

GGZ in tabellen

20
08

**GGZ
IN TABELLEN
2008**

COLOFON

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding

Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering

Drs. I. Hilderink

Dr. H. van 't Land

Productiebegeleiding

L. Groeneveld

Met dank aan

Mr. M.O. Samuels; Ministerie van VWS

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Productie

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-656-9

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AF0920.
U krijgt een factuur voor 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

INLEIDING	5
1 HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN	7
1.1 Vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland	10
1.2 Vóórkomen psychische stoornissen; een internationale vergelijking	12
1.3 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen	13
1.4 Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland	14
1.5 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland	15
2 ZORGGEBRUIK	17
2.1 Eerstelijnszorg: contacten in de huisartsenpraktijk	18
2.2 Eerstelijnszorg: meest voorkomende psychische of sociale diagnose	20
2.3 Cliëntstromen: geregistreerde GGZ-verwijzingen vanuit de eerstelijns	21
2.4 Nederland: zorggebruik van mensen met een psychische stoornis	22
2.5 Internationaal: zorggebruik in internationaal perspectief	24
2.6 Verborgen behoefte aan hulp op jaarbasis	25
2.7 Psychiatrische diagnoses als voorspellende kenmerken voor zorggebruik	26
2.8 Samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en zorggebruik	28
2.9 Doorstroming van cliënten, per circuit	32
2.10 Aard van de zorg, per circuit	34
2.11 Behandelduur van GGZ-cliënten	35
2.12 Wachtlijsten bij GGZ-instellingen	36
2.13 Gemiddelde wachttijden bij GGZ-instellingen	38
2.14 Wachtlijsten per circuit	40
2.15 Aantal onvrijwillige opnemingen	42
3 ZORGAANBOD: CAPACITEIT EN PRODUCTIE	45
3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen	46
3.2 Formele klinische capaciteit GGZ-instellingen	50
3.3 Feitelijke klinische capaciteit GGZ-instellingen	52
3.4 Formele versus feitelijke klinische capaciteit, per circuit	54
3.5 Europa: Ontwikkeling psychiatrische opname- en verblijfsplaatsen	56
3.6 Productie GGZ-instellingen	58
3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen	60
3.8 Productie GGZ-instellingen circuit volwassenen en ouderen	62
3.9 Productie instellingen voor verslavingszorg	64

3.10	Productie instellingen ambulante verslavingszorg	66
3.11	Duur en aantal cliënten in klinische zorg, RIBW-vestigingen en ambulante zorg	69
3.12	Capaciteit TBS-instellingen	70
3.13	Capaciteit voorzieningen voor maatschappelijke opvang	73
3.14	Aantal voorschriften psychofarmaca	74
4	KOSTEN EN FINANCIERING	77
4.1	Uitgaven aan zorg	78
4.2	Uitgaven GGZ naar zorgvorm	81
4.3	Financieringsbronnen uitgaven gezondheidszorg en GGZ	82
4.4	Kosten GGZ-instellingen	84
4.5	Gemiddelde verpleegprijs GGZ-instellingen	85
5	PERSONEEL	87
5.1	Aantal fte's in de zorgsector en de GGZ	88
5.2	Aantal fte's in de GGZ, per type instelling	91
5.3	Aantal werknemers in de GGZ, per type instelling	92
5.4	Aantal fte's in de GGZ, per type functie	94
5.5	GGZ-werknemers, uitgesplitst naar sekse en type aanstelling	97
5.6	Ziekteverzuim in de GGZ en zorgsector	98
5.7	Aantal vrijgevestigde psychiaters	100
5.8	Aantal vrijgevestigde psychotherapeuten	101
6	GERAADPLEEGDE BRONNEN	103
7	AFKORTINGEN	107

INLEIDING

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

Voor u ligt de uitgave *GGZ in tabellen 2008*. In dit handzame en informatieve boekje zijn de belangrijkste en meest recente cijfers over de GGZ (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. De cijfers zijn verzameld in 2009. In 47 tabellen worden waar mogelijk geactualiseerde cijfers over de volgende aspecten van de GGZ gepresenteerd:

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

Voor de samenstelling van dit rapport hebben wij bronnen gebruikt die voor iedereen toegankelijk zijn. De geraadpleegde bronnen staan achterin deze uitgave vermeld. Daarnaast hebben wij databanken van instellingen geraadpleegd en beheerders van registratiesystemen gevraagd cijfers aan te leveren. Gestreefd is om zoveel mogelijk recente gegevens in dit naslagwerk op te nemen. Indien van een onderwerp geen recentere cijfers beschikbaar zijn, zijn de tabellen en grafieken uit de vorige uitgave ongewijzigd opgenomen.

GGZ-instellingen zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om informatie over de diagnose, de aard en de duur van een DBC-behandeling per patiënt te registreren. Deze gegevens worden opgeslagen in het DBC-Informatiesysteem (DIS). GGZ-cijfers gebaseerd op DIS zijn tijdens het schrijven van dit naslagwerk nog niet beschikbaar en ontbreken in deze uitgave. In volgende uitgaven van ‘GGZ in tabellen’ zullen deze cijfers wel opgenomen worden.

1 HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN

NEMESIS-1

De eerste 3 tabellen van dit hoofdstuk bevatten cijfers die ontleend zijn aan NEMESIS-1 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, dat in de jaren 1996-1999 door het Trimbos-instituut werd uitgevoerd. De grote hoeveelheid gegevens die NEMESIS-1 heeft opgeleverd, zijn gepubliceerd in talrijke artikelen (zie voor een overzicht Vollebergh et al., 2003). In NEMESIS-1 is onderzocht hoe vaak psychische stoornissen in de algemene bevolking vóórkomen. Daarbij is gebruik gemaakt van het diagnostische classificatiesysteem DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Het gaat om de volgende psychische stoornissen:

Stemmingsstoornissen

- Depressie in engere zin
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

- Paniekstoornis
- Agorafobie zonder paniek
- Enkelvoudige fobie
- Sociale fobie
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Obsessief-compulsieve stoornis

Middelenstoornissen

- Alcoholmisbruik
- Alcoholafhankelijkheid
- Drugsmisbruik
- Drugsafhankelijkheid

Eetstoornissen

- Anorexia nervosa
- Boulimia nervosa

Schizofrenie

De resultaten van NEMESIS-1 zijn inmiddels ruim tien jaar oud. In opdracht van het Ministerie van VWS voert het Trimbos-instituut momenteel NEMESIS-2 uit. Doel is om de gegevens van de NEMESIS-1 studie te actualiseren en gegevens te verzamelen over niet eerder binnen NEMESIS onderzochte onderwerpen, zoals externaliserend probleemgedrag, in het bijzonder de gedragsstoornis-, antisociale persoonlijkheidsstoornis en ADHD bij volwassenen. Naar verwachting zijn de eerste resultaten van NEMESIS-2 eind 2009 beschikbaar.

TABEL 1.1 VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN NEDERLAND (OOIT IN HET LEVEN, OP JAARBASIS) (IN PROCENTEN) (BRON: NEMESIS-1)

	Ooit in het leven			Op jaarbasis		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Stemmingsstoornis	13,7	24,7	19,1	5,7	9,7	7,7
Depressie in engere zin	10,7	19,8	15,2	4,1	7,3	5,7
Dysthymie	3,8	8,9	6,3	1,6	3,5	2,5
Bipolaire stoornis	1,6	2,2	1,9	1,1	1,1	1,1
Angststoornis	13,8	25,0	19,3	8,3	16,6	12,4
Paniekstoornis	1,9	5,7	3,8	1,1	3,4	2,2
Agorafobie zonder paniek	1,9	4,9	3,4	0,9	2,2	1,6
Enkelvoudige fobie	6,6	13,6	10,1	4,1	10,1	7,1
Sociale fobie	5,9	9,7	7,8	3,5	6,1	4,8
Gegeneraliseerde angststoornis	1,6	2,9	2,3	0,8	1,5	1,2
Obsessief-compulsieve stoornis	0,9	0,8	0,9	0,5	0,4	0,5
Middelenstoornis	29,7	7,4	18,7	14,1	3,5	8,9
Alcoholmisbruik	19,4	3,9	11,7	7,3	1,8	4,6
Alcoholafhankelijkheid	8,9	1,9	5,5	6,2	1,1	3,7
Drugsmisbruik	2,0	1,1	1,5	0,6	0,3	0,5
Drugsafhankelijkheid	2,1	1,5	1,8	1,0	0,7	0,8
Eetstoornis	0,2	1,3	0,7	0,2	0,6	0,4
Anorexia nervosa	0,0	0,2	0,1	-	-	-
Boulimia nervosa	0,2	1,1	0,6	-	-	-
Schizofrenie	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen	42,5	39,8	41,2	23,3	23,2	23,3

Bron: Van Dorsselaer et al., 2006

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

De belangrijkste bevindingen:

- Psychische stoornissen komen frequent voor; in totaal heeft 41,2 procent van de Nederlandse bevolking *ooit* in het leven een psychische stoornis gehad. *Op jaarbasis* heeft bijna een kwart van de volwassenen een psychische stoornis.
- Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen ongeveer even vaak voor: één op de vijf volwassenen heeft *ooit* in het leven zo'n stoornis gehad en één op de tien volwassenen heeft *op jaarbasis* zo'n stoornis.
- Binnen de groep stemmingsstoornissen komen depressie in engere zin en dysthymie relatief veel en de bipolaire stoornis relatief weinig voor. Binnen de groep angststoornissen komen de enkelvoudige fobie en de sociale fobie relatief veel, en de obsessief-compulsieve stoornis relatief weinig voor. Binnen de groep middelenstoornissen gaat het in hoofdzaak om alcoholproblemen.
- Vrouwen hebben vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen. Depressie in engere zin en enkelvoudige fobie komen relatief vaker voor bij vrouwen. Daarnaast hebben vrouwen vaker last van sociale fobie, dysthymie en een eetstoornis dan mannen. Mannen hebben daarentegen vaker een alcoholstoornis en hebben een grotere kans dit voor het eerst te krijgen. Evenveel mannen als vrouwen hebben last van een drugsstoornis (drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid).
- De bipolaire stoornis en schizofrenie komen bij mannen en vrouwen even vaak voor.

Niet uit de tabel, maar uit andere NEMESIS-1 publicaties (Van Dorsselaer, 2006) blijkt dat psychische stoornissen relatief vaak voorkomen bij de volgende bevolkingsgroepen: jonge mensen (18-24 jaar), mensen met een laag opleidingsniveau, mensen die in de stad wonen, mensen die alleen wonen, alleenstaande ouders, mensen die bij ouders of bij anderen wonen, mensen die één of meer lichamelijke aandoeningen hebben of die ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen. In de leeftijd van 18 tot en met 24 jaar heeft 46,5 procent ooit in het leven een of andere psychische stoornis gehad en 33,8 procent krijgt op jaarbasis een of andere psychische stoornis. Deze percentages zijn hoger dan die in de algemene bevolking (respectievelijk 41,2 en 23,3 procent).

**TABEL 1.2 VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN (OP JAARBASIS);
EEN INTERNATIONALE VERGELIJKING (IN PROCENTEN)**

	Nederland ^{1,2}	Canada ²	Brazilië ³	Chili ²	Mexico ³	Duitsland ²	Turkije ³	VS ²
Stemmingsstoornis	8,2	4,9	7,1	9,0	4,8	12,9	4,2	10,7
Angststoornis	13,2	12,4	10,9	5,0	4,0	11,9	5,8	17,0
Middelenstoornis	9,9	7,9	10,5	6,6	5,8	5,2	0,0	11,5
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen	24,4	19,9	22,4	17,0	12,6	22,8	8,4	29,1

¹ De Nederlandse percentages wijken in lichte mate af van de percentages in tabel 1.1.

Reden is dat gecorrigeerd is voor verschillen in de bevolkingsopbouw tussen de landen.

² Bron: Bijl et al., 2003 (NEMESIS-1)

³ Bron: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000

In tabel 1.2 wordt een internationale vergelijking gemaakt van het aantal volwassenen dat op jaarbasis last heeft van een psychische stoornis.

De belangrijkste bevindingen:

- De Verenigde Staten worden gekenmerkt door het hoogste percentage mensen dat op jaarbasis een psychische stoornis heeft (29,1 procent). In Chili, Mexico en Turkije is dit percentage aanzienlijk lager. Nederland neemt een tussenpositie in (24,4 procent).
- Angststoornissen komen overal het meest voor, met uitzondering van Mexico en Chili. In Mexico komen middenstoornissen het meest voor en in Chili staan stemmingsstoornissen bovenaan.

De onderzoeksmethode van NEMESIS-1 is ook in enkele andere landen toegepast. Daardoor is het mogelijk om Nederland met andere landen te vergelijken wat betreft het vóórkomen van psychische stoornissen. Het blijft echter lastig om op internationaal niveau cijfers te vergelijken. Er zijn culturele verschillen in de wijze waarop mensen psychische klachten duiden en hun bereidheid hierover openheid van zaken te geven.

DIAGRAM 1.3 COMORBIDITEIT: HET TEGELIJKERTIJD VÓÓRKOMEN VAN TWEE OF MEER STOORNISSEN (BRON: NEMESIS-1)

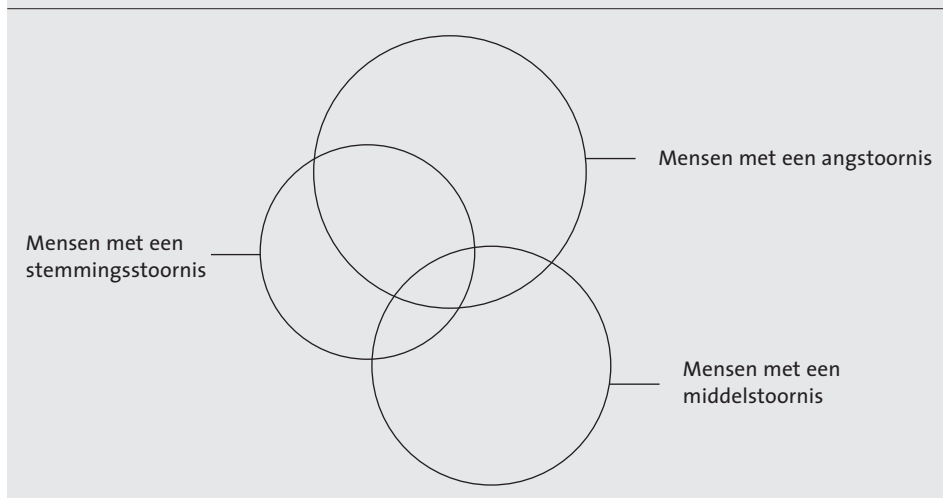


Diagram 1.3 toont welke combinaties van psychische stoornissen relatief vaak voorkomen.

Het komt vaak voor dat iemand met een psychische stoornis daarnaast nóg een psychische stoornis heeft. Van de volwassen Nederlanders heeft 23,3 procent op jaarbasis een psychische stoornis (tabel 1.1). Ruim eenderde van deze mensen heeft twee of meer psychische stoornissen (De Graaf et al., 2002). Niet bij alle stoornissen is de kans op een combinatie met een andere stoornis even groot.

De belangrijkste bevindingen:

- De combinatie stemmings- en angststoornis komt relatief vaak voor. In totaal heeft tweederde (61 procent) van de mensen met een stemmingsstoornis daarnaast een andere psychische stoornis, meestal is dat een angststoornis (54 procent). Een relatief klein percentage van de mensen met een stemmingsstoornis heeft een middelstoornis (17 procent).
- Van de mensen met een angststoornis heeft 41 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 33 procent heeft een stemmingsstoornis en een relatief klein percentage (13 procent) heeft een middelstoornis.
- Van de mensen met een middelstoornis heeft 25 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 15 procent heeft een stemmingsstoornis en 19 procent een angststoornis.

TABEL 1.4 TOPTIEN VAN ZIEKTEN MET DE GROOTSTE ZIEKTELAST IN NEDERLAND, 2003

	Verloren levensjaren	Ziektejaar-equivalenten	DALY's
Coronaire hartziekten	164.516	175.170	339.686
Angststoornissen	48	230.360	230.408
Beroerte	100.937	118.673	219.610
Depressie en dysthymie	308	172.872	173.180
COPD	56.667	88.779	145.446
Diabetes mellitus	37.828	106.022	143.850
Longkanker	127.517	7.573	135.090
Afhankelijkheid van alcohol	18.275	96.115	114.390
Artrose	522	110.110	110.632
Dementie	39.921	61.565	101.487

Bron: RIVM, 2006

In tabel 1.4 wordt de toptien weergegeven van de ziekten met de grootste ziektelast, uitgedrukt in DALY's. De DALY's worden berekend door het RIVM. De last die een ziekte meebrengt, wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's). Een DALY staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Wanneer men lijdt aan een ziekte kan men één of meer levensjaren verliezen, ofwel omdat men overlijdt, ofwel omdat men niet optimaal functioneert. Het aantal verloren levensjaren als gevolg van eerder overlijden staat in de eerste kolom, het aantal verloren levensjaren als gevolg van minder goed functioneren in de tweede kolom. De som van beide staat in de derde kolom vermeld. De vermindering van de kwaliteit van leven die een ziekte veroorzaakt (kolom ziektejaar-equivalenten) is als volgt gekwantificeerd: voor elke ziekte wordt door een panel van deskundigen vastgesteld welke gevolgen de ziekte heeft voor het dagelijkse functioneren. Dit levert een wegingsfactor op: een cijfer tussen 0 (geen nadelige gevolgen) en 1 (overlijden). Door het aantal mensen met een bepaalde ziekte te vermenigvuldigen met de wegingsfactor voor deze ziekte, wordt het aantal ziektejaar-equivalenten verkregen.

De belangrijkste bevindingen:

- Coronaire hartziekten, longkanker en beroerte zijn de belangrijkste veroorzakers van verloren levensjaren.
- Psychische stoornissen - zoals angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol, depressie en dementie - behoren tot de ziekten met de grootste ziektelast en zijn vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten, zoals coronaire hartziekten, een beroerte, chronische longziekten (COPD) en longkanker. In 2000 en 2003 is dit beeld ongewijzigd.

TABEL 1.5 TOPTIEN VAN DE KOSTBAARSTE ZIEKTEN IN NEDERLAND, 2003 EN 2005

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

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

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

Bron: RIVM, 2006 & 2008

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

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

De belangrijkste bevindingen:

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

2 ZORGGEBRUIK

TABEL 2.1 EERSTELIJNSZORG: CONTACTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK PER ICPC-HOOFDSTUK, EERSTE KWARTAAL VAN 2001 EN 2003-2006

	2001 n=316.779	2003 n=290.743	2004 n=216.939	2005 n=227.167	2006 n=284.165
Algemeen	7,6	7,6	7,8	7,2	8,1
Bloed en bloedvormende organen	1,1	1,1	1,2	1,0	1,1
Maag- darmstelsel	7,2	7,3	6,8	7,0	7,2
Oog	2,4	2,4	2,3	2,4	2,4
Oor	4,3	4,1	4,2	4,6	4,1
Hart en bloedvaten	9,4	10,2	11,3	10,3	11,4
Bewegingsapparaat	16,1	16,1	15,6	14,9	14,4
Zenuwstelsel	2,9	2,9	2,7	2,6	2,7
Psychische problemen	6,5	6,2	6,4	5,5	5,9
Ademhalingsstelsel	14,2	13,3	12,0	15,8	14,4
Huid en onderhuidse vetweefsels	12,3	11,9	12,0	12,2	11,4
Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,0	4,9	5,3	5,1	6,0
Urinerwegen	3,0	3,2	3,4	3,1	3,2
Zwangerschap	2,8	2,8	2,4	2,3	2,1
Geslachtsorganen vrouw	3,9	3,9	4,3	3,9	3,6
Geslachtsorganen man	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Sociale problemen	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1

Datasets gebruikt door NIVEL: NS2 (2001) en LINH (2003-2006)

Bron: Emmen et al., 2007

In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de aard van de contacten in de huisartsenpraktijk. De gegevens zijn afkomstig van de *Monitor Eerstelijns GGZ* uitgevoerd door het NIVEL. De monitor wordt jaarlijks uitgevoerd. Het doel van deze monitor is kerngetallen verzamelen over de capaciteit van de eerstelijns GGZ, het probleem aanbod en de verwijsstromen die betrekking hebben op psychische problemen in de eerstelijns. Financier van de monitor is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uit diverse bronnen (Landelijk informatienetwerk huisartsen, LINH; Madimonitor, Landelijk Informatienetwerk Eerstelijns Psychologen LINEP) worden hiervoor jaarlijks cijfers op een rij gezet.

De belangrijkste bevindingen:

- De volgende problemen komen het meest voor in de huisartsenpraktijk:
 - Problemen aan het bewegingsapparaat
 - Problemen aan de luchtwegen
 - Problemen met hart en bloedvaten
 - Problemen met huid en onderhuidse vetweefsels
- Minder vaak hebben huisartsen te maken met problemen die samenhangen met:
 - Het zenuwstelsel
 - Bloed en bloedvormende organen
 - Zwangerschap
 - Sociale problemen
 - Problemen met de geslachtsorganen
- Psychische problemen nemen een tussenpositie in (rond 6 procent). Dit beeld is vanaf 2001 constant.

TABEL 2.2 EERSTELIJNSZORG: MEEST VOORKOMENDE PSYCHISCHE OF SOCIALE DIAGNOSES IN DE HUISARTSENPRAKTIJK, EERSTE KWARTAAL VAN 2001 EN 2003-2006

	2001 n=24.533	2003 n=20.629	2004 n=15.801	2005 n=14.728	2006 n=19.722
Depressie	17,3	18,7	16,8	17,0	15,2
Slapeloosheid/ andere slaapstoornis	11,7	10,4	10,4	8,9	11,8
Angstig/ nerveus/ gespannen gevoel	10,3	9,0	9,6	8,3	9,9
Angststoornis/ angsttoestand	6,0	6,9	6,7	5,7	6,4
Down/ depressief gevoel	4,8	5,6	6,5	4,3	5,3
Neurasthenie/ surmenage	5,3	4,4	5,3	5,1	4,5
Crisis/voorbijgaande stress reactie	4,0	4,2	4,3	4,7	4,4
Tabaksmisbruik	2,7	2,7	3,9	3,5	2,5
Relatieprobleem met partner	2,6	2,7	2,8	3,5	2,9
Verlies/ overlijden partner	2,4	2,4	2,4	2,8	2,3

Datasets gebruikt door NIVEL: NS2 (2001) en LINH (2003-2006)

Bron: Emmen et al., 2007.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de meest voorkomende psychische of sociale diagnoses in de huisartsenpraktijk. Ook deze gegevens zijn afkomstig van de *Monitor Eerstelijns GGZ* uitgevoerd door het NIVEL.

De belangrijkste bevinding:

- Bij psychische en sociale diagnoses in de huisartsenpraktijk gaat het vooral om mensen die last hebben van:
 - Depressie
 - Slapeloosheid
 - Angstig, nerveus of gespannen gevoel

TABEL 2.3 CLIËNTSTROMEN: GEREgistREERDE GGZ-VERWIJZINGEN PER 1.000 PATIËNTEN MET EEN PSYCHISCHE OF EEN SOCIALE DIAGNOSE IN HET EERSTE KWARTAAL 2001, 2003-2006**

	2001 n=11.269	2003 n=12.831	2004 n=9.804	2005 n=7.499	2006 n=11.778
Naar eerstelijns GGZ					
Algemeen maatschappelijk werk	5	4	6	7	6
Eerstelijnspsycholoog	10	8	13	19	11
Totaal	15	12	19	26	17
Naar tweedelijns GGZ					
Psychiatrie/PAAZ	21	18	23	35	21
Ambulante GGZ	15	11	14	20	13
Vrijgevestigde psycholoog/ psychotherapeut	10	10	11	15	12
Totaal	46	39	48	70*	46
Totaal	61	51	67	96*	63

Dataset gebruikt door NIVEL: NS2 (2001) en LINH (2003-2006)

* Dit hoge verwijscijfer moet voorzichtig geïnterpreteerd worden aangezien een deel van de huisartspraktijken in dat jaar weggelaten is.

** Er is waarschijnlijk sprake van een onderregistratie van verwijzingen naar het AMW en de vrijgevestigde psycholoog (zie voor een toelichting op de methode het monitorrapport Eerstelijns GGZ).

Bron: Emmen et al., 2007

Tabel 2.3 presenteert het aantal geregistreerde verwijzingen per 1.000 cliënten met een psychische of een sociale diagnose door de huisarts naar de eerste- en tweedelijns GGZ. Deze gegevens zijn afkomstig van de *Monitor Eerstelijns GGZ* uitgevoerd door het NIVEL.

Belangrijkste bevinding:

- In 2006 werden in totaal 46 per 1.000 cliënten met een psychische of sociale diagnose doorverwezen naar de tweedelijns GGZ, tegenover 17 per 1.000 cliënten naar de eerstelijns GGZ. Deze percentages zijn in de periode 2001-2006 stabiel.

In de periode 2001 tot 2006 is geen sprake van een afname van het aantal verwijzingen van huisartsen naar de tweedelijns GGZ; de huisarts verwijst in deze periode meer cliënten naar de tweedelijns GGZ dan naar de eerstelijns GGZ.

TABEL 2.4 NEDERLAND: ZORGGEBRUIK VAN MENSEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS OP JAARBASIS (IN PROCENTEN VAN HET AANTAL VOLWASSEN NEDERLANDERS MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS) (BRON: NEMESIS-1)

	Eerstelijnszorg	GGZ	Informele zorg	Enigerlei zorg
Stemmingsstoornis	53,9	36,1	20,1	63,8
Angststoornis	31,9	20,0	13,0	40,5
Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid	12,3	9,9	4,5	17,5
Drugsmisbruik of -afhankelijkheid	30,0	33,5	13,5	37,1
Eetstoornissen	50,0	46,6	24,0	64,0
Schizofrenie	35,7	47,1	20,0	46,7
Alle onderzochte stoornissen tezamen	27,2	16,3	10,4	33,9

Bron: Bijl en Ravelli, 1998

Tabel 2.4 presenteert het percentage van de mensen met een psychische stoornis die op jaarbasis hiervoor hulp krijgt. Het begrip hulpverlener werd in de NEMESIS-studie ruim opgevat. Er werd niet alleen gevraagd naar hulpverleners binnen de GGZ (onder meer RIAGG, psychiatrische polikliniek, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, vrijgevestigde psychiater en psychotherapeut), maar ook naar hulpverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (onder meer huisarts, bedrijfsarts, algemeen maatschappelijk werk) en binnen de informele zorg (onder meer alternatieve genezer, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisatie, pastor).

De belangrijkste bevindingen:

- Eenderde van de mensen met een psychische stoornis krijgt op jaarbasis enigerlei hulp. Dit betekent dat tweederde van de mensen met een psychische stoornis hiervoor geen enkele vorm van hulp krijgt op jaarbasis.

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

- Mensen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in contact met alle vormen van hulpverlening. Twee op de drie mensen met een stemmingsstoornis krijgt enigerlei hulp. Relatief vaak (53,9 procent) is dat eerstelijnszorg. Ongeveer eenderde van hen doet een beroep op de GGZ.
- Minder dan de helft van de mensen met een angststoornis krijgt hiervoor hulp. Hoewel dit niet opgenomen is in de tabel, bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Mensen met enkelvoudige en sociale fobieën maken weinig gebruik van zorg. Mensen met agorafobie, een obsessief-compulsieve stoornis, een paniekstoornis of een gegeneerde angststoornis hebben daarentegen wel een verhoogde kans om in contact te komen met de hulpverlening.
- Mensen met alcoholmisbruik of –afhankelijkheid komen relatief weinig in zorg (17,5 procent op jaarbasis). Drugsmisbruik en –afhankelijkheid leidt tot een aanzienlijk hogere zorgconsumptie; 37,1 procent van deze groep kreeg in een jaar tijd enigerlei vorm van zorg. Meestal deden zij een beroep op de GGZ en de eerstelijnszorg.
- Bijna de helft van de mensen met schizofrenie (46,7 procent) krijgt enigerlei vorm van hulp.
- Verhoudingsgewijs gebruiken mensen met een eetstoornis veel zorg (64 procent); 50 procent is in contact geweest met de eerstelijnszorg, ruim eenderde met de extramurale zorg.

Onderzoek naar de demografische kenmerken van zorggebruikers (Vollebergh et al., 2003) laat zien dat de GGZ relatief vaak wordt bezocht door hoogopgeleide mensen, ongeacht de psychische stoornis die zij hebben. Hetzelfde geldt voor mensen die alleen wonen, voor alleenstaande ouders, werklozen en arbeidsongeschikten. Vrouwen zoeken vaker hulp in de eerstelijns en de GGZ dan mannen (respectievelijk 35 procent en 19 procent tegenover 19 procent en 12 procent). Verder doen mensen die in een stad wonen, en mensen tussen 35 en 44 jaar relatief vaak een beroep op de eerstelijnszorg als ze last hebben van een psychische stoornis.

TABEL 2.5 INTERNATIONAAL: ZORGGEBRUIK (FORMEEL EN INFORMEEL¹) IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF, UITGESPLITST NAAR TYPE STOORNIS (OOIT IN HET LEVEN) (IN PROCENTEN)

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

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

Tabel 2.5 presenteert internationale cijfers over het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven hiervoor enigerlei vorm van zorg ontving.

Belangrijkste bevindingen:

- Hoewel een aanzienlijk percentage mensen met een psychische stoornis geen enkele vorm van hulp krijgt, is in Nederland het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven formele of informele hulp hiervoor krijgt relatief hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dat geldt voor alle diagnosegroepen.
- In Nederland krijgen beduidend meer mensen met een stemmingsstoornis zorg dan in de overige vijf Europese landen; maar liefst 71 procent van de Nederlanders die ooit in hun leven een stemmingsstoornis had, zegt hiervoor enigerlei vorm van zorg (formeel of informeel) te hebben ontvangen.
- Hetzelfde beeld doet zich voor bij angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen; ook daar blijken relatief meer Nederlanders ooit enigerlei vorm van zorg (formeel of informeel) te hebben ontvangen dan in de andere vijf Europese landen.

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

TABEL 2.6 VERBORGEN BEHOEFTE AAN HULP OP JAARBASIS (IN PROCENTEN VAN HET AANTAL VOLWASSEN NEDERLANDERS MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS) (BRON: NEMESIS-1)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal stoornissen > gelijk 1	9,9	23,9*	16,8
1 stoornis precies	6,9	16,4*	11,0
> gelijk 2 stoornissen	18,9	34,7*	28,6
Stemmingsstoornis	19,4	33,5*	28,2
Angststoornis	16,5	24,2*	21,6
Alcoholmisbruik of afhankelijkheid	5,4	21,3*	8,1
Drugsmisbruik of afhankelijkheid	14,8	21,1	17,0
Schizofrenie	21,3	22,1	21,7

* = significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

In tabel 2.6 staat vermeld hoeveel mannen en vrouwen met een psychische stoornis op jaarbasis een verborgen behoefte aan hulp hebben, maar toch niet naar een hulpverlener gaan. Onder verborgen behoefte aan hulp wordt in de NEMESIS-studie verstaan die groep mensen mét een psychische stoornis die géén hulp hiervoor krijgt, maar wél zegt behoefte hieraan te hebben.

De belangrijkste bevindingen:

Van de groep mensen met een psychische stoornis die geen enkele vorm van hulp ontvangt (tweederde), zegt gemiddeld eenzesde van de mensen wel graag hulp te ontvangen, tegenover 43 procent van de mensen die zegt daar geen behoefte aan te hebben. Tussen groepen bestaan er grote verschillen:

- *Vrouwen*. Over de gehele linie hebben significant meer vrouwen dan mannen met een psychische stoornis een verborgen behoefte aan hulp. Bijna één op de vier vrouwen met één of meer psychische stoornissen zegt geen zorg te hebben gekregen voor hun psychische problemen, terwijl zij er wel behoefte aan hebben. Bij de mannen ligt dit percentage een stuk lager: 9,9 procent. Opvallend weinig mannen met alcoholmisbruik of –afhankelijkheid hebben een verborgen behoefte aan hulp.
- *Mensen met ernstigere symptomen* (het hebben van meer dan twee psychische stoornissen tegelijkertijd). De verborgen behoefte aan hulp bij mensen met twee of meer stoornissen is relatief hoog (28,6 procent): 34,7 procent van de vrouwen en 18,9 procent van de mannen.
- *Mensen met een stemmingsstoornis*. Het percentage verborgen behoefte aan hulp is ook relatief hoog bij mensen met een stemmingsstoornis (28,2 procent): 33,5 procent van de vrouwen en 19,4 procent van de mannen. Geschat wordt dat 3 van de 4 mensen met een bipolaire stoornis geen adequate behandeling krijgen, terwijl zij dat wel nodig hebben.

TABEL 2.7 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN ALS VOORSPELLENDE KENMERKEN VOOR ZORGGEBRUIK IN DE TWAALF MAANDEN VOORAFGAAN AAN HET INTERVIEW (GECONTROLEERD VOOR SEKSE, LEEFTIJD EN ALLE OVERIGE DIAGNOSEN TEZAMEN), PEILJAAR 1996 (BRON: NEMESIS-1)

	Eerstelijns- zorg	GGZ	Informele zorg	Enigerlei zorg
<i>Stemmingsstoornis</i>				
Depressie in engere zin	√	√	√	√
Dysthymie	√	√	√	√
Bipolaire stoornis	√	√	√	√
<i>Angststoornis</i>				
Paniekstoornis	√	√	ns	√
Agorafobie (zonder paniek)	√	√	ns	√
Enkelvoudige fobie	ns	ns	ns	ns
Sociale fobie	ns	ns	ns	√
Gegeneraliseerde angststoornis	√	√	√	√
Obsessief-compulsieve stoornis	√	√	ns	√
<i>Middelenstoornis</i>				
Alcoholmisbruik	ns	ns	ns	ns
Alcoholafhankelijkheid	ns	ns	ns	ns
Drugsmisbruik	ns	ns	ns	ns
Drugsafhankelijkheid	ns	ns	ns	ns
Schizofrenie	ns	√	ns	ns

√= significant hogere kans: $p < 0,05$; ns= niet significant hogere of lagere kans; -= lagere kans

Eerstelijnszorg: huisarts, bedrijfsarts, crisisdienst, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg/ verpleging
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ): Riagg, polikliniek psychiatrie, CAD, vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut, psychiatrische deeltijdbehandeling, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, RIBW

Informele zorg: alternatieve hulpverleners, traditionele genezer, zelfhulpgroep, telefonische hulpdienst, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut/ haptonoom.

Bron: Bijl & Ravelli, 1998

Tabel 2.7 geeft een overzicht van de psychiatrische stoornissen die gekenmerkt worden door een verhoogde kans is op zorggebruik.

Belangrijkste bevindingen:

- De kans dat iemand in contact komt met de hulpverlening (eerstelijnszorg, tweedelijns GGZ of informele zorg) blijkt bij bepaalde psychische stoornissen groter te zijn dan bij andere. Een verhoogde kans op zorggebruik in de eerstelijns en GGZ hebben mensen met de volgende stoornissen:
 - *Stemmingsstoornis:*
 - Depressie in engere zin
 - Bipolaire stoornis
 - Dysthymie
 - *Angststoornis:*
 - Agorafobie
 - Obsessief-compulsieve stoornis
 - Paniekstoornis
 - Gegeneraliseerde angststoornis
- Mensen met schizofrenie hebben een verhoogde kans op tweedelijns GGZ, maar niet op eerstelijnszorg en informele zorg.
- *Geen* verhoogde kans op eerstelijnszorg, GGZ of informele zorg hebben mensen met een:
 - Middelenstoornis (drugs, alcohol)
 - Enkelvoudige fobie
 - Sociale fobie

TABEL 2.8 SAMENHANG TUSSEN DE ERNST VAN DE PSYCHISCHE STOORNIS EN ZORGGEBRUIK OP JAARBASIS (12 MAANDEN); EEN INTERNATIONALE VERGELIJKING (IN PROCENTEN)

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

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

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

In tabel 2.8 wordt op internationaal niveau een overzicht gegeven van de samenhang tussen de *ernst* van de psychische stoornis en het zorggebruik op jaarbasis. De onderzoeken zijn uitgevoerd in Afrika (Nigeria, Zuid-Afrika), Noord en Zuid-Amerika (Colombia, Mexico, de Verenigde Staten), Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Spanje, Oekraïne), Japan, Nieuw Zeeland, China en het Midden-Oosten (Israël en Libanon). De landen werden ingedeeld in één van de volgende vier inkomenscategorieën: laag inkomen, laag-midden, hoog-midden en hoog inkomen. De totale steekproef bestond uit 84.850 volwassenen van 18 jaar en ouder (variërend van 2.372 in Nederland tot 12.790 in Nieuw Zeeland). Veldwerk werd uitgevoerd in de periode 2001-2004. Psychiatrische stoornissen werden

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

Belangrijkste bevindingen:

- Hoe ernstiger de psychiatrische stoornis, hoe meer mensen zorg ontvangen. Dit patroon doet zich globaal in alle landen voor.
- Een substantieel percentage mensen met ernstige psychische stoornissen blijkt geen zorg te ontvangen. Dit geldt voor rijke landen, maar nog meer voor minder rijke landen (zoals Libanon, Mexico, Nigeria, Oekraïne en Zuid-Afrika). In de minder rijke landen krijgen relatief weinig mensen met een ernstige psychiatrische stoornis hulp.
- In Nederland lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen: 7,7 procent van de Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is vastgesteld. Hiermee is Nederland koploper: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten liggen deze percentages hoger van het aantal mensen zonder psychische stoornis dat enigerlei vorm van zorg ontvangt bij psychische problemen (respectievelijk 13,4 en 9,7 procent).

ZORGIS

In dit hoofdstuk is een aantal tabellen ontleend aan Zorgis, het zorgregistratie-systeem van GGZ Nederland. Aan deze registratie nemen alle lidinstellingen van de branche-organisatie deel (circa 87). Zij leveren vanuit hun eigen instellingsregistratie gegevens over hun cliënten aan Zorgis.

Om tot een landelijk beeld te komen maakt GGZ Nederland gebruik van extrapolatiemethoden. In eerdere edities baseerde GGZ Nederland zich hierbij op gegevens van APZ, RIAGG en de geïntegreerde GGZ. In deze en de vorige editie is de selectie vollediger: APZ, RIAGG, RIBW, KJP en de geïntegreerde GGZ. Van de verslavingszorginstellingen en de TBS-instellingen zijn te weinig gegevens beschikbaar om op betrouwbare wijze te extrapoleren. PAAZ'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vallen niet onder het bereik van Zorgis.

GGZ Nederland hanteert een indeling in circuits: kinderen en jeugd (0-17 jaar), volwassenen (18-64 jaar), ouderen (65 jaar en ouder) en RIBW. GGZ Nederland gebruikt sinds 2003 een nieuwe systematiek om de omvang van het aantal cliënten per circuit te bepalen. De oude leeftijdgebonden systematiek is losgelaten. Volgens de nieuwe systematiek worden alle personen die zorg ontvangen bij één van de circuits meegeteld. Bij het circuit kinderen en jeugd worden volgens de nieuwe systematiek zowel ouders als kinderen die bij de jeugdafdeling zorg ontvangen meegeteld in de statistieken. Deze wijziging heeft gevolgen voor de vergelijkbaarheid van cijfers voor en na 2003. Op de volgende pagina's worden derhalve uitsluitend cijfers opgenomen over de periode 2003 tot begin 2008.

TABEL 2.9 DOORSTROMING VAN CLIËNTEN, PER CIRCUIT (BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG's, RIBW EN KJP), 2003-2007 (x 1.000)²

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

* Onder actief bestand wordt verstaan: alle cliënten die in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad.

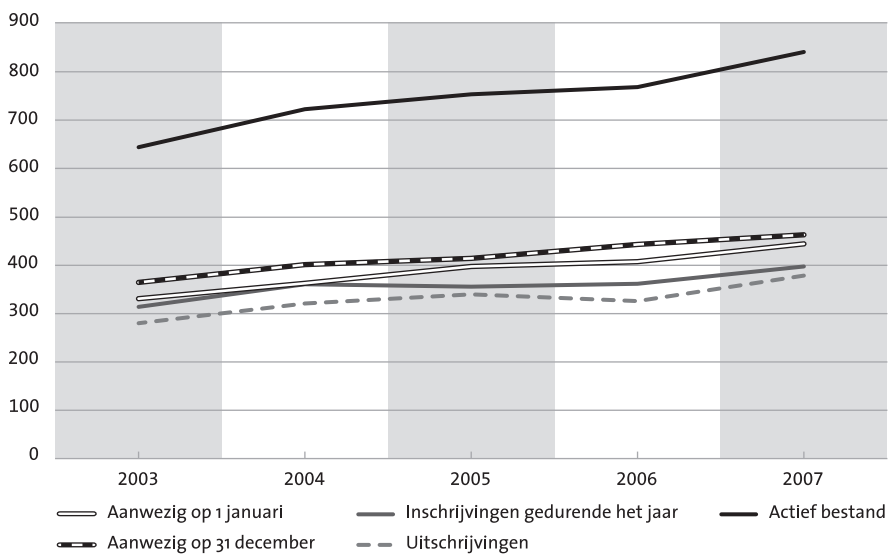
Bron: GGZ Nederland

In tabel 2.9 wordt een overzicht gegeven van de doorstroming van GGZ-cliënten per circuit. In grafiek 2.9 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Over de gehele linie is het aantal cliënten dat instroomt (aantal inschrijvingen) en het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand in de periode 2003-2007 toegenomen. Was er tussen 2005 en 2006 nog een lichte daling zichtbaar in het aantal cliënten dat uitstroomt (aantal uitschrijvingen), sinds 2006 is dit aantal weer toegenomen (rechterkolom 'totaal'). Het actieve bestand bestaat in 2007 voor bijna tweederde uit cliënten van het circuit volwassenen, voor ruim een kwart uit cliënten van het circuit kinderen en jeugdigen, voor een tiende deel uit cliënten van het circuit ouderen en voor het resterende deel uit cliënten van het circuit beschermd wonen. Bij de instroom van nieuwe cliënten is ongeveer dezelfde verhouding zichtbaar.
- Binnen het circuits kinderen en jeugd en volwassenen is het aantal cliënten dat in- en uitstroomt en het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand toegenomen. Bij het circuit ouderen is het aantal dat in- en uitstroomt redelijk stabiel en is het aantal cliënten dat valt onder het actieve bestand licht afgenomen. Binnen het circuit beschermd wonen is het aantal in- en uitschrijvingen stabiel, maar neemt het actieve bestand vanaf 2003 toe.

GRAFIEK 2.9 DOORSTROMING VAN CLIËNTEN, 2003-2007 (x 1.000)²



Bron: GGZ Nederland

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

TABEL 2.10 AARD VAN DE ZORG, PER CIRCUIT (AMBULANT, KLINISCH, RESIDENTIEEL VAN CLIËNTEN BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG'S, RIBW EN KJP), 2004-2007 (IN PROCENTEN)

	Kinderen en jeugd				Volwassenen							
	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07				
Ambulant	96	96	96	96	86	86	86	87				
Deeltijd	1	1	1	1	2	2	2	2				
Residentieel*	2	2	2	3	8	8	8	7				
Gemengd residentieel*	1	1	1	1	4	4	4	4				
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100				
	Ouderen				Beschermd wonen**				Totaal			
	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07	'04	'05	'06	'07
Ambulant	88	88	88	88	41	43	46	61	88	88	87	89
Deeltijd	2	2	2	2	0,5	0,5	0	0	2	2	2	1
Residentieel*	8	7,5	7	7,5	58	56	53	38	7	8	7	7
Gemengd residentieel*	2	2,5	3	2,5	0,5	0,5	1	1	3	3	3	3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

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

Bron: GGZ Nederland

In tabel 2.10 wordt een overzicht gegeven van de aard van de zorg die cliënten hebben ontvangen per circuit in de periode 2004-2007. De tabel heeft betrekking op het actieve cliëntenbestand van de genoemde instellingen, dat wil zeggen alle cliënten die in de loop van dat jaar tenminste één contact hebben gehad.

De belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van de cliënten uit de circuits kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen ontvangt ambulante zorg. Slechts een klein aantal cliënten ontvangt residentiële zorg.
- Het aantal cliënten uit het circuit beschermd wonen dat residentiële zorg ontvangt is sinds 2006 afgenomen. Het aantal cliënten uit het circuit beschermd wonen dat ambulante zorg ontvangt neemt sinds 2006 toe.
- In de periode 2004-2007 is de aard van de zorg die GGZ-cliënten ontvangen constant.

TABEL 2.11 BEHANDELDUUR VAN GGZ-CLIËNTEN (BIJ GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, APZ'EN, RIAGGS's, RIBW EN KJP), 2003-2007 (IN DAGEN/ PROCENTEN)

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

Bron: GGZ Nederland

Tabel 2.11 geeft de behandelduur weer van cliënten bij de geïntegreerde GGZ-instellingen, APZ'en, RIAGG's, RIBW en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Een cliënt is gemiddeld bijna 12 maanden in behandeling. Er is sprake van een lichte toename ten opzichte van 2006 (toen cliënten gemiddeld tien maanden in behandeling waren).
- Driekwart van de cliënten ontvangt na één jaar geen behandeling meer. Een vijfde van de cliënten heeft maar één behandelcontact en bijna de helft van de cliënten is na drie maanden uit de zorg.

TABEL 2.12 WACHTLIJSTEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003-2008 (IN CLIËNTEN)

	Begin 2003	Begin 2004	Begin 2005	Begin 2006	Begin 2007	Begin 2008
Aanmeldingswachtfase	17.700	10.500	21.400	20.500	22.000	31.400
Beoordelingswachtfase	30.700	37.700	34.000	33.500	32.000	33.800
Behandelingswachtfase	23.100	18.000	15.000	19.600	20.700	19.500
Totaal	71.500	66.300	70.400	73.600	74.700	84.700

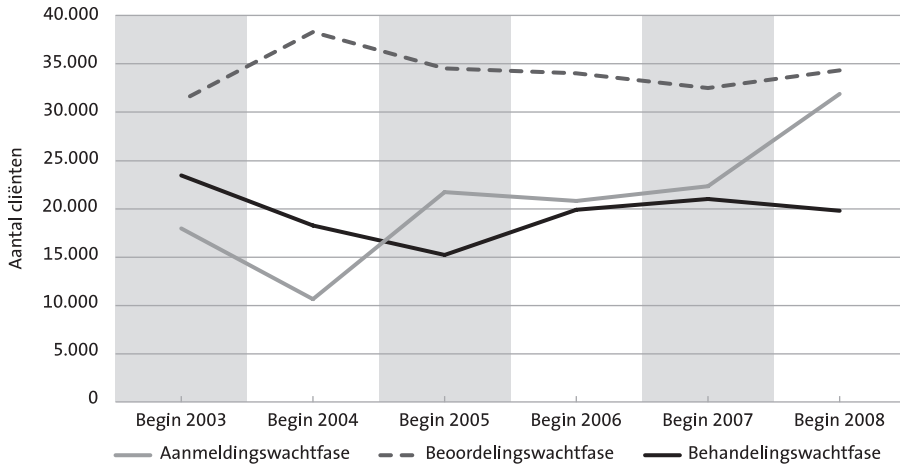
Bron: GGZ Nederland

Tabel 2.12 geeft de totale omvang van de wachtlijsten in de verschillende wachtfasen weer. De omvang van de wachtlijsten wordt uitgedrukt in het aantal wachtende cliënten. In grafiek 2.12 wordt de tabel gevisualiseerd. De wachtlijsten worden onderverdeeld in drie fasen: de aanmeldingswachtfase (de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener); de beoordelingswachtfase (de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld); de behandelingswachtfase (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact).

De belangrijkste bevindingen:

- De totale omvang van de wachtlijsten bij GGZ-instellingen was tussen 2003 en 2007 stabiel, maar stijgt vanaf 2007 (13 procent).
- De wachttijd in de aanmeldingsfase stijgt sinds 2006.
- Het aantal wachtenden in de beoordelingsfase daalde sinds 2004, maar stijgt vanaf 2007 licht (6 procent).
- De wachttijd in de behandelingswachtfase laat tussen 2007 en 2008 een lichte daling zien (-6 procent).

GRAFIEK 2.12 WACHTLIJSTEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003-2008



Bron: GGZ Nederland

TABEL 2.13 WACHTTIJDEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003-2007 (IN WEKEN)

	Begin 2003	Begin 2004	Begin 2005	Begin 2006	Begin 2007
Aanmeldingswachtfase	7	7	7	7	7
Beoordelingswachtfase	14	17	15	15	15
Behandelingswachtfase	15	20	17	17	21
Totaal	36	44	39	39	43

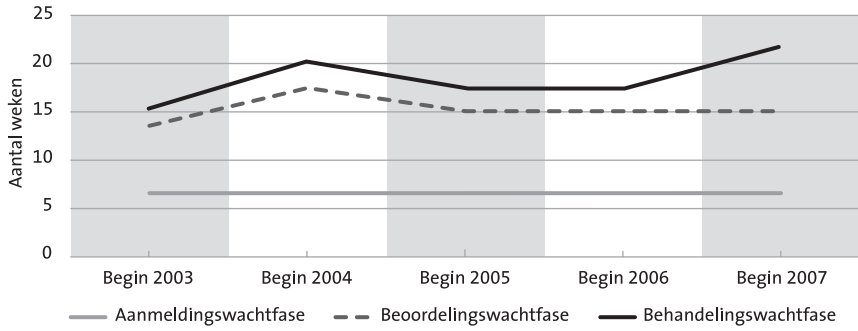
Bron: GGZ Nederland

Tabel 2.13 geeft de gemiddelde wachttijden in de verschillende wachtfasen weer. De omvang van de wachttijden wordt uitgedrukt in het aantal te wachten weken. In grafiek 2.13 wordt de tabel gevisualiseerd. Net als bij de wachtlijsten worden de wachttijden onderverdeeld in drie fasen: de aanmeldingswachtfase (de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener); de beoordelingswachtfase (de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld); de behandelingswachtfase (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact).

De belangrijkste bevindingen:

- De wachttijden zijn vrij stabiel. Uitzondering is de behandelingswachtfase.
- In iedere fase wachten cliënten nog steeds langer dan de zorgverzekeraars en de brancheorganisatie zelf aanvaardbaar vinden (norm aanmeldingsfase: 4 weken, norm beoordelingswachtfase: 4 weken, norm behandelingswachtfase: 6 tot 13 weken).
- De duur van de wachttijd is het kortst in de aanmeldingsfase (7 weken) en is niet veranderd tussen 2003 en 2007.
- De wachttijden in de beoordelingsfase zijn sinds 2005 stabiel.
- De wachttijd in de behandelingswachtfase laat sinds begin 2006 een stijging zien (van 17 weken begin 2006 naar 21 weken begin 2007). De wachttijden in de behandelingswachtfase worden relatief sterk beïnvloed door de langere wachttijden voor de RIBW.

GRAFIEK 2.13 GEMIDDELTE WACHTTIJDEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003-2007



Bron: GGZ Nederland

TABEL 2.14 WACHTLIJSTEN BIJ DE GGZ-INSTELLINGEN, PER CIRCUIT, 2005-2008 (IN CLIËNTEN)

	Begin 2005	Begin 2006	Begin 2007	Begin 2008
Kinderen en Jeugd	18.500	18.900	18.600	22.900
Volwassenen	47.700	51.300	50.500	56.900
Ouderen	4.200	3.400	5.600	4.800
Totaal	70.400	73.600	74.700	84.700

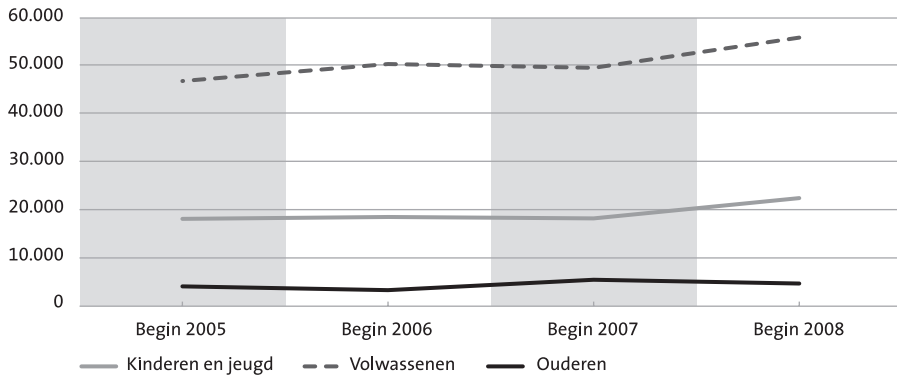
Bron: GGZ Nederland

In tabel 2.14 wordt de omvang van de wachtlijsten uitgesplitst naar de circuits kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen. In grafiek 2.14 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale omvang van de wachtlijsten is in de periode 2005-2007 redelijk stabiel, maar neemt sinds 2007 toe.
- Het aantal wachtenden is het grootst in het circuit volwassenen.
- De grootste toename van het aantal wachtenden is begin 2008 zichtbaar in het circuit Kinderen en Jeugd (23 procent).
- Het aantal cliënten van 65 jaar en ouder dat op de wachtlijst staat neemt vanaf 2007 af (-14 procent).

GRAFIEK 2.14 WACHTLIJSTEN BIJ DE GGZ-INSTELLINGEN, PER CIRCUIT, 2005-2008



Bron: GGZ Nederland

TABEL 2.15 AANTAL ONVRIJWILLIGE OPNEMINGEN, 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
IBS	6.346	6.780	6.984	7.025	7.515	7.790	8.095	8.118
RM	4.887	5.552	6.313	7.136	8.160	8.714	8.970	9.493
Machtiging voortgezet verblijf	2.109	2.425	2.809	3.283	3.197	3.249	2.710	2.833
Voorlopige machtiging	2.710	3.043	3.384	3.710	3.980	4.124	4.200	4.447
Machtiging eigen verzoek	68	80	90	86	101	70	81	73
Voorwaardelijke machtiging	0	4	30	57	882	1.271	1.979	2.103
Observatiemachtiging*	-	-	-	-	-	-	51	37
Totaal aantal onvrijwillige opnamen	11.233	12.332	13.297	14.161	15.675	16.504	17.065	17.611

* Sinds 1 januari 2006 is de Wet bopz uitgebreid met de mogelijkheid van een observatiemachtiging. De observatiemachtiging is bedoeld voor mensen zonder ziekte-inzicht die zich onttrekken aan iedere vorm van hulpverlening en behandeling en waarvan (nog) niet bekend is of zij voldoen aan de voorwaarden voor een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling.

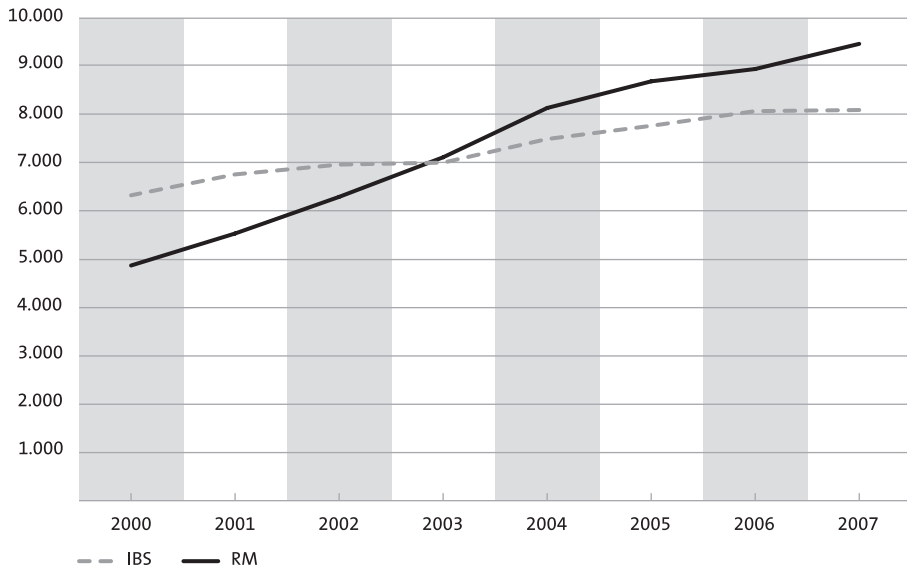
Bron: Bopzis-4

In tabel 2.15 wordt een overzicht gegeven van het aantal onvrijwillige opnemingen in de periode 2000-2007. In grafiek 2.15 wordt dit gevisualiseerd. De tabel heeft betrekking op onvrijwillige opnemingen in intramurale instellingen voor GGZ (waarvan de meeste in APZ'en), psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Onvrijwillige opnemingen vloeien voort uit maatregelen op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet bopz). Deze maatregelen kunnen ofwel via een inbewaringstelling (IBS), ofwel via een rechterlijke machtiging (RM) tot stand komen. Bij psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten vindt onvrijwillige opname plaats via een indicatiestelling en zelden via een rechterlijke machtiging. Vrijwel alle onvrijwillige opnemingen werden gerealiseerd in GGZ-instellingen. Tabel 2.15 is samengesteld aan de hand van gegevens van het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gehouden registratiesysteem betreffende de wet bopz (Bopzis). Bopzis is een actieve database.

Belangrijkste bevindingen:

- In Nederland vinden steeds meer onvrijwillige opnemingen plaats. Tussen 2000 en 2007 is het aantal onvrijwillige opnemingen met 57 procent toegenomen.
- Het aantal opnemingen met een RM neemt sneller toe dan het aantal opnemingen met een IBS (ten opzichte van 2000 respectievelijk met 94 en 28 procent).
- Sinds 1 januari 2006 is de wet BOPZ uitgebreid met de mogelijkheid van een observatiemachtiging. Van deze mogelijkheid wordt nog relatief weinig gebruik gemaakt.

GRAFIEK 2.15 AANTAL ONVRIJWILLIGE OPNEMINGEN (RM EN IBS), 2000-2007



Bron: Bopzis-4

3 ZORGAANBOD: CAPACITEIT EN PRODUCTIE

TABEL 3.1 AANTAL EN SOORT GGZ-INSTELLINGEN, 2000-2008³

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

Bron: GGZ Nederland

Tabel 3.1 geeft een beeld van het aantal lidinstellingen van GGZ Nederland in de periode 2000-2008. In grafiek 3.1 wordt dit visueel weergegeven.

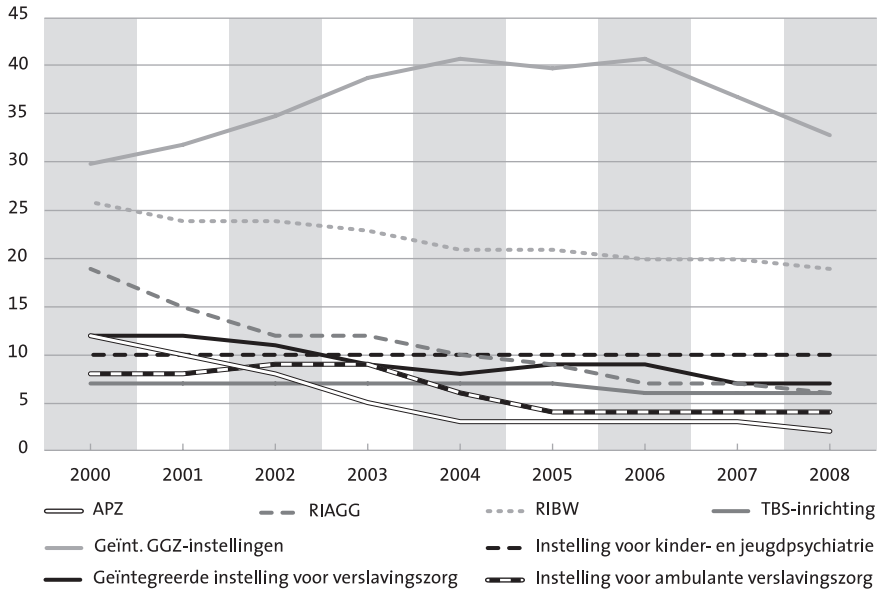
In de tabel staan 6 TBS-inrichtingen vermeld in 2006-2008. Deze inrichtingen zijn lidinstellingen van GGZ-Nederland; vijf van deze inrichtingen zijn zelfstandige particuliere justitiële forensisch-psychiatrische inrichtingen en één inrichting is een zelfstandige justitiële rijksinrichting.

De belangrijkste bevindingen:

- Rondom de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de toename van marktwerking in de zorg is er een golf van fusies waarneembaar tussen geïntegreerde GGZ-instellingen om de marktpositie te versterken. In tabel 3.1 is een afname van het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen dan ook waarneembaar vanaf 2006 als gevolg van deze fusies.
- Het aantal zelfstandige APZ'en, RIAGG's en RIBW's neemt geleidelijk af.
- Het aantal instellingen voor ambulante verslavingszorg en het aantal TBS-inrichtingen is de afgelopen jaren constant.

³ Het beeld is niet compleet, aangezien de PAAZ'en, PUK'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten niet in de tabel zijn opgenomen.

GRAFIEK 3.1 AANTAL EN SOORT GGZ-INSTELLINGEN, 2000-2008



Bron: GGZ Nederland

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZA)

In het volgende deel zijn zeven tabellen opgenomen die zijn samengesteld op basis van de jaarverslagen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en databankanalyses uitgevoerd door de NZa.

De cijfers zijn gebaseerd op de geïntegreerde GGZ-instellingen, de zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's, RIBW's, de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen, de verslavingsklinieken, ambulante verslavingszorg, de PAAZ'en, de TBS-inrichtingen (niet justitieel) en landelijk werkende GGZ-instellingen voor zover deze instellingen onder de AWBZ vallen. In de tabel zijn geen cijfers meegenomen over vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en PUK'en. Daarvoor zijn andere bronnen geraadpleegd.

De gegevens van de NZa zijn betrouwbaar, omdat de instellingen op basis van de door hen zelf aangeleverde gegevens hun productieafspraken met de NZa maken. De dekkinggraad van de NZa is honderd procent.

TABEL 3.2 FORMELE KLINISCHE CAPACITEIT GGZ-INSTELLINGEN VERDEELD NAAR SECTOREN, 1993-2007

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

* inclusief toelating logeerplaatsen

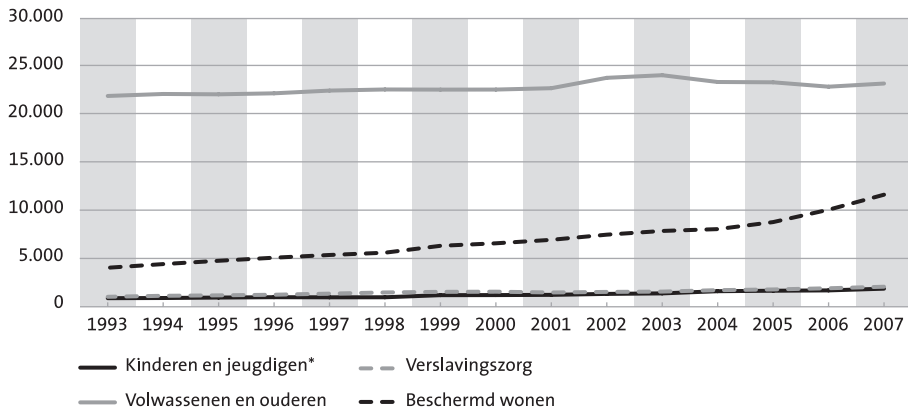
Bron: NZa

Tabel 3.2 presenteert de formele klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993-2007. In grafiek 3.2 wordt dit visueel weergegeven. De formele klinische capaciteit verwijst naar het aantal bedden waarover de GGZ-instellingen in de afgelopen jaren hebben kunnen beschikken en wordt uitgedrukt in het aantal toegelaten bedden. Het geeft weer wat de capaciteit van zorgaanbieders zou mogen zijn.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale klinische capaciteit van de gezamenlijke GGZ-instellingen is vanaf 1993 toegenomen met 39 procent.
- Veruit het merendeel van de formele klinische capaciteit is gesitueerd in de circuits volwassenen en ouderen. Tussen 2003 en 2006 nam de formele klinische capaciteit in deze circuits licht af. Vanaf 2006 neemt deze licht toe.
- De formele capaciteit groeit het sterkst in het circuit beschermd wonen. Sinds 1993 is deze capaciteit met bijna 187 procent toegenomen.
- In de verslavingszorg en de kinder- en jeugdpsychiatrie is de formele klinische capaciteit sinds 1993 geleidelijk toegenomen.

GRAFIEK 3.2 FORMELE KLINISCHE CAPACITEIT GGZ-INSTELLINGEN, 1993-2007



Bron: NZa

TABEL 3.3 FEITELIJKE KLINISCHE CAPACITEIT GGZ-INSTELLINGEN, 1993-2007								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Bedden	23.922	23.980	23.858	23.920	23.868	22.756	22.615	22.265
Plaatsen beschermd wonen	4.173	4.574	4.913	5.253	5.573	5.443	6.025	6.087
Totaal	28.095	28.554	28.771	29.173	29.441	28.199	28.640	28.352
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Bedden	21.087	22.516	21.947	22.115	22.200	22.233	22.245	
Plaatsen beschermd wonen	5.994	6.370	6.946	7.384	8.421	9.868	11.427	
Totaal	27.081	28.886	28.893	29.499	30.621	32.101	33.672	

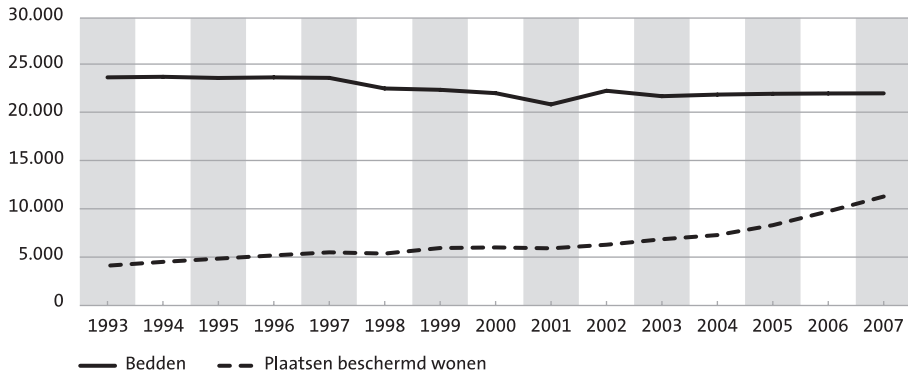
Bron: NZa

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

De belangrijkste bevinding:

- De totale feitelijke klinische capaciteit is in de periode 1993-2003 redelijk constant. Vanaf 2003 is er sprake van een lichte stijging; dit is het resultaat van een relatief sterke toename van het aantal bezette plaatsen voor beschermd wonen (een toename van 174 procent in de periode 1993-2007).

GRAFIEK 3.3 FEITELIJKE KLINISCHE CAPACITEIT GGZ-INSTELLINGEN, 1993-2007



Bron: NZa

TABEL 3.4 FORMELE VERSUS FEITELIJKE KLINISCHE CAPACITEIT PER CIRCUIT, 2005-2007

	2005			2006			2007		
	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil	Formeel	Feitelijk	Vershil
Verslavingszorg	1.824	1.764	-3,4%	1.950	1.891	-3,1%	2.111	2.052	-2,8%
Forensische psychiatrie + KIB*	676	676	0,0%	697	697	0,0%	770	770	0,0%
Volwassenen en ouderen	23.650	18.254	-29,5%	23.187	18.079	-28,3%	23.521	18.449	-21,6%
Kinder- en jeugd-psychiatrie	1.688	1.506	-12,1%	1.726	1.565	-10,3%	1.906	1.744	-8,5%
Beschermd wonen	8.922	8.421	-5,9%	10.225	9.868	-3,6%	11.808	11.427	-3,2%
Totaal	36.760	30.621	-20%	38.112	32.427	-17,5%	40.116	34.442	-14,1%

* *Kliniek voor Intensieve Behandeling*

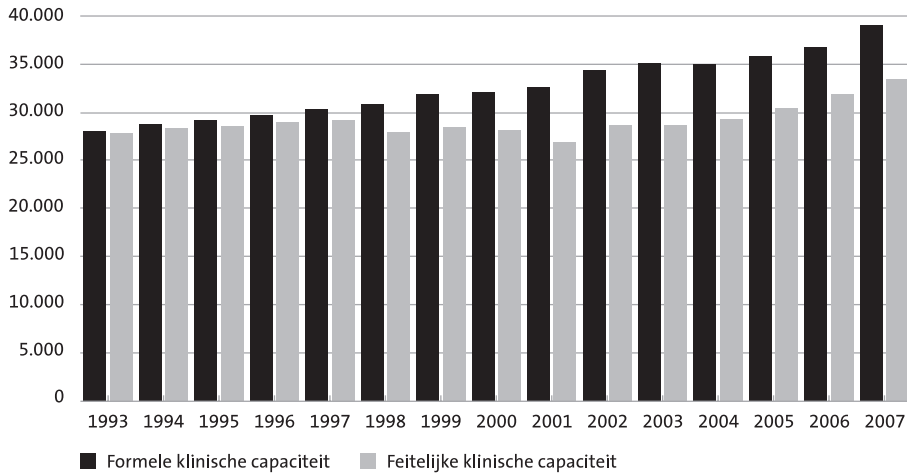
Bron: NZa

In tabel 3.4 wordt per circuit de verhouding weergegeven tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit in de periode 2005-2007. De cijfers omtrent forensische psychiatrie zijn gebaseerd op wat via de AWBZ bekostigd wordt. De totale formele en feitelijke klinische capaciteit wijkt iets af van de cijfers in tabel 3.3 en tabel 3.2. Reden is dat de forensische psychiatrie + KIB is opgenomen in bovenstaande tabel, terwijl deze niet zijn opgenomen in tabel 3.3 en tabel 3.2.

De belangrijkste bevindingen:

- De formele capaciteit is over de gehele linie groter dan de feitelijke capaciteit in de periode 2005-2007. Dit verschil wordt echter kleiner. De belangrijkste oorzaak van deze ontwikkeling is de ambulantisering van de volwassenenzorg. Ambulantisering is het omzetten van de klinische capaciteit in andere vormen van zorg met een mindere begeleidingscapaciteit. Mede als gevolg van deze substitutie zijn de deeltijdbehandeling, het poliklinisch werk en het beschermd wonen in omvang toegenomen.
- Het verschil tussen de formele en feitelijke capaciteit is het grootst in de circuits volwassenen en ouderen (verschil van 21,6 procent), gevolgd door het circuit kinderen en jeugd (verschil van 8,5 procent). Deze verschillen zijn tussen 2006 en 2007 wel kleiner geworden.
- Uitzondering vormt de forensische psychiatrie: daar is de formele klinische capaciteit gelijk aan de feitelijke capaciteit.

GRAFIEK 3.4 FORMELE VERSUS FEITELIJKE KLINISCHE CAPACITEIT, 1993-2007



Bron: NZa

Grafiek 3.4 geeft een totaaloverzicht van de formele en feitelijke klinische capaciteit van GGZ-instellingen in de periode 1993-2007. De cijfers in grafiek 3.4 zijn afkomstig uit de tabellen 3.3 en 3.2.

De belangrijkste bevinding:

- De marge tussen de formele en feitelijke klinische capaciteit neemt tot 2004 toe. Vanaf dan neemt de marge geleidelijk af, als gevolg van een grotere toename van de feitelijke klinische capaciteit ten opzichte van de formele klinische capaciteit.

TABEL 3.5 ONTWIKKELING PSYCHIATRISCHE OPNAME- EN VERBLIJFPLAATSEN PER 100.000 INWONERS IN EEN AANTAL EUROPESE LANDEN, 1986-2007

	1986	1991	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% verandering 1986-2007	
België	215,0	179,3	164,3	152,8	149,0	148,2	147,8	149,9	149,7	148,8	-30,8	
Denemarken	170,8	91,8	80,0	75,3	72,8	70,3	66,5	59,8	62,7	60,4	-64,6	
Duitsland	...	138,0	111,0	107,5	105,7	106,6	106,8	107,0	108,4	...	-21,4	****
Finland	318,4	216,2	120,3	100,4	100,6	98,2	94,2	86,7	86,4	84,0	-73,6	
Frankrijk	199,9	154,2	120,0	105,3	101,9	97,0	95,3	93,9	92,6	...	-53,7	**
Griekenland	130,6	91,6	83,2	93,3	92,5	87,9	89,5	86,7	87,3	...	-33,2	**
Ierland	326,5	252,9	170,2	128,6	116,3	108,9	101,9	96,2	91,9	85,1	-73,9	
Italië	100,0	62,8	39,1	13,8	14,0	13,4	13,1	13,2	13,0	...	-87,0	**
IJsland	180,5	142,3	117,9*	...	...	...	...	...	...	...	-34,7	*****
Luxemburg	272,9	205,9	99,6	83,3	82,5	81,8	63,3	...	...	...	-76,8	*****
Nederland	167,5	176,6	171,8	153,9	138,2	136,0	133,7	137,9	138,1	137,1	-18,1	
Noorwegen	123,5	81,4	68,2	66,8	65,8	64,1	57,0	60,0	59,4	57,0	-53,8	
Oostenrijk	118,2	95,8	70,5	55,6	57,7	56,2	55,5	57,0	58,9	62,9	-46,8	
Portugal	90,8	85,9	72,8	65,2	60,3	63,0	63,0	61,8	...	...	-31,9	***
Spanje	85,6	67,7	58,8	50,9	50,3	48,6	47,6	45,8	56,6	...	-33,8	**
Verenigd Koninkrijk	235,4	165,1	85,7	...	...	...	...	...	...	...	-63,6	*****
Zweden	229,3	150,5	82,3	58,7	54,8	51,4	50,1	48,1	49,3	48,8	-78,7	

* 1995

** 1986-2006

*** 1986-2005

**** 1991-2006

***** 1986-2004

***** 1986-1996

Nederlandse cijfers: exclusief beschermd wonen

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

In tabel 3.5 wordt ontwikkelingen geschetst van psychiatrische opname- en verblijfplaatsen per 100.000 inwoners in een aantal Europese landen in de periode 1986-2007. De GGZ streeft ernaar om klinische capaciteit te vervangen door intensieve, ambulante vormen van zorg. Deze ontwikkeling maakt deel uit van een brede, internationale ontwikkeling van 'institutionele GGZ' naar meer genormaliseerde en maatschappelijk ingebedde ondersteuningsvormen.

De belangrijkste ontwikkelingen:

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

TABEL 3.6 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN (UITGEDRUKT IN VERPLEEGDAGEN, DEELTIJD-BEHANDELINGEN, DAGEN BESCHERMD WONEN EN AMBULANTE CONTACTEN), 1993-2007 (x 1.000)

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

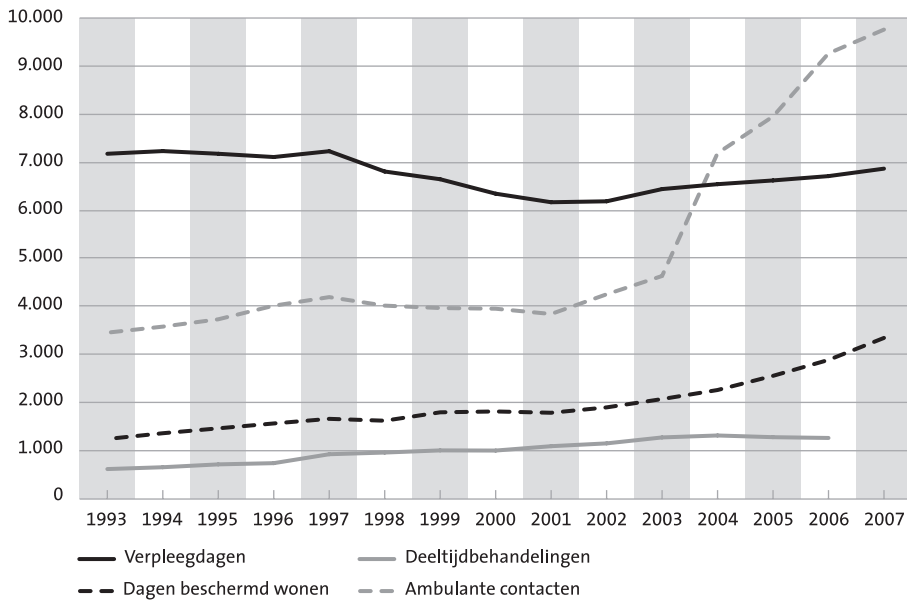
Bron: NZa

In tabel 3.6 worden de absolute productiecijfers weergegeven die de gezamenlijke GGZ-instellingen in de jaren 1993-2007 hebben gerealiseerd. In grafiek 3.6 worden deze cijfers gevisualiseerd.

De productiecijfers zijn uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en contacten. 'Contacten' betreffen de ambulante en poliklinische contacten van de APZ'en, de RIAGG's, de PAAZ'en en de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De contacten van de RIBW zijn hier niet in opgenomen. Niet in de grafiek opgenomen:

- Het werk dat wordt verricht door de afdelingen voor dienstverlening en preventie. Deze afdelingen die oorspronkelijk deel uitmaakten van de RIAGG's, vindt men nu in veel regio's terug bij de geïntegreerde GGZ-instelling. Dienstverlening omvat activiteiten die erop gericht zijn hulpverleners buiten de GGZ te ondersteunen bij het in eigen beheer verlenen van psychische hulp, bijvoorbeeld door consultatie. Preventie omvat activiteiten die beogen te voorkomen dat mensen voor hulp bij de GGZ terechtkomen dan wel dat hulpvragers in een zwaardere vorm van hulpverlening terechtkomen.
- De zogenaamde zorgvernieuwingsactiviteiten. Hieronder wordt verstaan: dag activiteiten, psychiatrische zorg thuis, psychiatrische crisisinterventie thuis, begeleid zelfstandig wonen, zorgcoördinatie zorgafhankelijke cliënten en casemanagement. Wij volstaan met de vermelding dat de omvang van deze activiteiten de laatste jaren sterk is toegenomen, hoewel deze in vergelijking met de omvang van de reguliere activiteiten nog bescheiden is.

GRAFIEK 3.6 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN (UITGEDRUKT IN VERPLEEGDAGEN, DEELTIJD-BEHANDELINGEN, DAGEN BESCHERMD WONEN EN AMBULANTE CONTACTEN), 1993-2007 (x 1.000)



Bron: NZa

De belangrijkste bevindingen:

- De klinische productie toont een dalende trend, maar stijgt vanaf 2001 licht.
- Een stijging is zichtbaar in het aantal ambulante contacten. Er is sprake van een plotselinge stijging vanaf 2003 van het aantal ambulante contacten. Deze plotselinge stijging heeft enerzijds administratieve oorzaken; volgens de NZa zouden vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld zijn in de registratie van ambulante contacten. Anderzijds wordt de plotselinge toename van het aantal ambulante contacten mogelijk veroorzaakt door de extramuralisering van de zorg. Veel van de beschikbare groeirimte gaat naar extramuraal zorg, waardoor de ambulante contacten toenemen ten opzichte van de klinische zorg.
- Dagen Beschermd Wonen zijn meer dan verdubbeld in de periode 1993-2007. Deze toename is te danken aan het effect van substitutie, maar ook aan de extra middelen die de overheid beschikbaar heeft gesteld. Substitutie is het omzetten van bedden in andere vormen van zorg met een mindere begeleidingsintensiteit.
- Deeltijdbehandelingen zijn verdubbeld in de periode 1993-2006. De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007.

TABEL 3.7 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN CIRCUIT KINDEREN EN JEUGDIGEN, 1993-2007 (x 1.000)

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

Bron: NZa

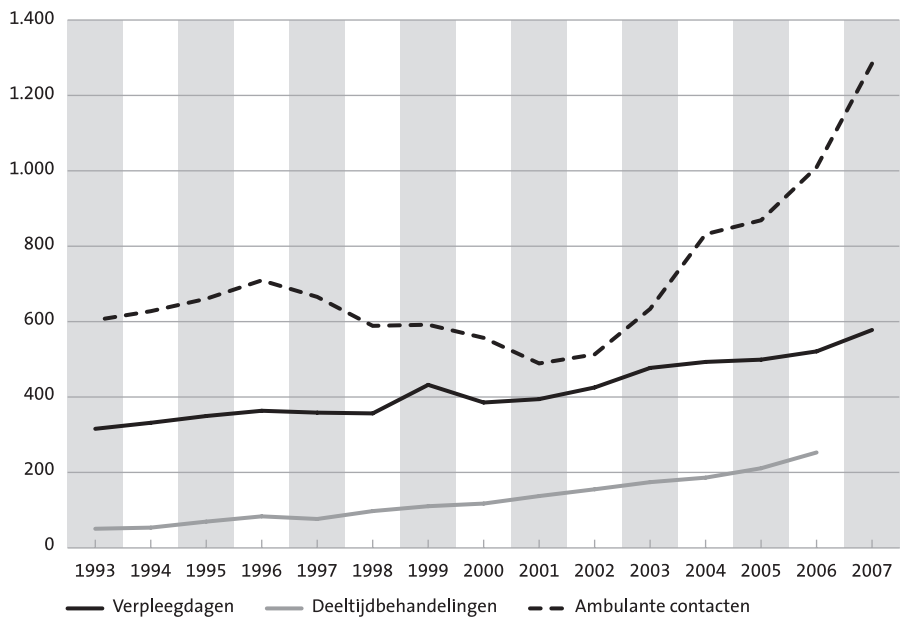
In tabel 3.7 zijn de productiecijfers van de zelfstandige klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en van de kinder- en jeugdafdelingen van de APZ'en en RIAGG's in kaart gebracht. In grafiek 3.7 worden deze cijfers gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevindingen:

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

GRAFIEK 3.7 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN CIRCUIT KINDEREN EN JEUGDIGEN, 1993-2007 (x 1.000)



Bron: NZa

TABEL 3.8 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN CIRCUITS VOLWASSENEN EN OUDEREN, 1993-2007 (x 1.000)

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

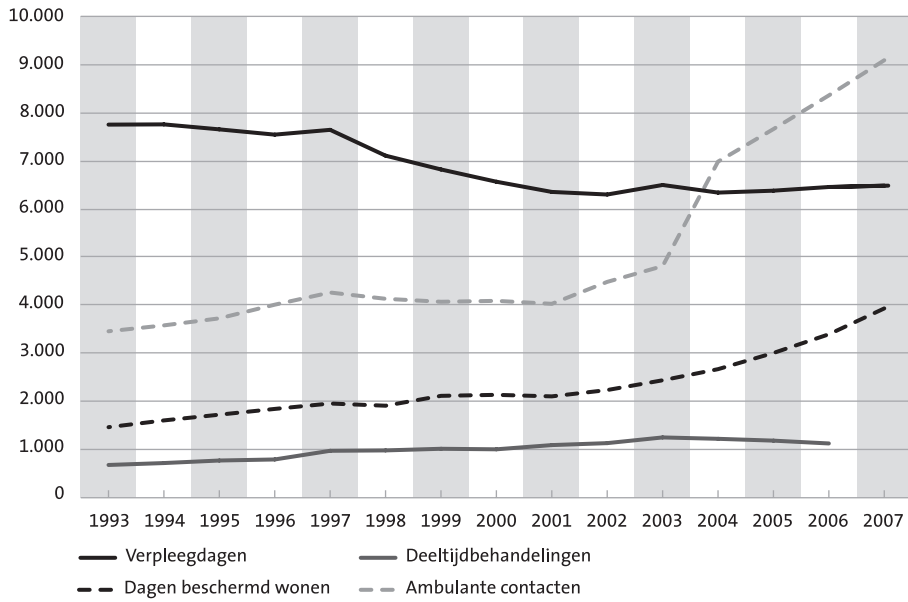
Bron: NZa

In tabel 3.8 worden de productiecijfers gepresenteerd van de circuits volwassenen en ouderen die deel uitmaken van brede GGZ-instellingen en van zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's en RIBW's. In grafiek 3.8 worden de productiecijfers gevisualiseerd. De productie van de afdelingen voor forensisch-psychiatrische patiënten (FPA's en FPK's) maken ook onderdeel hiervan uit.

De belangrijkste bevindingen:

- De klinische zorg neemt vanaf 1993 geleidelijk af en is sinds 2004 redelijk stabiel.
- Het aantal deeltijdbehandelingen is geleidelijk toegenomen, maar daalt vanaf 2003 licht. De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007.
- Het aantal dagen beschermd wonen is vanaf 1993 meer dan verdubbeld.
- Het aantal ambulante contacten neemt toe. Een plotselinge stijging is zichtbaar in 2004. Vermoedelijk heeft deze toename administratieve oorzaken; volgens het NZa zouden vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld zijn in de registratie van ambulante contacten. Anderzijds is de toename van het aantal ambulante contacten mogelijk een gevolg van de extramuralisering van de zorg. Veel van de beschikbare groei ruimte gaat naar extramurale zorg, waardoor het aantal ambulante contacten toeneemt.

GRAFIEK 3.8 PRODUCTIE GGZ-INSTELLINGEN CIRCUITS VOLWASSENEN EN OUDEREN, 1993-2007 (x 1.000)



Bron: NZa

TABEL 3.9 PRODUCTIE VAN DE INSTELLINGEN VOOR VERSLAVINGSZORG, 1993-2007 (x 1.000)								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Verpleegdagen	362	407	428	446	493	535	557	505
Deeltijd-behandelingen	-	-	-	-	41	54	60	60
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Verpleegdagen	512	546	596	625	659	687	732	
Deeltijd-behandelingen	59	69	76	121	90	88	-	

Bron: NZa

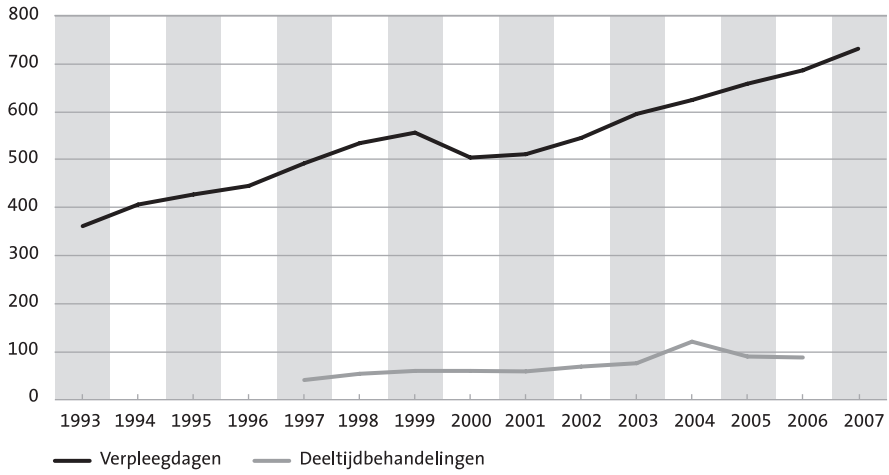
In tabel 3.9 wordt het aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van meer omvattende GGZ-instellingen weergegeven. In grafiek 3.9 wordt dit visueel weergegeven.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal verpleegdagen neemt geleidelijk toe in de periode 1993 tot 2007 (een stijging van 102 procent).
- Het aantal deeltijdbehandelingen verdubbelde tussen 1997 en 2006 (een toename van 115 procent). Vanaf 2004 is een lichte daling zichtbaar. De NZa kon geen gegevens over deeltijdbehandelingen aanleveren over 2007.

GRAFIEK 3.9 PRODUCTIE VAN DE INSTELLINGEN VOOR VERSLAVINGSZORG, 1993-2007 (x 1.000)



Bron: NZa

TABEL 3.10 PRODUCTIE VAN INSTELLINGEN VOOR AMBULANTE VERSLAVINGSZORG, 1995-2007

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>Contacten i.v.m.</i>							
Alcohol	189.376	193.009	185.186	218.539	220.295	207.991	184.308
Drugs	278.250	305.965	304.947	328.162	371.874	318.339	238.303
Overige middelen	49.341	43.353	44.457	44.955	45.949	36.522	22.255
Contacten totaal	516.967	542.327	534.590	591.656	638.118	562.852	444.866
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
<i>Contacten i.v.m.</i>							
Alcohol	177.823	236.705	286.852	323.929	478.935	486.750	
Drugs	235.035	280.843	302.347	399.447	576.173	637.875	
Overige middelen	29.600	37.049	43.440	27.165	42.207	43.025	
Contacten totaal	442.458	554.597	632.639	750.541	1.097.315	1.167.650	

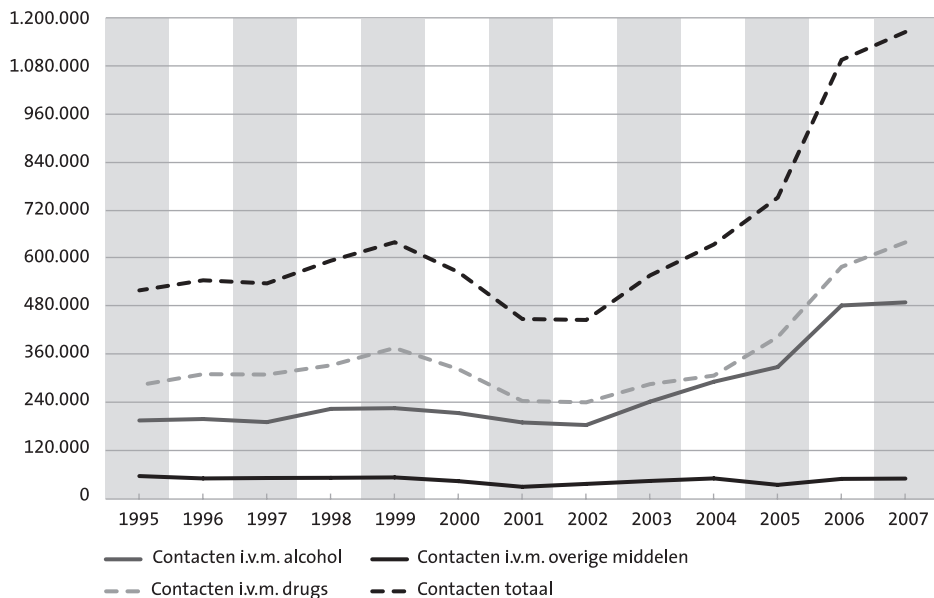
Bron: LADIS (IVZ)

In tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal ambulante contacten dat grote verslavingszorginstellingen, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) en de afdelingen voor verslavingszorg van de grote GGZ-instellingen hadden in 1995-2007. In grafiek 3.10 worden deze productiecijfers gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal contacten in de ambulante verslavingszorg is in de periode 1995-2007 gestegen met 126 procent. In de periode 2002-2007 vond een toename van 164 procent plaats. De sprong omlaag tussen 1999 en 2001 is volgens IVZ deels toe te schrijven aan een wijziging van het registratiesysteem.
- De meeste mensen in de ambulante verslavingszorg worden behandeld voor problemen met drugs. In de periode 2004-2007 nam het aantal mensen dat hulp zoekt voor drugsproblemen toe met ruim 110 procent.
- Na een periode van afname (1999-2002), neemt na 2002 het aantal mensen toe dat behandeld wordt voor problemen met alcohol. Vanaf 2006 stabiliseert dit aantal.
- Het aantal contacten van mensen verslaafd aan andere middelen laat tussen 2004 en 2005 een daling zien, om daarna weer te stijgen naar het oude niveau.

GRAFIEK 3.10 PRODUCTIE VAN INSTELLINGEN VOOR AMBULANTE VERSLAVINGSZORG, 1995-2007⁴



Bron: LADIS (IVZ)

⁴ De cijfers tot en met 2003 zijn ontleend aan de jaarrapporten 'Kerncijfers verslavingszorg' 2000, 2001, 2002 en 2003. Deze rapporten zijn uitgegeven door de Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ). Zij bevatten de uitkomsten van het registratiesysteem voor de ambulante verslavingszorg LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem). De cijfers over 1995-2000 en 2004-2007 werden aangeleverd door het IVZ en verkregen via analyses op het databestand LADIS.

TABEL 3.11 GEMIDDELDE DUUR EN GEMIDDELD AANTAL CLIËNTEN PER 1000 VOLWASSEN INWONERS PER KALENDERJAAR IN KLINISCHE ZORG, RIBW-VESTIGINGEN EN AMBULANTE ZORG, 1990-2004⁵

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

Bron: Pijl, 2007

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

De belangrijkste bevindingen:

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

⁵ De cijfers in tabel 3.11 komen niet overeen met de cijfers in 'GGZ in Tabellen 2006'. In 2007 was er sprake van een andere berekeningswijze en een herziene samenstelling van de registergebieden (Pijl et al., 2007). Dit maakte het noodzakelijk om eerdere cijfers over de duur en de gemiddeld aantal cliënten voor de periode 1990 tot 1998 opnieuw te berekenen. De meest recente cijfers staan vermeld in tabel 3.11.

TABEL 3.12 CAPACITEIT TBS-INSTELLINGEN, 1994-2008								
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Plaatsen	607	650	803	866	970	1.175	1.183	1.222
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Plaatsen	1.264	1.303	1.401	1.637	1.738	1.854	1.992	

Bron: DJI, 2006-2009

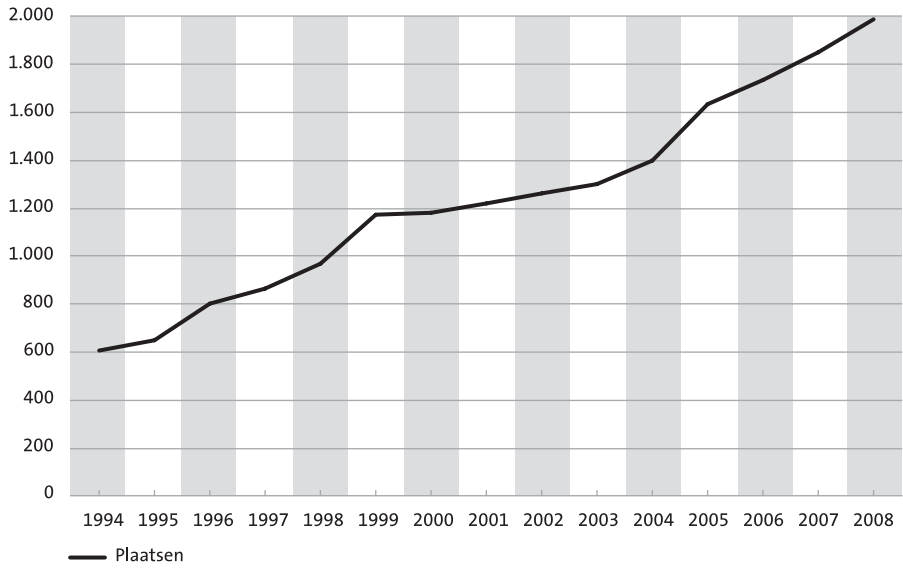
In tabel 3.12 wordt een overzicht gegeven van de capaciteit van TBS-inrichtingen (aantal plaatsen) in de periode 1994-2008. In grafiek 3.12 wordt deze capaciteit gevisualiseerd.

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

De belangrijkste bevinding:

- De capaciteit van de TBS-inrichtingen is in de periode 1994-2008 toegenomen met 1385 plaatsen (228 procent).

GRAFIEK 3.12 CAPACITEIT TBS-INSTELLINGEN, 1994-2008



Bron: DJI, 2006-2009

TABEL 3.13 SAMENGESTELDE CAPACITEIT VAN DE VOORZIENINGEN VOOR MAATSCHAPPELIJKE OPVANG, 2005-2007

	2005	2006	2007
Maatschappelijke Opvang			
Nachtopvang	1.393	1.403	1.783
24-uurs woonvoorziening	3.570	3.461	3.780
24-uurs meerzorg	709	802	749
24-uur (crisis)opvang	784	718	903
Dagopvang	2.616	2.701	3.047
Totaal	9.072	9.085	10.262
Vrouwenopvang			
24-uurs woon partieel	822	923	904
24-uurs woonvoorziening	950	916	949
24-uurs (crisis)opvang	277	270	305
Nachtopvang	43	43	23
Dagopvang	86	131	210
Totaal	2.178	2.283	2.391
Maatschappelijke opvang/ vrouwenopvang			
Begeleid wonen	3.837	3.908	4.938
Sociale activering	-	20	30
Preventieprojecten	-	28	111
Totaal	3.837	3.956	5.079

Bron: Federatie Opvang

Tabel 3.13 geeft de samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang weer voor de periode 2005-2007. Bij de samengestelde capaciteit gaat het om een geschatte 100 procent capaciteit van de 86 bij de Federatie Opvang aangesloten instellingen die in 2007 opvang leverden.

De belangrijkste bevinding:

- Het vergelijken van de verschillende jaren moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren.
- Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat bij elke voorzieningsoort een stijging te zien is tussen 2005-2007. Het is moeilijk te zeggen of er daadwerkelijk sprake is van toegenomen capaciteit. De reden voor de toename zou ook de steeds wisselende set van responderende instellingen zijn.

TABEL 3.14 AANTAL VOORSCHRIFTEN PSYCHOFARMACA, 1996-2007 (x 1.000)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anti-depressiva												
TCA's	1.242	1.254	1.288	1.347	1.371	1.311	1.311	1.330	1.375	1.377	1.285	1.370
SSRI's	1.481	1.767	2.166	2.601	3.104	3.043	3.190	3.231	3.413	3.376	3.255	3.455
<i>(waaronder paroxetine)</i>	635	855	1.131	1.419	1.688	1.820	1.812	1.735	1.737	1.616	1.494	1.490
Overige anti-depressiva	392	506	640	631	670	878	984	1.114	1.297	1.408	1.445	1.686
<i>Totaal anti-depressiva</i>	3.115	3.527	4.094	4.579	5.145	5.232	5.485	5.675	6.085	6.155	5.985	6.511
Middelen voor ADHD						241	262	288	335	374	459	609
Dementiemiddelen						35	46	59	87	113	147	189
Anti-psychotica						1.799	1.904	2.073	2.269	2.443	2.250	2.508
Methadon						131	131	138	146	156	118	130
Middelen bij alcoholverslaving						60	65	72	80	90	85	96

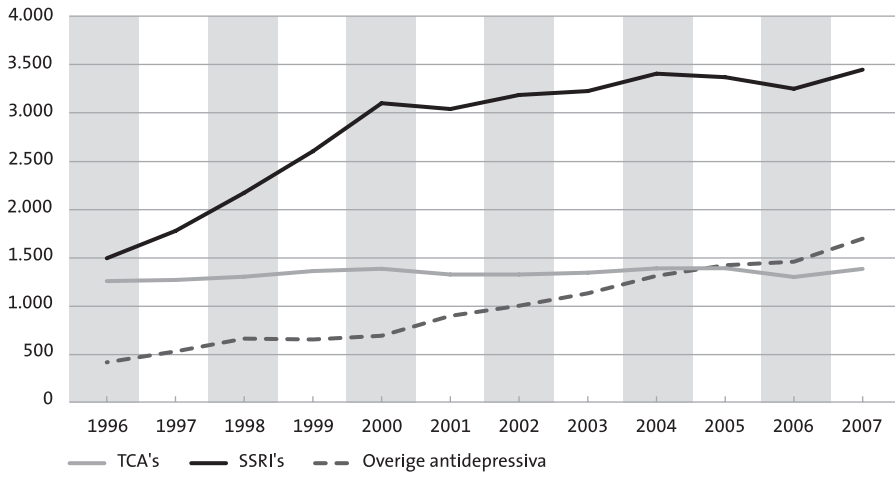
Bron: GIPdatabank (CVZ)

In tabel 3.14 wordt een overzicht gegeven van het aantal voorschriften psychofarmaca in de periode 1996-2007. In grafiek 3.14 wordt dit gevisualiseerd.

Belangrijkste bevindingen:

- Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven psychofarmaca in Nederland. Ze worden voorgeschreven ter behandeling van stemmingsstoornissen en angststoornissen. Het aantal voorschriften is de afgelopen elf jaar meer dan verdubbeld.
- Het aantal voorschriften van SSRI's stijgt sinds 1996, terwijl het aantal voorschriften TCA's constant is. Vanaf 2002 daalt het aantal mensen dat paroxetine voorgeschreven krijgt.
- Het aantal voorschriften voor dementiemiddelen en middelen voor ADHD neemt vanaf 2001 toe.

GRAFIEK 3.14 AANTAL VOORSCHRIFTEN PSYCHOFARMACA, 1996-2007 (x 1.000)



Bron: GIPdatabank (CVZ)

4 KOSTEN EN FINANCIERING

TABEL 4.1 UITGAVEN AAN ZORG, 1998-2008 (x 1 MLN EURO)⁵

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006**	2007**	2008
Gezondheidszorg											
Uitgaven aan gezondheidszorg	21.341	22.783	24.302	27.276	30.580	32.792	34.047	35.167	36.474	39.005	41.487
Uitgaven aan GGZ	2.262	2.465	2.572	2.847	3.181	3.540	3.748	4.048	4.208	4.385	4.895
Totaal	23.602	25.248	26.874	30.123	33.761	36.332	37.795	39.216	40.683	43.390	46.382
<i>Uitgaven aan welzijnszorg*</i>											
Welzijnszorg	15.648	16.965	18.408	20.650	23.041	25.088	25.609	26.337	27.523	28.562	30.204
Beleids en beheers-organisaties	1.578	1.654	1.684	1.792	1.966	2.023	2.141	2.291	2.327	2.494	2.505
Totale uitgaven aan zorg	40.828	43.866	46.967	52.566	58.767	63.444	65.545	67.843	70.532	74.447	79.091

* De cijfers voor welzijnszorg wijken af van eerder in 'GGZ in tabellen' gepubliceerde cijfers. Dit komt doordat deze cijfers opnieuw berekend zijn en nu betrekking hebben op het volledige terrein van de welzijnszorg. Voorheen ontbraken het jeugd- en jongerenwerk, het ouderenwerk, het sociaal-cultureel werk en de asielzoekerscentra.

** De cijfers over de uitgaven van de gezondheidszorg over 2006 en 2007 waren in de vorige editie van 'GGZ in tabellen 2006' nog voorlopig. In deze editie zijn ze definitief gemaakt. De cijfers over 2006 en 2007 wijken als gevolg hiervan in beide uitgaven enigszins af.

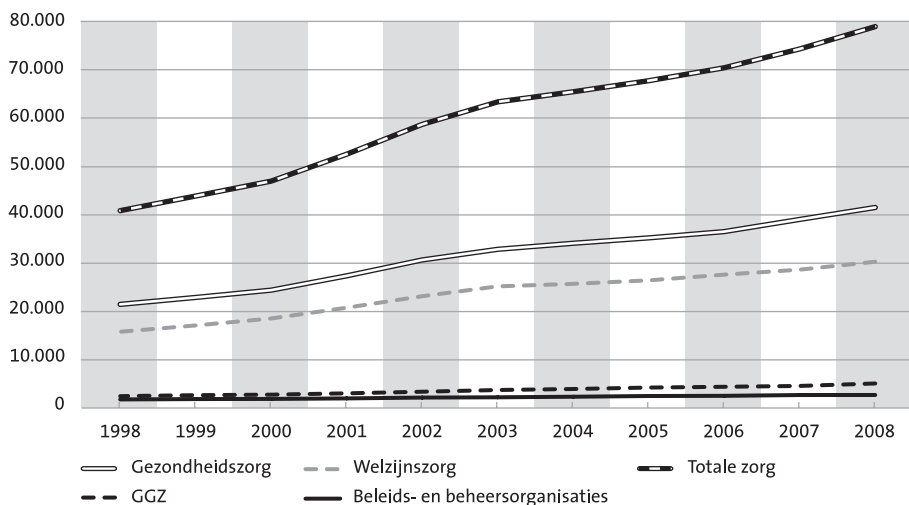
Bron: CBS

In tabel 4.1 worden de uitgaven aan de zorg in de periode 1998-2008 gepresenteerd. In grafiek 4.1 wordt de tabel gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale uitgaven aan de zorg zijn gestegen van 40,8 miljard euro in 1998 naar ruim 79 miljard euro in 2008; een toename van 94 procent. In 2008 kwamen de uitgaven aan de zorg overeen met 13,3 procent van het Bruto Binnenlands Product.
- *Gezondheidszorg*: In 2008 bedragen de kosten aan de gezondheidszorg 46,4 miljard euro. Hiervan wordt 10,6 procent (4,9 miljard euro) uitgegeven aan de GGZ.
- *GGZ*: Verhoudingsgewijs zijn de uitgaven aan de GGZ sinds 1998 redelijk constant, namelijk ongeveer 10 procent van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg.
- *Welzijnszorg*: De uitgaven aan welzijnszorg zijn verhoudingsgewijs in de periode 1998-2008 eveneens redelijk constant (ongeveer 38 procent).

GRAFIEK 4.1 UITGAVEN AAN ZORG, 1998-2008 (x 1 MLN EURO)⁶



Bron: CBS

⁶ De zorg omvat de gezondheidszorg en de welzijnszorg. Tot de gezondheidszorg behoren onder meer de ziekenhuizen, de huisartsen, de tandartsen en de GGZ. Bron is het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS rekent de volgende instellingen tot de GGZ: de geïntegreerde GGZ-instellingen, de psychiatrische ziekenhuizen (de APZ'en, de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, de verslavingsklinieken en de TBS-instellingen), de RIAGG's, de RIBW's, de CAD's en praktijken van vrijgevestigde psychiaters. Tot de welzijnszorg behoren onder meer de gehandicaptenzorg, de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen en de thuiszorg.

TABEL 4.2 UITGAVEN GGZ NAAR ZORGVORM, 2007 (IN PROCENTEN)

2007	
Ambulante zorg	41
Klinische zorg*	53
Dag-/deeltijdbehandeling	6
Totaal	100

* 24-uurs opname en verblijf en Beschermd Wonen

Bron: CVZ, 2008

Tabel 4.2 presenteert de percentuele uitgaven aan de verschillende typen zorgvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg in 2007.

De belangrijkste bevindingen:

- Aan ambulante zorg wordt 40 procent van het GGZ-budget besteed, aan klinische zorg (24-uurs opname en verblijf en Beschermd Wonen) 53 procent.

**TABEL 4.3A FINANCIERINGSBRONNEN UITGAVEN GEZONDHEIDSZORG, 1998-2008
(x 1 MLN EURO)***

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
Overheid	1.183	1.287	1.397	1.614	1.879	1.919	2.076	2.186	2.328	3.081	3.408
Sociale Verzekeringen	13.139	13.819	14.827	16.648	18.492	19.784	20.159	21.076	29.057	30.369	32.419
- ZF/Zvw***	10.660	11.148	12.029	13.576	15.088	16.005	16.193	16.880	24.755	25.988	30.713
- AWBZ	2.479	2.671	2.797	3.072	3.405	3.780	3.966	4.196	4.302	4.380	1.706
Particuliere zorg- verzekeringen	4.972	5.499	5.653	6.199	7.162	7.767	8.594	8.925	2.894	3.134	3.249
Eigen betalingen	2.651	2.826	3.021	3.330	3.465	3.730	3.835	3.964	3.335	3.415	3.759
Overige financiers	1.659	1.817	1.977	2.332	2.763	3.132	3.132	3.064	3.069	3.391	3.547
Totale uitgaven	23.602	25.248	26.874	30.123	33.761	36.332	37.795	39.216	40.683	43.390	46.382

* De cijfers in de tabellen 4.3a en 4.3b wijken af van de cijfers uit vorige edities van 'GGZ in tabellen'. De financieringskaders, bijvoorbeeld de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Ziekenfondswet en de overheid, zijn gedurende de looptijd van deze uitgaven herzien. Dit heeft geleid tot andere cijfers. De cijfers tot 2006 zijn opnieuw berekend.

** Voorlopige cijfers

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

Bron: CBS

TABEL 4.3B FINANCIERINGSBRONNEN UITGAVEN GGZ, 1998-2008 (x 1 MLN EURO)*

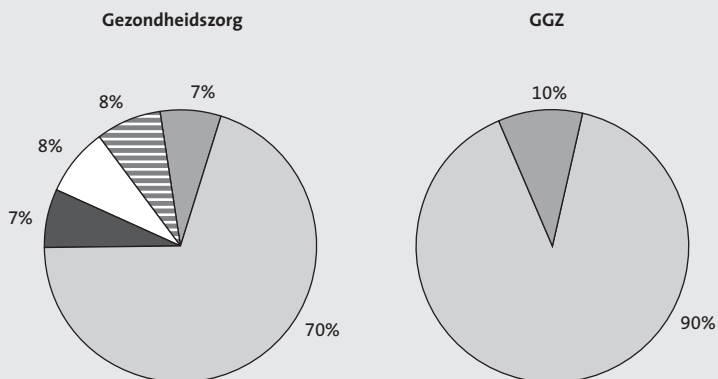
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
Overheid	178	193	202	231	275	284	330	363	375	413	493
Sociale Verzekeringen	2.084	2.271	2.370	2.616	2.906	3.256	3.418	3.685	3.833	3.972	4.402
Particuliere zorg- verzekeringen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eigen betalingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Overige financiers	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale uitgaven	2.262	2.465	2.572	2.847	3.181	3.540	3.748	4.048	4.208	4.385	4.895

** Voorlopige cijfers

Bron: CBS

DIAGRAM 4.3 FINANCIERINGSBRONNEN UITGAVEN GEZONDHEIDSZORG EN GGZ IN 2008 (IN PROCENTEN)

Overheid
 Particulieren zorgverzekeringen
 Overige financiers
 Sociale Verzekeringen
 Eigen betalingen



Bron: CBS

In tabel 4.3a en 4.3b wordt een overzicht gegeven van de financieringsbronnen van de uitgaven aan de GGZ en de gezondheidszorg. Deze cijfers worden gevisualiseerd in diagram 4.3.

De belangrijkste bevindingen:

- *Gezondheidszorg*: Van de uitgaven aan de gezondheidszorg wordt in 2008 bijna 70 procent betaald door de sociale verzekeringen. De sociale zorgverzekeringen vallen uiteen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2008 is een grote daling in de uitgaven aan AWBZ zichtbaar. Dit komt door een overheveling van een groot deel van de uitgaven aan GGZ van de AWBZ naar de Zvw.
- *GGZ*: Van de uitgaven aan de GGZ wordt in 2008 90 procent betaald door de sociale verzekeringen en 10 procent door de overheid. Na de herziening van de financieringskaders wordt de GGZ gefinancierd door de overheid en de sociale verzekeringen. De herziening heeft geresulteerd in het wegvallen van de cijfers 'overige financiers'.

TABEL 4.4 KOSTEN GGZ-INSTELLINGEN, 2000-2005 (x 1 MLN EURO)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brede GGZ-instellingen	1.619	1.944	2.136	2.338	2.646	2.737
Zelfstandige RIAGG's	118	124	125	139	102	88
Zelfstandige RIBW's	125	141	148	168	176	225
Psych. Ziekenhuizen	657	598	697	780	586	591
CAD's	47	42	35	39	72	80
Totaal	2.566	2.849	3.141	3.464	3.585	3.722

Bron: GGZ Nederland

In tabel 4.4 worden de kosten weergegeven van de verschillende GGZ-instellingen in de periode 2000-2005. Sinds 2005 is het niet meer mogelijk de tabel te actualiseren, omdat de financiële enquête waarop deze cijfers gebaseerd zijn niet meer gehouden wordt.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale kosten van de GGZ zijn in de jaren 2000-2005 toegenomen, namelijk met 45 procent.
- De brede GGZ-instellingen nemen ongeveer driekwart van de totale GGZ-kosten voor hun rekening. De kosten van zelfstandige RIAGG's zijn geleidelijk afgenomen, evenals de kosten van psychiatrische ziekenhuizen. De laatste jaren zijn deze kosten gestabiliseerd. Deze ontwikkelingen hangen samen met een fusiegolf in de GGZ die eind jaren negentig haar hoogtepunt bereikte. Ook in de eerste jaren van het nieuwe millennium kwamen er enkele fusies tot stand tussen APZ'en en één of meer RIAGG's, waarbij soms ook een RIBW of een verslavingszorginstelling betrokken was, waardoor een brede GGZ-instelling ontstond.
- De kosten van de zelfstandige instellingen voor ambulante verslavingszorg (CAD's) zijn met 45 procent gestegen.

TABEL 4.5 GEMIDDELDE VERPLEEGPRIJS GGZ-INSTELLINGEN, 2000-2004 (IN EURO'S)

	2000	2001	2002	2003	2004
Brede GGZ-instellingen	254	280	308	340	391
Zelfstandige RIBW's	81	94	101	112	112
Psych. Ziekenhuizen	280	312	341	360	448
Totaal	250	276	301	328	369

Bron: GGZ Nederland

In tabel 4.5 wordt de gemiddelde verpleegprijs weergegeven van verschillende GGZ-instellingen in de periode 2000-2004. Sinds 2005 is het niet meer mogelijk de tabel te actualiseren, omdat de financiële enquête waarop deze cijfers gebaseerd zijn niet meer gehouden wordt.

De belangrijkste bevindingen:

- Sinds 2000 neemt de gemiddelde verpleegprijs van GGZ-instellingen toe, ongeveer met 10 procent per jaar.
- Psychiatrische ziekenhuizen hebben de hoogste gemiddelde verpleegprijs.
- De gemiddelde verpleegprijs van zelfstandige RIBW's is het laagst.

5 PERSONEEL

TABEL 5.1 AANTAL FTE'S IN DE ZORGSECTOR EN DE GGZ, 2001-2006

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

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

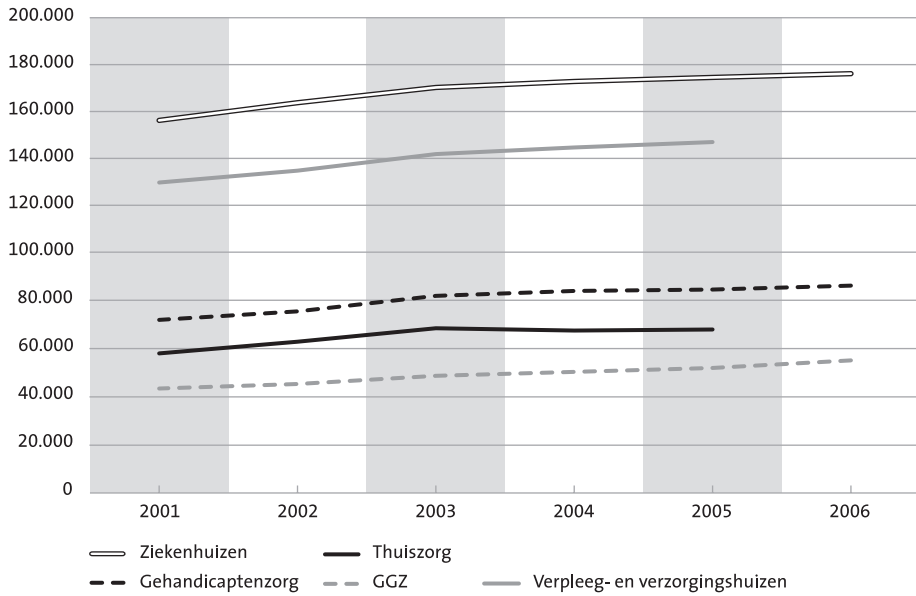
In tabel 5.1 wordt het aantal fte's per zorgsector weergegeven. In grafiek 5.1 wordt dit gevisualiseerd. Cijfers verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg over 2006 zijn tijdens het schrijven van dit rapport (juli 2009) niet beschikbaar. Als gevolg hiervan kan het totaal aantal fte's over 2006 niet bepaald worden.

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

De belangrijkste bevindingen:

- Over de gehele linie neemt het aantal fte's in de zorgsector toe, namelijk met ruim 14 procent in de periode 2001-2005.
- Het merendeel van het personeel in de zorg is werkzaam in ziekenhuizen.
- In de periode 2001-2005 is in totaal ongeveer 10 procent van het personeel werkzaam in de GGZ.
- Het aantal fte's in de GGZ is in de periode 2001-2006 gestegen met 27 procent. In de gehandicaptenzorg steeg het aantal fte's tussen 2001-2006 met 19 procent. In de periode 2001-2005 steeg het aantal fte's in de thuiszorg met 17 procent en in verpleeg- en verzorgingshuizen met 13 procent.

GRAFIEK 5.1 AANTAL FTE'S IN DE ZORGSECTOR EN DE GGZ, 2001-2005/2006



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

TABEL 5.2 AANTAL FTE'S IN DE GGZ, PER TYPE INSTELLING, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Brede GGZ-instellingen	20.251	22.042	28.105	29.510	31.685	34.935	37.217	39.965	41.929	43.010
Algemene en categorale ziekenhuizen	13.854	12.266	7.713	6.970	6.510	7.070	5.979	4.523	5.108	6.120
RIAGG's	3.239	2.960	2.089	1.795	1.645	1.490	1.496	1.090	1.130	1.220
RIBW's	2.148	2.075	2.165	2.260	2.340	2.420	2.664	3.131	3.455	4.050
Verslavingszorg	3.696	3.225	3.214	3.445	3.715	3.425	3.643	3.940	4.216	4.400
Totaal	43.188	42.568	43.268	43.990	45.895	49.340	51.000	52.649	55.838	58.800

Bron: GGZ Nederland

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

De belangrijkste bevindingen:

- Het totale personeelsbestand van de GGZ is in de periode 1998-2007 geleidelijk toegenomen (36 procent).
- Brede GGZ-instellingen hebben de meeste mensen in dienst. Sinds 1998 is het aantal fte's meer dan verdubbeld.
- Tot 2005 zien we een omgekeerde ontwikkeling bij de RIAGG's en bij de algemene en categorale psychiatrische ziekenhuizen. Daar nam het aantal fte's tot 2005 af. Deze ontwikkeling hangt samen met de fusiegolf in de GGZ die eind jaren negentig haar hoogtepunt bereikte. Een steeds groter deel van de arbeidsplaatsen werd ondergebracht in brede GGZ-instellingen. Vanaf 2006 is echter weer een lichte stijging van het aantal fte's bij de RIAGG's en de categorale psychiatrische ziekenhuizen zichtbaar.
- Het aantal fte's bij instellingen voor verslavingszorg is sinds 1998 geleidelijk toegenomen met 20 procent.
- Bij de RIBW's is de personeelsomvang sneller toegenomen (toename van 89 procent sinds 1998).

TABEL 5.3 AANTAL GGZ-WERKNEMERS, PER TYPE GGZ-INSTELLING, 2001-2006						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brede GGZ-instellingen	38.400	41.305	46.300	48.874	53.580	54.235
Algemene en categorale ziekenhuizen	9.360	8.775	9.550	8.143	6.460	6.815
RIAGG's	2.460	2.275	2.105	2.040	1.480	1.510
RIBW's	2.955	3.110	3.230	3.483	4.010	4.480
Verslavingszorg	4.355	4.715	4.565	4.600	4.970	5.235
Totaal	57.530	60.180	65.750	67.180	70.500	72.275

Bron: GGZ Nederland

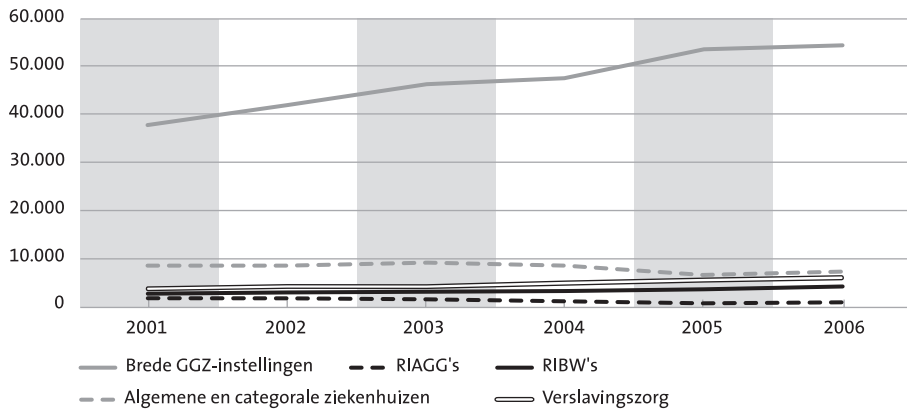
Tabel 5.3 toont het aantal werknemers per type GGZ-instelling in de periode 2001-2006. In grafiek 5.3 wordt dit gevisualiseerd. Het is niet mogelijk de tabel van actuele cijfers te voorzien. De gegevens worden niet meer gepubliceerd door GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal GGZ-werknemers is in de periode 2001-2006 met ruim 25 procent toegenomen.
- Het merendeel van het personeel werkt in een brede GGZ-instelling. Dit aantal is sinds 2001 met ruim 40 procent toegenomen. Deze ontwikkeling hangt samen met de fusiegolf in de GGZ die eind jaren negentig haar hoogtepunt bereikte. Een steeds groter deel van deze arbeidsplaatsen is ondergebracht in brede GGZ-instellingen.
- Het aantal mensen dat werkzaam is bij RIBW's neemt in de periode 2001-2006 geleidelijk toe.
- De gemiddelde deeltijdfactor (het aantal FTE's per werknemer) van de arbeidscontracten is de afgelopen jaren redelijk constant gebleven (rond de 0.75).⁷

⁷ De deeltijdfactor is de verhouding tussen het aantal fte's in de GGZ (zie tabel 5.1) en het aantal GGZ-medewerkers (zie tabel 5.3) en geeft de gemiddelde aanstellingsomvang per medewerker aan.

GRAFIEK 5.3 AANTAL GGZ-WERKNEMERS, PER TYPE INSTELLING, 2001-2006



Bron: GGZ Nederland

TABEL 5.4 AANTAL FTE'S IN DE GGZ PER TYPE FUNCTIE, 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% groei
Medisch personeel	5.366	5.553	5.943	6.642	6.277	6.568	6.830	27,3
Behandelend en begeleidend personeel	7.301	7.527	8.584	9.360	9.054	9.244	10.100	38,3
Verplegend personeel	18.209	19.184	19.879	19.527	21.316	21.554	22.675	24,5
Overig behandelend personeel	2.382	2.341	2.422	2.638	4.077	4.371	4.475	87,9
Hotelpersoneel	3.989	3.993	4.466	4.104	3.788	3.794	3.870	-3,0
Subtotaal behandelend personeel	37.216	38.598	41.294	42.271	44.512	45.532	47.950	28,8
Algemeen en administratief personeel	6.773	7.297	8.046	8.729	9.360	10.307	10.850	60,2
Totaal	43.989	45.895	49.340	51.000	53.872	55.838	58.800	33,7

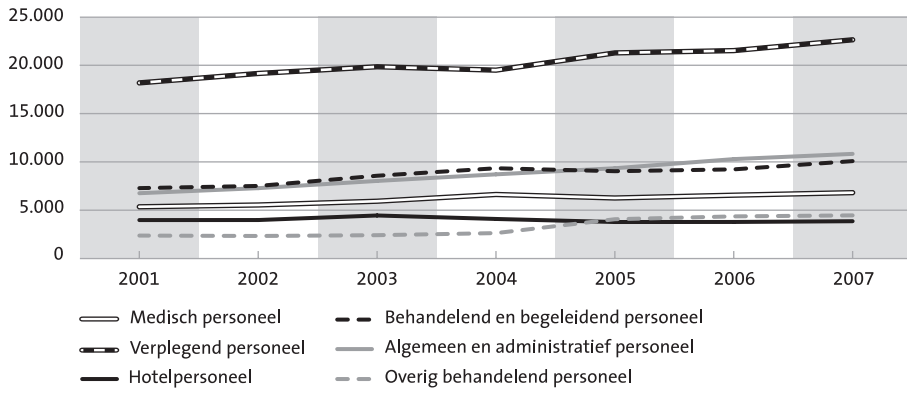
Bron: GGZ Nederland

In tabel 5.4 wordt het aantal fte's uitgesplitst naar functie. In grafiek 5.4 wordt dit gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Het merendeel van het personeel in de GGZ heeft een verplegende of behandelende functie.
- Op het hotelpersoneel na, is het aantal fte's in de periode 2001-2007 bij alle functies toegenomen. De sterkste groei is zichtbaar bij het behandelend en begeleidend personeel, het overig behandelend personeel en het algemeen en administratief personeel. De minst sterke groei is zichtbaar bij verplegend en medisch personeel. Bij het hotelpersoneel is sprake van een afname van 3 procent.

GRAFIEK 5.4 AANTAL FTE'S IN DE GGZ PER TYPE FUNCTIE, 2001-2007



Bron: GGZ Nederland

TABEL 5.5 GGZ-WERKNEMERS, UITGESPLITST NAAR SEKSE EN TYPE AANSTELLING, 2003-2005 (IN PROCENTEN)

	2003			2004			2005		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Fulltime	17	12	29	17	12	29	16	12	28
Parttime	15	56	71	15	56	71	15	57	72
Totaal	32	68	100	32	68	100	31	69	100

Bron: GGZ Nederland

Tabel 5.5 toont het percentage mannelijke en vrouwelijke werknemers en het percentage dat fulltime of parttime werkt in 2003-2005 in de GGZ. Het is niet mogelijk de tabel van actuele cijfers te voorzien. De gegevens worden niet meer gepubliceerd door GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna driekwart van de GGZ-werknemers werkt parttime.
- Er werken meer vrouwen dan mannen in de GGZ. Ruim tweederde van de GGZ-werknemers is vrouw en bijna eenderde van de werknemers is man.
- Vrouwen werken relatief vaker parttime dan fulltime. Mannen werken ongeveer even vaak fulltime als parttime.
- In de periode 2003-2005 is de verhouding mannelijke en vrouwelijke werknemers en het aantal parttimers en fulltimers constant.

TABEL 5.6 ZIEKTEVERZUIM IN DE GGZ EN DE ZORGSECTOR, 1999-2007 (IN PROCENTEN)

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

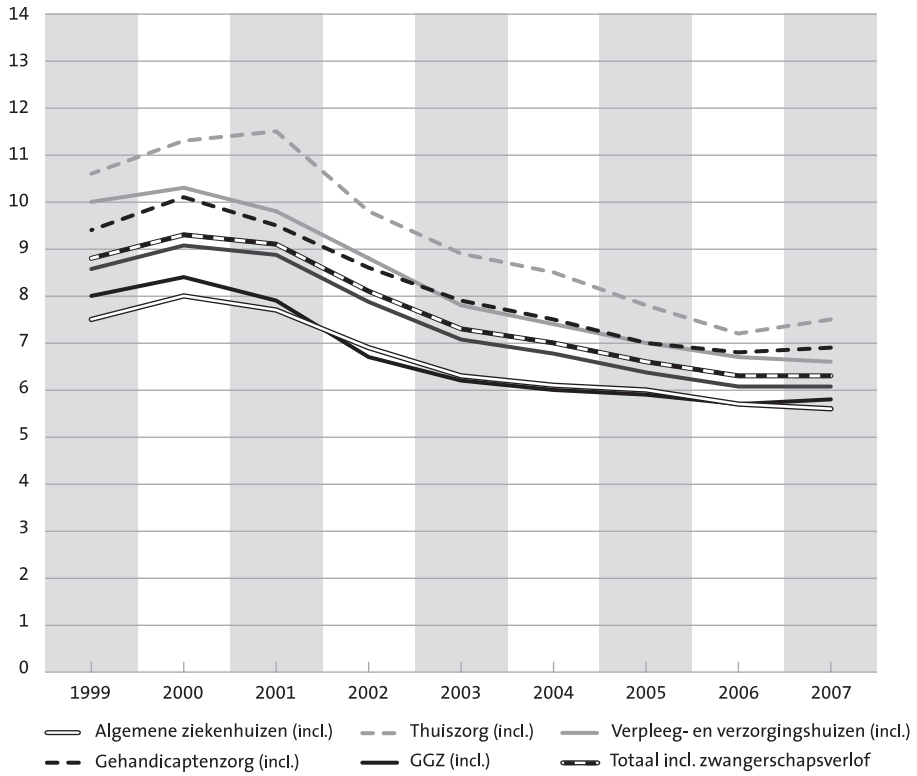
Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

In tabel 5.6 wordt een overzicht gegeven van het ziekteverzuim in de GGZ en de totale zorgsector. Dit wordt gevisualiseerd in de grafiek 5.6a.

De belangrijkste bevindingen:

- Het ziekteverzuim is tussen 1999 en 2007 over de gehele linie afgenomen of gestabiliseerd. uitzondering vormt de thuiszorg. Daar is het ziekteverzuim sinds 2006 licht gestegen.
- Het ziekteverzuim in de GGZ is relatief laag in vergelijking met andere zorgsectoren.
- Het ziekteverzuim (exclusief de vrouwen met zwangerschapsverlof) in de zorg (5,1 procent) en de GGZ (4,7 procent) is in 2007 iets hoger dan het landelijk gemiddelde (4,3 procent).

GRAFIEK 5.6 ZIEKTEVERZUIM GGZ EN ZORGSECTOR, 1999-2007 (IN PROCENTEN, INCL. ZWANGERSCHAPSVERLOF)



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn

TABEL 5.7 AANTAL VRIJGEVESTIGDE PSYCHIATERS, 2004-2007 (PER PROVINCIE)						
	2004		2006		2007	
	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners</i>	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners</i>	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners</i>
Groningen	19	3,3	26	4,5	28	4,9
Friesland	7	1,1	15	2,3	15	2,3
Drenthe	15	3,1	21	4,3	11	2,3
Overijssel	21	1,9	29	2,6	28	2,5
Gelderland	30	1,5	77	3,9	57	2,9
Flevoland	8	2,2	0	0	0	0
Utrecht	38	3,2	68	5,7	60	5
Noord-Holland	184	7,1	223	8,5	197	7,5
Zuid-Holland	63	1,8	97	2,8	90	2,6
Zeeland	6	1,6	8	2,1	6	1,6
Noord-Brabant	44	1,8	50	2,1	45	1,9
Limburg	18	1,6	26	2,3	27	2,4
Heel Nederland	453	2,8	640	3,4	564	3,4

Bron: NVvp

Tabel 5.7 geeft een overzicht van het aantal vrijgevestigde psychiaters per provincie. De cijfers hebben betrekking op psychiaters die een eigen praktijk voeren. Het begrip psychiater heeft betrekking op een persoon die voor het specialisme psychiatrie is geregistreerd in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De gegevens zijn afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), sectie Psychiatrie door Zelfstandig Gevestigden (PZG).

De belangrijkste bevindingen:

- Hoewel het aantal vrijgevestigde psychiaters tussen 2004 en 2006 toenam (41 procent), is in de periode 2006-2007 een daling zichtbaar (-12 procent).
- In de provincie Noord-Holland zijn de meeste psychiaters werkzaam.

TABEL 5.8 AANTAL VRIJGEVESTIGDE PSYCHOTHERAPEUTEN, 2005-2009 (PER PROVINCIE)

	2005		2006		2009	
	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners</i>	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners</i>	<i>Aantal</i>	<i>Per 100.000 inwoners*</i>
Groningen	24	4,2	24	4,2	32	5,6
Friesland	15	2,3	15	2,3	20	3,1
Drenthe	26	5,4	25	5,2	25	5,1
Overijssel	49	4,4	37	3,3	40	3,6
Gelderland	124	6,3	137	6,9	146	7,3
Flevoland	11	3	8	2,1	9	2,3
Utrecht	157	13,4	163	13,8	169	14
Noord-Holland	338	13,1	344	13,2	355	13,4
Zuid-Holland	158	4,6	166	4,8	164	4,7
Zeeland	3	0,8	6	1,6	7	1,8
Noord-Brabant	96	4	93	3,8	89	3,7
Limburg	50	4,4	51	4,5	57	5,1
Heel Nederland	1.051	6,5	1.069	5,5	1.113	6,8

* Gebaseerd op voorlopige bevolkingscijfers

Bron: NVVP

Tabel 5.8 geeft een overzicht van het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten per provincie. De cijfers hebben betrekking op psychotherapeuten die een eigen praktijk voeren. Het begrip psychotherapeut verwijst naar een persoon die als zodanig is ingeschreven in het BIG-register. In de tabel zijn uitsluitend psychotherapeuten met een eigen praktijk opgenomen, die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP). Er is geen overlap met tabel 5.7. Wanneer een psychotherapeut tevens psychiater is, is hij uitsluitend vermeld in tabel 5.7.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal vrijgevestigde psychotherapeuten is tussen 2005 en 2009 geleidelijk toegenomen (6 procent).
- In de provincies Noord-Holland en Utrecht zijn relatief de meeste vrijgevestigde psychotherapeuten met een lidmaatschap van de NVVP werkzaam. Bijna een derde van alle psychotherapeuten is gevestigd in de provincie Noord-Holland.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Bijl, R.V., Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76(8): 446-457.
- Bijl, R.V., De Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R.C., Kohn, R., Offord, D.R., Ustun, T.B., Vicente, B., Vollebergh, W.A., Walters, E.E., Wittchen, H.U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22(3): 122-133.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Working Paper Zorgrekeningen 1998-2005*. Heerlen/ Voorburg: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Persbericht: Uitgaven zorg stijgen met 4,4 procent*. www.cbs.nl
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *Persbericht: Uitgaven aan zorg stijgen met 5,1 procent*. www.cbs.nl
- College voor zorgverzekeringen (2006). *CVZorgcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2007). *GIPdatabank. Gebruik van psychofarmaca*. www.cvz.nl
- College voor zorgverzekeringen. (2008). *Zorgcijfers. Kwartaalbericht 2008. Financiële ontwikkelingen in de Zvw en de AWBZ. 1e kwartaal 2008. Met meerjarige trendcijfers 2002-2007*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- De Graaf, R., Bijl, R.V., Smit, F., Vollebergh, W.A., Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry*, 159(4): 620-629.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2007). *Jaarbericht 2006*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2008). *TBS in getal 2008*. Den Haag: DJI.
- Van Dorsselaer, S., De Graaf, R., Van 't Land, H., Ten Have, M., Vollebergh, W. (2006). *Trimbos kerncijfers psychische stoornissen. Resultaten van Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverlening en patiëntstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*. Utrecht: NIVEL.
- GGZ Nederland (2006). *Toenemende Zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007). *Toenemende Zorg Update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007). *Wachlijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2007*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2009). *Zorg op waarde geschat. Sectorrapport GGZ 2009*. Amersfoort: GGZ Nederland.

- Hoeymans, N., Gommer, A.M., Poos, M.J.J.C. (2006). Wat is de ziektelast in Nederland? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M., Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2): 213-220.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kamerbrief 'Voortgangsrapportage maatschappelijke opvang 2008'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Eigen adressenbestand*.
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (2009). *Eigen adressenbestand*.
- Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I., Sytma, S. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pijl, Y.J. (2007). *Kerncijfers ggz voor drie psychiatrische casusregisters*. (Unpub).
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J., Slobbe, L.C.J. (2008). Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's – 8. Bilthoven: RIVM/ CBS.
- Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W.J., Polder, J.J. (2006). Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's 1. Bilthoven: RIVM.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2001). *Kerncijfers verslavingszorg 2000 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2002). *Kerncijfers verslavingszorg 2001 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2003). *Kerncijfers verslavingszorg 2002 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2004). *Kerncijfers verslavingszorg 2003 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2006). *Kerncijfers verslavingszorg 2004 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2007). *Kerncijfers verslavingszorg 2005 LADIS*. Houten: IVZ.
- Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) (2007). *Kerncijfers verslavingszorg 2006 LADIS*. Houten: IVZ.
- Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(9590): 841-850.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparison of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World mental Health Organization.*, 78(4): 413-426.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *American Medical Association*, 291(21): 2581-2590.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007). *European health for all database (HFA-DB)*. <http://data.euro.who.int/hfadb>

AFKORTINGEN

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

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RM	Rechterlijke Machtiging
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
SSRI	Specifieke serotonine-heropnameremmer
TBS	Terbeschikkingstelling
TCA	Tricyclisch Antidepressivum
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WHO	World Health Organization
Zorgis	Registratiesysteem van GGZ Nederland

