schaal sprake zou zijn van onderbehandeling is echter te kort door de bocht, want lang niet iedereen met een psychische stoornis heeft behoefte aan zorg of heeft zorg nodig. Behandeling is lang niet altijd nodig. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 50 procent van de mensen met een ernstige depressie binnen drie maanden spontaan hertstelt (Spijker, 2002). Ook zijn er mensen met een psychische stoornis die redelijk tot goed kunnen functioneren en eigenlijk geen professionele hulp nodig hebben. Waarom de ene persoon met een psychische stoornis

wél zorg ontvangt en de andere niet, blijkt afhankelijk van diverse factoren, zoals de complexiteit en de ernst van de stoornis, de beperkingen die iemand in het dagelijkse leven ervaart als gevolg van een psychische stoornis en/of het tekort dat iemand ervaart aan sociale hulpbronnen (Ten Have, 2004).

Het merendeel van de mensen met milde psychische klachten, maar bij wie de psychische klachten niet ernstig genoeg zijn om te spreken van een psychische stoornis, ontvangt hiervoor geen professionele zorg (95 procent). Slechts 1,3 procent ontvangt zorg in de tweedelijns GGZ. Het merendeel van deze groep had ooit eerder in het leven last van ofwel een psychische stoornis, ofwel van psychische of sociale beperkingen ofwel van beide voorafgaand aan het zorggebruik. Slechts een klein deel is "onbelast", in de zin dat ze nooit eerder in het leven last hadden van een psychische stoornis en psychische of sociale beperkingen.

## 5.3 Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

➜ *Meer onderzoek is nodig om vast te stellen op welke wijze lichamelijke comorbiditeit de herkenning van psychische stoornissen beïnvloedt*
Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de vraag op welke manier het hebben van een lichamelijke aandoening naast een psychische stoornis van invloed is op de herkenning en behandeling van psychische problemen in de eerstelijnszorg en het algemeen ziekenhuis/ de tweedelijns somatische zorg. Is het inderdaad zo dat een lichamelijke aandoening de ernst van de psychische stoornis zichtbaarder maakt, of is het zo dat een psychische stoornis eenvoudigweg sneller wordt herkend bij mensen die vaker (door hun chronische lichamelijke klachten) bij de huisarts of in het ziekenhuis komen?

➜ *Meer initiatieven zijn nodig om de herkenning van depressieve stoornissen in de eerstelijn te vergroten*
De resultaten van dit onderzoek onderstrepen dat meer initiatieven nodig zijn om de herkenning van depressieve stoornissen in de eerstelijn te vergroten. Uit dit onderzoek blijkt immers dat mensen met een depressie en een bijkomende chronische lichamelijke aandoening geen verhoogde kans hebben om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGZ vergeleken met mensen met uitsluitend een depressie. Dit is een opvallend resultaat, aangezien de comorbide groep een slechter beloop heeft en meer beperkingen ervaart dan de groep met uitsluitend een depressie (Bair e.a., 2003).

➜ *Meer onderzoek is nodig naar het effect van psychofarmaca op lichamelijke aandoeningen en het effect van medicatie bestemd voor lichamelijke aandoeningen op psychische klachten*

Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de vraag in welke mate de behandeling van psychische klachten bijdraagt aan de verlichting van lichamelijke klachten en omgekeerd. Recent onderzoek laat namelijk zien dat antidepressiva een positief effect hebben op de behandeling van reuma. Mensen met reuma ervaren door deze medicatie minder vaak pijn in hun gewrichten, zij functioneren beter en zij rapporteren minder vaak depressieve gevoelens (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2007).

➜ *Meer onderzoek is nodig naar de rol die e-mental health kan spelen bij het bereiken van mensen met psychische klachten, maar voor wie de drempel te hoog is om professionele hulp te zoeken.*

Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de mensen dat een beroep doet op e-mental health interventies niet eerder in zorg was (voorbeelden: www.minderdrinken.nl; www.alcoholdebaas.nl). Vooral hogeropgeleiden, vrouwen en autochtonen maken op dit moment gebruik van online interventies. E-mental health is mogelijk ook geschikt voor nieuwe groepen mensen met psychische klachten, zoals mensen met fysieke beperkingen, mensen met mobiliteitsproblemen, mensen in afgelegen gebieden, mensen met lichamelijke beperkingen (doven en slechthorenden) (zie verder: Van ‘t Land e.a., 2008).

# Referenties


Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., et al. (2007). Population level of unmet need for mental health care in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299-306.

Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 68-73.

Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W, et al. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445.

Bijl, R.V., Zessen, G. van, & Ravelli, A. (1998) The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.

Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.

Druss, B.G., Wang, P.S., Sampson, N.A., et al. (2007). Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses. Results from the NCS-R. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1196-1203.

Evans, D.L., Charney, D.S., Lewis, L., et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175-189.

Fernandez, A., Haro, J.M., Martinez-Alonsko, M., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry,* 190, 172-173.

Hatchet, G.T. (2006). Additional validation of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Psychological Reports*, 98, 279-284.

Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., et al. (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.

He, Y., Zhang, M., Lin, E.H.B., et al. (2008). Mental disorders among persons with arthritis: results from the World mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 38, 1639-1650.

Hegerl, U., Althaus, D., & Stefanek, J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36, 288-291.

Hornblow, A.R., Bushnell, J.A., Wells, J.E., et al. (1990). Christchurch psychiatric epidemiology study: use of mental health services. *The New Zealand Medical Journal*, 103, 415-417.

Jorm, A.F., Angermeyer, M.C., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews,G., & Henderson, S., Red. *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses* (pp. 399-413). Cambridge: Cambridge University Press.

Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., et al. (2006). Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 769-776.

Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., et al. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.

Leong, F.T.L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27, 123-132.

Leue, C., Neeleman, J., De Graaf, R., et al. (2005). Bidirectional associations between depression/anxiety and bowel disease in a population based cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 434-435.

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., et al. (2000). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *Journal of Mental Health*, 9, 319-327.

Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10, 574-582.

Nuyen, J., Volkers, A.C., Verhaak, P.F., et al. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.

Nuyen, J. (2008). *Depression and comorbidity. General practice-based studies on occurrence and health care consequences.* Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2005). Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 167-174.

Robb, C., Haley, W.E., Becker, M.A., et al. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences. *Aging & Mental Health*, 7, 142-152.

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 357-364.

Shulman, N., & Adams, B. (2002). A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 266-278.

Smit, F. (2006). *Prevention of depression.* Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

Smith, L.D., & Peck, P.L. (2002). Comparison of medical students, medical school faculty, primary care physicians, and the general population on attitudes toward psychological help-seeking. *Psychological Reports*, 91, 1268-1272.

Spijker, J. (2002). *Chronic depression. Determinants and consequences of chronic major depression in the general population*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Stewart, A.L., Hayes, R.D., & Ware, J.E. (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care,* 26, 724-735.

Ten Have, M. (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.

Ten Have, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (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.

Ten Have, M., Depla, M., & Pot, A.M (2007). *Welke rol speelt de huisarts voor ouderen met psychische problemen?* Deelstudie 3b van de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., et al. (in press). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (Scientific Committee: Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., et al.). (2004a). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 8-20.

The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (Scientific Committee: Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., et al.). (2004b). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 47-54.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Nuyen, J., Verdurmen, J.E.E., et al. (2007). *Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit. Programmeringsstudie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Van 't Land, H., Grolleman, J., Mutsaers, et al. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008; Deel 2: Toegang en Zorggebruik.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Van 't Land, H., Verdurmen, J., Ten Have, M., et al. (in preparation). The association between chronic back pain and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study.

Vanheusden, K. (2007). *Mental health problems and barriers to service use in Dutch young adults*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verdurmen, J., Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, et al. (2006). *Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (Nemesis)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verhaak, P.F.M., Schellevis, F.G., Nuijen, J., et al. (2006). Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 28, 125-132.

Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., et al. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Pain*, 113, 331-339.

Wang, J.L., & Patten, S.B. (2007). Perceived effectiveness of mental health care provided by primary-care physicians and mental health specialists. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 48, 123-127.

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

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The RAND-36 Short-form Health status Survey: 1: Conceptual Framework and item-selection. *Medical Care,* 30, 473-481.

Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.

Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1995). *SF-12. How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. Boston, M.A.: The Health Institute.

Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual*. Boston, M.A.: The Health Institute.

Wells, J.E., Robins, L.N., Bushnell, J.A., et al. (1994). Perceived barriers to care in St Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 29, 155–164.

Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.