Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (M. Zwaanswijk, E. M. Zantinge, J. Muijsken, P. F. M. Verhaak, D. H. de Bakker, ***Verdieping van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM 2.0), Deel A: De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg***, NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in PDF-format op www.nivel.nl

Verdieping van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM 2.0)

Deel A: De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

M. Zwaanswijk
E. M. Zantinge
J. Muijsken
P. F. M. Verhaak
D. H. de Bakker

ISBN 978-90-6905-857-3

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1	**Inleiding**	**5**
1.1	Achtergrond en doel van het onderzoek	5
1.2	Vraagstellingen en opbouw van dit rapport	7
2	**Methode**	**9**
2.1	De aanwezigheid van psychische problemen	9
2.1.1	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	9
2.1.2	Gezondheidsenquête van het CBS	10
2.2	Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek	11
2.2.1	Huisartsenzorg	12
2.2.2	Eerstelijnspsychologen	13
2.2.3	Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	14
2.2.4	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV)	14
3	**Resultaten**	**17**
3.1	De aanwezigheid van psychische problemen	17
3.1.1	De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen	17
3.1.2	De aanwezigheid van psychisch onwelbevinden	23
3.2	Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek	25
3.2.1	Huisartsenzorg	25
3.2.2	Eerstelijnspsychologen	27
3.2.3	Algemeen maatschappelijk werk	29
3.2.4	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	31
4	**Toepassing: de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in de provincie Utrecht**	**33**
4.1	Psychische problemen in Utrecht	33
4.1.1	Psychiatrische stoornissen	33
4.1.2	Psychisch onwelbevinden	35
4.2	Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek in Utrecht	36
4.2.1	Huisartsen	36
4.2.2	Eerstelijnspsychologen	39
4.2.3	Algemeen Maatschappelijk Werk	43
5	**Conclusie**	**47**
	Literatuur	**51**
	Bijlage	**53**

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

In de eerste helft van 2006 heeft het NIVEL in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) een rekenmodel ontwikkeld waarmee op lokaal niveau de verwachte zorgvraag in kaart gebracht kan worden. Dit rekenmodel staat bekend als de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM). Dit instrument geeft op basis van demografische kenmerken van een populatie (bijvoorbeeld een wijk) een schatting van het aantal contacten of contacturen per tijdseenheid met verschillende eerstelijns hulpverleners. Als zodanig biedt het instrument een bijdrage aan de discussie over een meer vraaggestuurd zorgaanbod voor de betreffende populatie. De eerste versie staat beschreven in Brouwer, Sixma, Delnoij en Van der Meulen-Arts (2006).

In de eerste versie van de VAAM worden de variabelen leeftijd, geslacht en etniciteit gebruikt als voorspeller voor het gebruik van verschillen vormen van eerstelijnszorg. Voor deze variabelen is gekozen omdat ze via CBS-Statline zonder kosten beschikbaar zijn per 4-cijferig postcodegebied. De multivariate relatie tussen deze demografische kenmerken en het gebruik van verschillende voorzieningen is berekend op basis van een enquête onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking die in 2001 werd afgenomen in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van Lindert et al., 2004). Inkomen is een vierde demografisch kenmerk dat op niveau van het 4-cijferig postcodegebied beschikbaar is. In de analyses ten behoeve van de oorspronkelijke VAAM droeg de variabele inkomen echter niet bij aan de verklaring van de variantie.

Vanaf het begin is door de ontwerpers gesteld dat de VAAM gezien moet worden als een groeimodel. In de loop van de tijd zou de monitor verfijnd en uitgebreid kunnen worden. Deze verfijning zou zowel gezocht moeten worden in het gebruik van recentere databestanden als in een uitsplitsing naar verschillende aandoeningen. Het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt, betreft een dergelijke verdieping van de VAAM en wordt daarom aangeduid met de naam VAAM 2.0. Hierin komen verschillende aspecten aan bod.

Ten eerste is de VAAM 2.0, die in de eerste versie slechts de algemene vraag naar diensten van de huisarts, de fysiotherapeut en andere eerstelijns zorgverleners voorspelde, nu gespecificeerd voor de specifieke vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het gaat het hierbij om de zorg voor psychische en psychosociale stoornissen die huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers (AMW), eerstelijnspsychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) in de eerstelijn bieden.

De nieuwe versie van de VAAM voorspelt niet alleen de gerealiseerde vraag naar zorg voor psychische aandoeningen, maar ook de potentiële vraag, zoals die uit bevolkingsonderzoek naar psychische aandoeningen afgeleid kan worden.
Voorts is de oorspronkelijke VAAM geactualiseerd door gebruik te maken van recente registratiecijfers. De meeste voorspellingen die met de huidige versie gedaan worden zijn gebaseerd op databases die in 2005 of 2006 verzameld zijn.

De VAAM 2.0 wordt gepresenteerd in de vorm van een Internetapplicatie (www.nivel.nl/vaam), die gebruikers de mogelijkheid biedt om op grond van demografische kenmerken van een omschreven populatie (wijk, buurt of gemeente) een schatting te maken van het benodigde aantal contacten met verschillende eerstelijns hulpverleners. De demografische kenmerken die als input van de VAAM dienen, zijn afkomstig van het CBS (2005).

Ook de Internetapplicatie is in vergelijking met de eerste versie in tal van opzichten verbeterd. De oude versie kende als enige eenheid om berekeningen over te verrichten het 4-cijferig postcodegebied. In de nieuwe versie kunnen schattingen gemaakt worden met betrekking tot aggregatieniveaus van wisselende omvang: voor gemeenten, voor wijken of voor buurten. In de oude VAAM moesten gebruikers zelf de relevante demografische gegevens verzamelen op een CBS site en deze vervolgens invoeren in de VAAM-applicatie. In de VAAM 2.0 volstaat het om de naam van gemeente, wijk of buurt aan te klikken waarna de nodige demografische gegevens worden getoond en toegepast in de rekenmodellen. In de nieuwe VAAM zullen ook steeds landelijke cijfers getoond worden, zodat het mogelijk is om de cijfers van de geselecteerde populatie te vergelijken met het landelijk gemiddelde.

De VAAM 2.0 is geen planningsinstrument. De resultaten zijn bedoeld als uitgangspunt voor discussie door lokale beleidsmakers bij het meer vraaggestuurd maken van de eerstelijnszorg. Het gebruik en de impact van de VAAM zullen daarom sterk afhangen van de personen die bij die discussie betrokken zijn.

De eerste versie van de VAAM wordt medio 2007 niet alleen uitgebreid met de specificatie naar de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg die in dit rapport beschreven wordt (deel A), maar ook met specificaties naar diverse chronische aandoeningen, de diensten van fysiotherapie en farmaceutische zorg, en de verschillende mogelijkheden van ondersteuning van de huisarts. Het laatst genoemde onderdeel van de VAAM 2.0 (deel B) wordt in een afzonderlijk rapport gepresenteerd (Zantinge et al., 2007).

Een klankbordgroep is ingesteld om te adviseren bij inhoudelijke keuzes voor beide verdiepingsstudies. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties: de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Trimbos Instituut, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Utrecht (GG&GD Utrecht), het Centraal Bureau voor Statistiek

(CBS), Zorgbelang Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.2 Vraagstellingen en opbouw van dit rapport

Voor de toepassing van de VAAM 2.0 op de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg worden twee aspecten van de zorgvraag onderscheiden: de potentiële aanwezigheid van psychische problemen onder de bewoners van een bepaald gebied en de mate waarin daar feitelijk hulp voor gezocht zal worden. De potentiële aanwezigheid van psychische problemen, afgeleid uit de bevolkingssamenstelling van het gebied in kwestie is in principe een **over**schatting van de zorgvraag. Niet iedereen bij wie een psychisch probleem geconstateerd wordt, heeft behoefte aan professionele zorg, sommige psychische problemen gaan snel vanzelf over. Deze schattingen geven een bovengrens aan.

De mate waarin hulp gezocht wordt bij huisarts, AMW, eerstelijnspsycholoog of SPV is een **onder**schatting van de zorgvraag. Veel mensen ervaren psychische problemen en willen daar eigenlijk ook professionele hulp voor, maar zien geen kans dat te realiseren. Hun problemen worden niet opgepikt of er zijn praktische bezwaren die met toegankelijkheid te maken hebben, die ervoor zorgen dat een zorgvraag niet gerealiseerd wordt. Deze niet gerealiseerde zorgbehoefte wordt niet meegenomen in de schatting van de feitelijk gezochte hulp, die daarmee dus een ondergrens vormt.

In dit rapport worden de volgende vraagstellingen beantwoord:

1. In welke mate zijn psychische problemen aanwezig in een bepaald gebied, gegeven de kenmerken van een populatie?

   Deze vraag wordt uitgewerkt in drie subvragen. Gegeven een populatie met bepaalde kenmerken:
   1a) hoe groot is de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen in het algemeen?
   1b) hoe groot is de kans op de aanwezigheid van stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid of –misbruik?
   1c) hoe groot is de kans op psychisch onwelbevinden?

2. Wat is de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg gedurende een jaar in een bepaald gebied, gegeven de kenmerken van een populatie?

   Deze vraag wordt uitgewerkt in vier subvragen. Gegeven een populatie met bepaalde kenmerken:
   2a) hoeveel huisartscontacten zijn er te verwachten voor psychische en sociale problemen?
   2b) hoeveel cliënten zullen een beroep doen op eerstelijnspsychologen?
   2c) hoeveel cliënten zullen een beroep doen op algemeen maatschappelijk werk?

2d) hoeveel cliënten zullen een beroep doen op sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de eerstelijn?

Dit rapport bevat de verantwoording van de rekenmodellen die gebruikt zijn om de bovenstaande vragen te beantwoorden, en daarnaast de resultaten van de berekeningen. De rekenmodellen zullen gebruikt worden om berekeningen voor de Internetapplicatie van de VAAM 2.0 te kunnen uitvoeren. De rekenmodellen worden tenslotte toegepast op alle gemeentes in de provincie Utrecht en op alle wijken in de gemeente Utrecht. Hierbij komen de volgende subvragen aan bod:

3a) welke gegevens leveren bovenstaande schattingen van de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg op voor gebieden in de provincie Utrecht?
3b) in hoeverre komen de schattingen van de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg overeen met de feitelijke gegevens in de provincie Utrecht?

In hoofdstuk 2 worden de databestanden besproken die gebruikt zijn bij het opstellen van de verschillende rekenmodellen. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de analyses gepresenteerd en de rekenmodellen die zijn ontwikkeld voor de Internetapplicatie. In hoofdstuk 4 worden de ontwikkelde rekenmodellen toegepast op alle wijken in de gemeente Utrecht en op alle gemeentes in de provincie Utrecht. In hoofdstuk 5 volgen tenslotte de conclusies die we naar aanleiding van dit rapport kunnen trekken.

2 Methode

In principe worden in de rekenmodellen de volgende variabelen meegenomen: geslacht, leeftijdsklasse, inkomen, etniciteit, stedelijkheid en type huishouden. Deze variabelen zijn echter niet in alle bestanden beschikbaar. Hieronder volgt een beschrijving van de gebruikte databestanden, waarbij voor elk bestand aangegeven wordt welke variabelen beschikbaar waren voor de ontwikkeling van de rekenmodellen.

2.1 De aanwezigheid van psychische problemen

2.1.1 Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

Voor de VAAM 2.0 zijn rekenmodellen ontwikkeld waarmee de kans op de aanwezigheid van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen geschat wordt. Deze modellen zijn gebaseerd op het databestand van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In dit grootschalige bevolkingsonderzoek, dat tussen 1996 en 1999 werd uitgevoerd door het Trimbos Instituut, is een random steekproef van 7.076 Nederlanders van 18 tot 65 jaar ondervraagd met behulp van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Word Health Organization, 1990). Dit gestandaardiseerde psychiatrisch interview bevraagt de aanwezigheid van symptomen van verschillende psychiatrische stoornissen en de last die respondenten daarvan ondervinden. Op basis van de antwoorden wordt bepaald of een respondent voldoet aan de DSM-III-R-criteria (American Psychiatric Association, 1987) voor een psychiatrische stoornis. De opzet en belangrijkste resultaten van het NEMESIS-onderzoek worden beschreven in Vollebergh et al. (2003).

Op basis van de NEMESIS-data zijn verschillende rekenmodellen ontwikkeld voor het schatten van de kans op het voorkomen van psychiatrische stoornissen. Ten eerste is een model gemaakt voor het schatten van de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen in het algemeen. Hierbij is geen onderscheid gemaakt naar het type stoornis, maar zijn alle mogelijke stoornissen samen genomen. Hiernaast zijn afzonderlijke rekenmodellen gemaakt voor het schatten van de kans op de aanwezigheid van de drie meest voorkomende categorieën van psychiatrische stoornissen: stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid of –misbruik.

De rekenmodellen zijn bepaald op grond van multiple logistische regressieanalyses, waarvoor de volgende variabelen beschikbaar waren als voorspellers:

a) *Geslacht*
   Mannen zijn gebruikt als referentiecategorie.

b) *Leeftijdsklasse*
Deze variabele is onderverdeeld in de categorieën 18-25, 25-40 en 40-65 jaar. De categorie 25 tot 40 jaar is gebruikt als referentiecategorie.

c) *Inkomen*
In de VAAM 2.0 wordt als input gebruik gemaakt van de CBS-gegevens over het aantal personen in een huishouden met een laag inkomen binnen een bepaald gebied. Hierbij hanteert het CBS de vuistregel dat inkomens die onder het 40ste percentiel van de landelijke verdeling vallen, aangemerkt worden als laag. Een vergelijkbare dichotomisering is toegepast op de NEMESIS-gegevens. De categorie 'geen laag inkomen' is gebruikt als referentiecategorie.

d) *Stedelijkheid*
Deze variabele is volgens de CBS-definitie van stedelijke dichtheid onderverdeeld in 5 categorieën, variërend van platteland (minder dan 500 adressen per km^2) tot zeer sterk stedelijk (meer dan 2500 adressen per km^2). De categorie 'platteland' is gebruikt als referentiecategorie, voor de overige categorieën zijn dummy's gemaakt.

De NEMESIS-data hebben een aantal beperkingen, die in ogenschouw genomen moeten worden bij het gebruik van de gegevens binnen de VAAM 2.0. Ten eerste zijn de data gedateerd, omdat zij afkomstig zijn uit 1996-1999. Recentere data die gebaseerd zijn op een gestandaardiseerd psychiatrisch interview en die het hele spectrum van de psychopathologie bestrijken zijn echter nog niet beschikbaar voor Nederland. Hiernaast is de leeftijdsrange van de respondenten binnen NEMESIS beperkt tot 18 tot 65 jaar. Allochtonen zijn binnen NEMESIS ondervertegenwoordigd, waardoor de data alleen van toepassing zijn op autochtone Nederlanders. Ten slotte zijn binnen de NEMESIS data geen gegevens aanwezig omtrent het type huishouden.

2.1.2 Gezondheidsenquête van het CBS

De kans op de aanwezigheid van psychische problemen kan ook geschat worden met een rekenmodel dat gemaakt is op grond van bij het CBS beschikbaar gestelde bestanden betreffende Gezondheid en Arbeid 2004, welke afkomstig zijn van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Ook is gebruik gemaakt van het POLS basisbestand van 2004. De POLS-enquête wordt jaarlijks afgenomen bij een steekproef van 6000 á 7000 Nederlanders van 12 jaar en ouder. Sinds 2001 wordt binnen de gezondheidsenquête de Mental Health Inventory (MHI-5, Berwick et al., 1991) afgenomen. De MHI-5 is een van de subschalen van de Short Form-36 (SF-36, Ware & Sherbourne, 1992), een veel gebruikt instrument om de kwaliteit van leven te meten. Met de MHI-5 worden geen psychiatrische diagnoses gesteld, zoals wel gebeurt met de CIDI in het NEMESIS-onderzoek (zie 2.1.1). De uitkomst op de MHI-5 geeft daarentegen een indicatie van de mate van psychisch onwelbevinden. De score kan variëren van 0 tot 100, waarbij de score 100 een optimale geestelijke gezondheid representeert. In navolging van Hoeymans et al. (2004) wordt een score van 72 of lager gebruikt als indicatie van psychisch onwelbevinden.

Het rekenmodel wordt bepaald op grond van multiple logistische regressieanalyse, waarvoor de volgende variabelen beschikbaar zijn als voorspellers:

a) *Geslacht*
   Mannen worden gebruikt als referentiecategorie.

b) *Leeftijdsklasse*
   Deze variabele is onderverdeeld in de categorieën 15-25 jaar, 25-40 jaar, 40-65 jaar, 65-75 jaar en 75 plus. De categorie 25 tot 40 jaar is gebruikt als referentiecategorie.

c) *Inkomen*
   In de VAAM 2.0 wordt als input gebruik gemaakt van de CBS-gegevens over het aantal personen in een huishouden met een laag inkomen binnen een bepaald gebied. Hierbij hanteert het CBS de vuistregel dat inkomens die onder het 40ste percentiel van de landelijke verdeling vallen, aangemerkt worden als laag. Een vergelijkbare dichotomisering wordt toegepast op de individuele gegevens van deelnemers aan de gezondheidsenquête. De categorie 'geen laag inkomen' wordt gebruikt als referentiecategorie. De inkomensgegevens zijn afkomstig uit 2003. Recentere gegevens zijn nog niet beschikbaar.

d) *Stedelijkheid*
   Deze variabele is volgens de CBS-definitie van stedelijke dichtheid onderverdeeld in 5 categorieën, variërend van platteland (minder dan 500 adressen per km^2) tot zeer sterk stedelijk (meer dan 2500 adressen per km^2). De categorie 'platteland' wordt gebruikt als referentiecategorie, voor de overige categorieën worden dummy's gemaakt.

e) *Type huishouden*
   Er wordt onderscheid gemaakt tussen een- en meerpersoonshuishoudens, waarbij de laatste categorie als referentie gebruikt wordt.

f) *Etniciteit*
   Er wordt onderscheid gemaakt tussen autochtoon, westers allochtoon en niet-westerse allochtoon, waarbij de categorie autochtoon als referentie gebruikt wordt.

Bij het interpreteren van de gegevens over psychisch onwelbevinden moet in ogenschouw genomen worden dat de data alleen betrekking hebben op respondenten van 15 jaar en ouder.

2.2 Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek

Er zijn verschillende rekenmodellen ontwikkeld waarmee het gebruik van afzonderlijke aanbieders van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg geschat kan worden. Hieronder wordt per aanbieder beschreven welke data beschikbaar waren en wordt een verantwoording van de rekenmodellen gegeven.

2.2.1 Huisartsenzorg

Gegevens over het gebruik van huisartsenzorg zijn ontleend aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH, Verheij et al., 2007). Dit is een netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken met ongeveer 360.000 ingeschreven patiënten in 2005. De bij LINH aangesloten huisartsen verzamelen op continue basis gegevens over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen. Aandoeningen worden geregistreerd met behulp van codes uit de International Classification of Primary Care (ICPC, Lamberts, Woods, Hofmans-Okkes, 1993).

De analyses zijn gebaseerd op de LINH-gegevens van 2005. Volgens de criteria van LINH zijn huisartspraktijken alleen meegenomen in de analyse als zij minstens een half jaar geregistreerd hebben. Voor de praktijken die niet het volledige jaar geregistreerd hebben, is een correctiefactor toegepast op het aantal contacten. Hiernaast zijn alleen praktijken die gemiddeld meer dan drie dossiercontacten per ingeschreven patiënt per jaar hebben geregistreerd opgenomen in de analyse. Dit resulteerde in een totaal van 72 huisartspraktijken in de analyse. Patiënten zijn alleen meegenomen in de analyse als zij het hele jaar ingeschreven stonden bij de betreffende huisartspraktijk. Alleen vaste patiënten zijn meegenomen.

Om een rekenmodel te maken waarmee de vraag naar huisartsenzorg voor psychische problematiek geschat kan worden, is met behulp van lineaire multiple regressieanalyse bepaald in hoeverre de onderscheiden variabelen (zie onder) bijdragen aan het aantal contacten vanwege psychische problemen (ICPC hoofdstuk P) of sociale problemen (ICPC hoofdstuk Z) dat patiënten met hun huisarts hebben. In overeenstemming met de definiëring in De Bakker et al. (2005) wordt ICPC-code T06 (anorexia/boulimia) ook gerekend tot het cluster van psychische en sociale problemen.

Onderstaande variabelen zijn in de analyse opgenomen als voorspellers van het aantal contacten met de huisarts vanwege psychische of sociale problemen. De variabelen inkomen, stedelijkheid, type huishouden en etniciteit zijn kenmerken van het postcodegebied waar de patiënt woont.

a) *Geslacht*
   Mannen zijn gebruikt als referentiecategorie.

b) *Leeftijdsklasse*
   Net als in de oorspronkelijke VAAM (Brouwer et al., 2006) is deze variabele onderverdeeld in 7 categorieën: 0-5 jaar, 5-15 jaar, 15-25 jaar, 25-40 jaar, 40-65 jaar, 65-75 jaar en 75 plus. De categorie 25 tot 40 jaar is gebruikt als referentiecategorie.

c) *Inkomen*
   De proportie personen in een huishouden met een laag inkomen in het postcodegebied waar de patiënt woont is opgenomen in de analyse. Deze gegevens zijn ontleend aan de Gemeentelijke Basisadministratie van het CBS. Hierbij hanteert het CBS de vuistregel dat inkomens die onder het 40ste percentiel van de landelijke verdeling vallen, aangemerkt worden als laag. De inkomensgegevens zijn afkomstig

uit 2003. Recentere gegevens zijn nog niet beschikbaar.

d) *Stedelijkheid*
De stedelijkheidsgraad van het postcodegebied waar de patiënt woont is opgenomen in de analyse. Gegevens zijn ontleend aan het CBS (2004), waarbij stedelijkheid onderverdeeld wordt in 5 categorieën, variërend van platteland (minder dan 500 adressen per km^2) tot zeer sterk stedelijk (meer dan 2500 adressen per km^2). De categorie 'platteland' is gebruikt als referentiecategorie, voor de overige categorieën zijn dummy's gemaakt.

e) *Type huishouden*
De proportie eenpersoonshuishoudens in het postcodegebied waar de patiënt woont is opgenomen in de analyse. Gegevens zijn ontleend aan het CBS (2005).

f) *Etniciteit*
De analyse bevat de proportie westerse allochtonen en de proportie niet-westerse allochtonen in het postcodegebied waar de patiënt woont. Gegevens zijn ontleend aan het CBS (2005).

2.2.2 Eerstelijnspsychologen

Gegevens over het gebruik van zorg van eerstelijnspsychologen zijn ontleend aan het Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnspsychologen (LINEP) uit 2005. Omdat dit bestand geen gegevens bevat over personen die géén contact hebben gehad met een eerstelijnspsycholoog (zoals bij de huisartsenzorg), kan geen gewone regressieanalyse uitgevoerd worden om na te gaan welke variabelen gerelateerd zijn aan gebruik van zorg van eerstelijnspsychologen. Uit het bestand kan echter wel de procentuele verdeling van cliënten over de door ons onderscheiden leeftijds- en geslachtscategorieën afgeleid worden. In 2005 hebben in totaal 71.500 cliënten gebruik gemaakt van de zorg van eerstelijnspsychologen (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, 2005). De procentuele verdeling van cliënten over de leeftijds- en geslachtscategorieën is toegepast op dit totale aantal. De verhouding van het aantal cliënten in een bepaalde leeftijds- en geslachtscategorie tot het landelijke aantal in de betreffende leeftijds- en geslachtscategorie geeft de kans van een willekeurig persoon uit die categorie op contact met een eerstelijnspsycholoog weer.

De opbouw van het LINEP-bestand legt beperkingen op aan het aantal variabelen op grond waarvan de kans op contact met een eerstelijnspsycholoog geschat wordt. Met de huidige gegevens kan deze kans alleen bepaald worden aan de hand van leeftijd en geslacht. Bij het bepalen van het rekenmodel voor de huisartsenzorg werden kenmerken van het postcodegebied waarin de patiënt woont opgenomen in de analyses (zie 2.2.1). Dit was niet mogelijk voor de cliënten van eerstelijnspsychologen. Het LINEP-bestand bevat weliswaar de postcodes van de psychologenpraktijken, maar niet die van de cliënten. Omdat eerstelijnspsychologen hun cliënten uit een groot gebied betrekken, is het niet zinvol om kenmerken van het postcodegebied waarin de praktijk gevestigd is toe te

voegen aan het rekenmodel. Ook voor individuele cliënten zijn geen gegevens bekend over inkomen. Hoewel de herkomst van cliënten wel geregistreerd is, kan uit deze informatie niet afgeleid worden of een cliënt westers of niet-westers allochtoon is.

2.2.3 Algemeen maatschappelijk werk (AMW)

Het rekenmodel voor het schatten van het gebruik van zorg van algemeen maatschappelijk werk is gebaseerd op gegevens van de Monitor van Maatschappelijke Dienstverlening (Madimonitor) uit 2004. Dit informatiesysteem is opgezet in opdracht van de Maatschappelijke Ondernemersgroep (MO-groep), de brancheorganisatie voor welzijn, maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang. In het informatiesysteem registreren de deelnemende AMW-instellingen gegevens over hun cliënten. Omdat dit bestand geen gegevens bevat over personen die géén contact hebben gehad met een het AMW (zoals bij de huisartsenzorg), kan geen gewone regressieanalyse uitgevoerd worden om na te gaan welke variabelen gerelateerd zijn aan gebruik van zorg van het AMW.

De gegevens zijn geregistreerd als totale aantallen per instelling (bijv. het totaal aantal mannen in een instelling), waardoor het niet mogelijk is om feitelijke combinaties te maken van leeftijdsklasse en geslacht, zoals bij de eerstelijnspsychologen (zie 2.2.2). We kennen echter de verdeling over een aantal leeftijdsklassen én de verdeling tussen mannen en vrouwen. Over het geheel genomen is die laatstgenoemde verdeling 34% - 66%. Door aan te nemen dat deze verdeling geldig is voor iedere leeftijdsklasse kan de verdeling naar leeftijd en geslacht bepaald worden. In 2004 hebben in totaal 260.600 cliënten gebruik gemaakt van de zorg van het AMW. De procentuele verdeling van cliënten over de leeftijds- en geslachtscategorieën is toegepast op dit totale aantal van 260.600 cliënten. De verhouding van het aantal cliënten in een bepaalde leeftijds- en geslachtscategorie tot het landelijke aantal in de betreffende leeftijds- en geslachtscategorie geeft de kans van een willekeurig persoon uit die categorie op contact met het AMW weer.

Evenals voor de eerstelijnspsychologen geldt hier de beperking dat de kans op contact met het AMW alleen geschat wordt op grond van de variabelen leeftijd en geslacht. Doordat de leeftijdscategorieën in de Madimonitor bovendien breed gedefinieerd zijn, is er een minder fijnmazig onderscheid naar leeftijdscategorieën te maken dan voor bijvoorbeeld de eerstelijnspsychologen (zie 3.2.3). Net als in het LINEP-bestand is in de Madimonitor alleen de postcode van de AMW-instelling bekend, waardoor het niet mogelijk is om kenmerken van het postcodegebied waar de cliënt woont op te nemen in de analyses.

2.2.4 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV)

Gegevens over het gebruik van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die gedetacheerd in een huisartspraktijk werken, zijn ontleend aan de registratie van consultatieve

contacten over het jaar 2003 (Zantinge et al. 2004). Omdat dit bestand geen gegevens bevat over personen die géén contact hebben gehad met een SPV (zoals bij de huisartsenzorg), kan geen gewone regressieanalyse uitgevoerd worden om na te gaan welke variabelen gerelateerd zijn aan gebruik van zorg van SPV. Uit het bestand kan echter wel de procentuele verdeling van cliënten over de door ons onderscheiden leeftijds- en geslachtscategorieën afgeleid worden. Het landelijk aantal consultatieve contacten dat de GGZ in 2005 noteerde bedroeg 94.000 (GGZ Nederland, 2006). Op basis van de registratie gaan we ervan uit dat een SPV gemiddeld ongeveer drie contacten met één cliënt heeft. Het totaal aantal cliënten binnen een jaar wordt daarmee geschat op 31.333. De procentuele verdeling van cliënten over de leeftijds- en geslachtscategorieën is toegepast op dit totale aantal van 31.333 cliënten. De verhouding van het aantal cliënten in een bepaalde leeftijds- en geslachtscategorie tot het landelijke aantal in de betreffende leeftijds- en geslachtscategorie geeft de kans van een willekeurig persoon uit die categorie op contact met SPV weer.

Evenals voor de eerstelijnspsychologen en het AMW geldt hier de beperking dat de kans op contact met SPV alleen geschat wordt op grond van de variabelen leeftijd en geslacht. Wel kan gebruik gemaakt worden van fijnmaziger leeftijdscategorieën dan bij het AMW.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de verschillende rekenmodellen gepresenteerd, voor alle databestanden afzonderlijk. Naast de ruwe cijfers worden telkens ook formules gepresenteerd, die als uitgangspunt van de VAAM-applicatie op Internet dienen.

3.1 De aanwezigheid van psychische problemen

3.1.1 De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen

De kans op het voorkomen van psychiatrische stoornissen in een geografisch gebied wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op grond van de verdeling naar geslacht, leeftijd, inkomen en stedelijkheid. Ten eerste is een model gemaakt voor het schatten van de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen in het algemeen. Hierbij is geen onderscheid gemaakt naar het type stoornis, maar zijn alle mogelijke stoornissen samen genomen. De resultaten van deze analyse staan in tabel 3.1. Vervolgens geven de tabellen 3.2 tot en met 3.4 achtereenvolgens de resultaten weer van de modellen voor het schatten van de kans op de aanwezigheid van stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid en –misbruik[1]. Tevens worden de rekenmodellen weergegeven, die op grond van de resultaten van de regressieanalyses bepaald zijn. De uiteindelijke uitkomst van de rekenmodellen geven de kans aan dat iemand in een bepaalde gemeente, wijk of buurt een psychiatrische stoornis c.q. stemmingsstoornis, angststoornis of alcoholstoornis heeft.

[1] Met dank aan Ron de Graaf en Saskia van Dorsselaer van het Trimbos Instituut

Tabel 3.1 Regressiecoëfficiënten voor de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen in het algemeen

	B	Ondergrens 95% bi	Bovengrens 95% bi
Constante [a]	-1,679**	-1,863	-1,495
Vrouw	-0,038	-0,154	0,078
18 tot 25-jarigen	0,295**	0,124	0,466
40 tot 65-jarigen	-0,251**	-0,376	-0,126
Laag inkomen	0,576**	0,458	0,694
Stedelijkheid			
Weinig	0,189	-0,011	0,389
Matig	0,408**	0,210	0,606
Sterk	0,375**	0,179	0,571
Zeer sterk	0,490**	0,294	0,686

[a] Constante = man, 25-40 jr, geen laag inkomen, platteland
* p < 0,05; ** p < 0,01
Bi = betrouwbaarheidsinterval

Op grond van bovenstaande resultaten kan een rekenmodel gemaakt worden om de kans op de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis in een bepaalde populatie te voorspellen.

$$Y = -1{,}679 * P_T - 0{,}038 * X_1 + 0{,}295 * X_2 - 0{,}251 * X_3 + 0{,}576 * X_4 + 0{,}189 * P_T * X_5 + 0{,}408 * P_T * X_6 + 0{,}375 * P_T * X_7 + 0{,}490 * P_T * X_8$$

$$K_{stoornis} = \frac{EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)}{\left(EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)\right) + 1}$$

$K_{stoornis}$ = de kans op de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis
P_T = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_1 = het aantal vrouwen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_2 = het aantal 18 tot 25-jarigen in de populatie
X_3 = het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_4 = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
X_5 - X_8 = dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid

Uit de gewichten in het rekenmodel kunnen we afleiden dat mannen en vrouwen een even grote kans op een psychiatrische stoornis hebben wanneer alle stoornissen samengenomen worden. Jongeren (18 tot 25 jaar) hebben meer kans op een stoornis dan de groep van 25 tot 40-jarigen. Daarentegen heeft de leeftijdsgroep van 40 tot 65 jaar juist een minder grote kans op een psychiatrische stoornis dan de groep van 25 tot 40-jarigen. Personen met een laag inkomen hebben een verhoogd risico op een psychiatrische stoornis in vergelijking met mensen met een hoger inkomen. Psychiatrische stoornissen komen, vergeleken met het platteland, meer voor in de matig tot zeer sterk verstedelijkte gebieden.

Tabel 3.2 Regressiecoëfficiënten voor de kans op de aanwezigheid van stemmingsstoornissen

	B	**Ondergrens 95% bi**	**Bovengrens 95% bi**
Constante [a]	-3,548**	-3,873	-3,223
Vrouw	0,522**	0,336	0,708
18 tot 25-jarigen	-0,431*	-0,733	-0,129
40 tot 65-jarigen	-0,007	-0,201	0,187
Laag inkomen	0,821**	0,633	1,009
Stedelijkheid			
Weinig	0,239	-0,104	0,582
Matig	0,375*	0,036	0,714
Sterk	0,576**	0,251	0,901
Zeer sterk	0,734**	0,413	1,055

[a] Constante = man, 25-40 jr, geen laag inkomen, platteland
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
Bi = betrouwbaarheidsinterval

Op grond van bovenstaande resultaten kan een rekenmodel gemaakt worden om de kans op de aanwezigheid van stemmingsstoornissen in een bepaalde populatie te voorspellen.

$$Y = -3{,}548 * P_T + 0{,}522 * X_1 - 0{,}431 * X_2 - 0{,}007 * X_3 + 0{,}821 * X_4 + 0{,}239 * P_T * X_5 + 0{,}375 * P_T * X_6 + 0{,}576 * P_T * X_7 + 0{,}734 * P_T * X_8$$

$$K_{stemming} = \frac{EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)}{\left(EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)\right) + 1}$$

$K_{stemming}$	= de kans op de aanwezigheid van een stemmingsstoornis
P_T	= het aantal personen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_1	= het aantal vrouwen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_2	= het aantal 18 tot 25-jarigen in de populatie
X_3	= het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_4	= het aantal personen van 18 tot 65 jaar in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
X_5 - X_8	= dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid

Uit het rekenmodel kan afgeleid worden dat vrouwen een grotere kans hebben op een stemmingsstoornis dan mannen. De jongere leeftijdsgroep (18 tot 25 jaar) heeft een minder grote kans op een stemmingsstoornis dan de groep van 25 tot 40-jarigen. Personen met een laag inkomen hebben een verhoogde kans op een stemmingsstoornis in vergelijking met mensen met een hoger inkomen. Evenals hierboven bij de psychiatrische stoornissen in het algemeen gevonden werd, komen stemmingsstoornissen, vergeleken met het platteland, meer voor in de matig tot zeer sterk verstedelijkte gebieden.

Tabel 3.3 Regressiecoëfficiënten voor de kans op de aanwezigheid van angststoornissen

	B	Ondergrens 95% bi	Bovengrens 95% bi
Constante [a]	-2,786**	-3,031	-2,541
Vrouw	0,748**	0,595	0,901
18 tot 25-jarigen	-0,246*	-0,479	-0,013
40 tot 65-jarigen	-0,140	-0,299	0,019
Laag inkomen	0,645**	0,494	0,796
Stedelijkheid			
Weinig	0,137	-0,120	0,394
Matig	0,157	-0,100	0,414
Sterk	0,333*	0,084	0,582
Zeer sterk	0,304*	0,053	0,555

[a] Constante = man, 25-40 jr, geen laag inkomen, platteland
* p < 0,05; ** p < 0,01
Bi = betrouwbaarheidsinterval

Het rekenmodel voor het voorspellen van de kans op een angststoornis ziet er als volgt uit:

$$Y = -2{,}786 * P_T + 0{,}748 * X_1 - 0{,}246 * X_2 - 0{,}140 * X_3 + 0{,}645 * X_4 + 0{,}137 * P_T * X_5 + 0{,}157 * P_T * X_6 + 0{,}333 * P_T * X_7 + 0{,}304 * P_T * X_8$$

$$K_{angst} = \frac{EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)}{\left(EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)\right) + 1}$$

K_{angst} = de kans op de aanwezigheid van een angststoornis
P_T = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_1 = het aantal vrouwen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_2 = het aantal 18 tot 25-jarigen in de populatie
X_3 = het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_4 = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
$X_5 – X_8$ = dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid

Het rekenmodel laat zien dat vrouwen een grotere kans hebben op een angststoornis dan mannen. Net als voor stemmingsstoornissen geldt ook voor angststoornissen dat de jongste leeftijdsgroep (18 tot 25 jaar) een kleinere kans hierop heeft dan de groep van 25 tot 40 jaar. Personen met een laag inkomen hebben een verhoogde kans op een

angststoornis in vergelijking met mensen met een hoger inkomen. Vergeleken met het platteland is de kans op een angststoornis groter in sterk en zeer sterk verstedelijkte gebieden.

Tabel 3.4 Regressiecoëfficiënten voor de kans op de aanwezigheid van alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik

	B	Ondergrens 95% bi	Bovengrens 95% bi
Constante [a]	-2,267**	-2,555	-1,979
Vrouw	-1,717**	-1,946	-1,488
18 tot 25-jarigen	0,919**	0,686	1,152
40 tot 65-jarigen	-0,641**	-0,857	-0,425
Laag inkomen	0,238*	0,046	0,430
Stedelijkheid			
Weinig	0,016	-0,323	0,355
Matig	0,693**	0,383	1,003
Sterk	0,439*	0,121	0,757
Zeer sterk	0,532**	0,220	0,844

[a] Constante = man, 25-40 jr, geen laag inkomen, platteland
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
Bi = betrouwbaarheidsinterval

Op grond van deze resultaten kan het volgende rekenmodel voor het voorspellen van de kans op alcoholafhankelijkheid of –misbruik bepaald worden:

$$Y = -2,267 * P_T - 1,717 * X_1 + 0,919 * X_2 - 0,641 * X_3 + 0,238 * X_4 + 0,016 * P_T * X_5 + 0,693 * P_T * X_6 + 0,439 * P_T * X_7 + 0,532 * P_T * X_8$$

$$K_{alcohol} = \frac{EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)}{\left(EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)\right) + 1}$$

$K_{alcohol}$ = de kans op de aanwezigheid van alcoholafhankelijkheid of -misbruik
P_T = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_1 = het aantal vrouwen van 18 tot 65 jaar in de populatie
X_2 = het aantal 18 tot 25-jarigen in de populatie
X_3 = het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_4 = het aantal personen van 18 tot 65 jaar in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
$X_5 – X_8$ = dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid

Gewichten in het rekenmodel laten zien dat mannen een grotere kans hebben op alcoholafhankelijkheid of –misbruik dan vrouwen. Ook is deze kans verhoogd onder 18 tot 25-jarigen, terwijl 40 tot 65-jarigen juist minder kans hebben op alcoholafhankelijkheid of –misbruik dan de groep van 25 tot 40 jaar. Evenals voor de andere stoornissen geldt voor alcoholafhankelijkheid of –misbruik dat personen met een laag inkomen een verhoogd risico hebben. In vergelijking met het platteland is de kans op het voorkomen van alcoholproblemen groter in de matig tot zeer sterk verstedelijkte gebieden.

Bij de voorspelling van de aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen op grond van bovengenoemde rekenmodellen moet men er rekening mee houden dat de algemene voorspelling (de kans op psychiatrische stoornissen in het algemeen) in feite gebaseerd is op de leeftijd van de populatie, de inkomenssituatie en de stedelijkheidsgraad. Over etniciteit en gezinssamenstelling ontbreken de gegevens, en de factor "geslacht" doet er in deze vergelijking nauwelijks toe (zie tabel 3.1). Wat dan rest is dat gebieden met relatief veel jongeren (18 -25 jarigen), een hoge stedelijkheidsgraad, en met veel bewoners met een laag inkomen automatisch aangemerkt zullen worden als gebieden met relatief veel psychiatrische stoornissen. Dit algemene beeld geldt voor specifieke stoornissen ook, voor zover het de stedelijkheid en de inkomenssituatie betreft. Wat leeftijd betreft worden de voorspelde prevalenties van angst en depressie opgevoerd door een groter aandeel van 25-40 jarigen. Ook een groter aandeel aan vrouwen zal de voorspelde prevalentie van angst en depressie doen toenemen. Een groter aandeel mannen heeft daarentegen een stijging van de prevalentie van alcohol afhankelijkheid of -misbruik als gevolg.

3.1.2 De aanwezigheid van psychisch onwelbevinden

De kans op het voorkomen van psychisch onwelbevinden in een geografisch gebied wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op grond van de verdeling naar geslacht, leeftijd, inkomen, stedelijkheid, type huishouden en etniciteit. In onderstaande tabel staan de resultaten van de multiple logistische regressieanalyse[1]. Tevens wordt het rekenmodel weergegeven, dat op grond van de resultaten van de regressieanalyse bepaald is.

[1] Met dank aan Leo Engberts van het CBS

Tabel 3.5 Regressiecoëfficiënten voor de kans op psychisch onwelbevinden

	B	Ondergrens 95% bi	Bovengrens 95% bi
Constante [a]	-1,324**	-1.500	-1.148
Vrouw	0,378**	0.270	0.486
15 tot 25-jarigen	0,012	-0.178	0.202
40 tot 65-jarigen	0,058	-0.077	0.193
65 tot 75-jarigen	0,050	-0.152	0.252
75-plussers	0,083	-0.158	0.324
proportie 1-persoonshuishoudens	0,584**	0.427	0.741
proportie westerse allochtonen	0,223*	0.017	0.429
proportie niet-westerse allochtonen	0,880**	0.623	1.137
proportie personen in huishouden met laag inkomen	0,297**	0.079	0.515
Stedelijkheid			
Weinig	0,087	-0.087	0.261
Matig	-0,035	-0.217	0.147
Sterk	0,077	-0.095	0.249
Zeer sterk	0,164	-0.042	0.370

[a] Constante = man, 25 tot 40 jaar, autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, platteland
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Bi = betrouwbaarheidsinterval

Op grond van bovenstaande resultaten kan een rekenmodel gemaakt worden om de kans op de aanwezigheid van psychisch onwelbevinden in een bepaalde populatie te voorspellen.

$$Y = -1{,}324 * P_T + 0{,}378 * X_1 + 0{,}012 * X_2 + 0{,}058 * X_3 + 0{,}050 * X_4 + 0{,}083 * X_5 + 0{,}584 * X_6 + 0{,}223 * X_7 + 0{,}880 * X_8 + 0{,}297 * X_9 + 0{,}087 * P_T * X_{10} - 0{,}035 * P_T * X_{11} + 0{,}077 * P_T * X_{12} + 0{,}164 * P_T * X_{13}$$

$$K_{onwelbevinden} = \frac{EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)}{\left(EXP\left(\frac{Y}{P_T}\right)\right) + 1}$$

$K_{onwelbevinden}$	= de kans op de aanwezigheid van psychisch onwelbevinden
P_T	= het aantal personen van 15 jaar en ouder in de populatie
X_1	= het aantal vrouwen van 15 jaar en ouder in de populatie
X_2	= het aantal 15 tot 25-jarigen in de populatie
X_3	= het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_4	= het aantal 65 tot 75-jarigen in de populatie
X_5	= het aantal 75-plussers in de populatie
X_6	= het aantal personen (15 jaar en ouder) in een eenpersoonshuishouden in de populatie
X_7	= het aantal westerse allochtonen van 15 jaar en ouder in de populatie
X_8	= het aantal niet-westerse allochtonen van 15 jaar en ouder in de populatie
X_9	= het aantal personen (15 jaar en ouder) in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
$X_{10} – X_{13}$	= dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid

Uit de gewichten in het rekenmodel kunnen we afleiden dat vrouwen een grotere kans op psychisch onwelbevinden hebben dan mannen. De kans op de aanwezigheid van psychische onwelbevinden is ook verhoogd onder allochtonen, personen uit eenpersoons huishoudens en personen met een laag inkomen. Stedelijkheid en leeftijd hebben geen invloed op het voorkomen van psychisch onwelbevinden.

3.2 Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek

Er zijn verschillende rekenmodellen ontwikkeld waarmee het gebruik van afzonderlijke aanbieders van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg geschat kan worden. Hieronder wordt per aanbieder beschreven welke data beschikbaar waren en wordt een verantwoording van de rekenmodellen gegeven.

3.2.1 Huisartsenzorg

Het verwachte aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen in een geografisch gebied wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op grond van de verdeling naar geslacht, leeftijd, inkomen, stedelijkheid, type huishouden en etniciteit. In onderstaande tabel staan de resultaten van de multiple lineaire regressieanalyse.

Tabel 3.6 Regressiecoëfficiënten voor het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen per jaar

	B	Ondergrens 95% bi	Bovengrens 95% bi
Constante [a]	0,0756**	0,0560	0,0952
Vrouw	0,1019**	0,0942	0,1098
0 tot 5-jarigen	-0,1621**	-0,1809	-0,1433
5 tot 15-jarigen	-0,1169**	-0,1308	-0,1030
15 tot 25-jarigen	-0,0818**	-0,0955	-0,0681
40 tot 65-jarigen	0,0768**	0,0661	0,0874
65 tot 75-jarigen	0,1041**	0,0874	0,1208
75-plussers	0,2788**	0,2608	0,2968
proportie 1-persoonshuishoudens	-0,0448	-0,1282	0,0386
proportie westerse allochtonen	-0,1521*	-0,2796	-0,0245
proportie niet-westerse allochtonen	0,0604*	-0,0078	0,1130
proportie personen in huishouden met laag inkomen	0,1735**	0,0978	0,2491
Stedelijkheid			
Weinig	0,0676**	0,0551	0,0800
Matig	0,0293**	0,0150	0,0435
Sterk	0,0268**	0,0099	0,0437
Zeer sterk	-0,0211	-0,0458	0,0037

[a] Constante = man, 25 tot 40 jaar, autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, platteland
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
Bi = betrouwbaarheidsinterval

Op grond van bovenstaande resultaten kan een rekenmodel gemaakt worden om het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen in een bepaalde populatie te voorspellen. De variabelen type huishouden, etniciteit (westers en niet-westers allochtoon) en inkomen zijn als proporties meegenomen in de analyse. In de formule zou de regressiecoëfficiënt voor type huishouden bijvoorbeeld vermenigvuldigd moeten worden met de *proportie* eenpersoons huishoudens in de populatie en met het totaal aantal personen in de populatie. Omdat dit op hetzelfde neerkomt als het vermenigvuldigen van de regressiecoëfficiënt met het *aantal* eenpersoons huishoudens in de populatie, is ervoor gekozen de formule zo simpel mogelijk te houden en dit laatste getal in te vullen. De uitkomst van de formule wordt vervolgens zodanig aangepast dat deze uiteindelijk het aantal contacten per 1000 inwoners in een gebied weergeeft.

$$C_{huisarts} = 0{,}0756 * P_T + 0{,}1019 * X_1 - 0{,}1621 * X_2 - 0{,}1169 * X_3 - 0{,}0818 * X_4 + 0{,}0768 * X_5 + 0{,}1041 * X_6 + 0{,}2788 * X_7 - 0{,}0448 * X_8 - 0{,}1521 * X_9 + 0{,}0604 * X_{10} + 0{,}1735 * X_{11} + 0{,}0676 * P_T * X_{12} + 0{,}0293 * P_T * X_{13} + 0{,}0268 * P_T * X_{14} - 0{,}0211 * P_T * X_{15}$$

$C_{huisarts}$	= het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen per jaar
P_T	= het aantal personen in de populatie
X_1	= het aantal vrouwen in de populatie
X_2	= het aantal 0 tot 5-jarigen in de populatie
X_3	= het aantal 5 tot 15-jarigen in de populatie
X_4	= het aantal 15 tot 25-jarigen in de populatie
X_5	= het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
X_6	= het aantal 65 tot 75-jarigen in de populatie
X_7	= het aantal 75-plussers in de populatie
X_8	= het aantal eenpersoonshuishoudens in de populatie
X_9	= het aantal westerse allochtonen in de populatie
X_{10}	= het aantal niet-westerse allochtonen in de populatie
X_{11}	= het aantal personen in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
$X_{12} – X_{15}$	= dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid
$(C_{huisarts} / P_T) * 1000$	= het jaarlijks aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen per 1000 inwoners

Uit de gewichten in het rekenmodel kan afgeleid worden dat vrouwen over het algemeen meer huisartscontacten voor psychische of sociale problemen hebben dan mannen. Verder kan geconcludeerd worden dat het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen toeneemt wanneer er minder jongeren zijn, minder westerse allochtonen of meer mensen met een laag inkomen. In vergelijking met het platteland is het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen in weinig tot sterk verstedelijkte gebieden hoger. In zeer sterk verstedelijkt gebied is het weer lager.

3.2.2 Eerstelijnspsychologen

De kans op contact met een eerstelijnspsycholoog wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op basis van de leeftijds- en geslachtsverdeling in een populatie. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe deze kans bepaald is.

Tabel 3.7 Berekening van de kans op contact met een eerstelijnspsycholoog voor een persoon met een gegeven leeftijd en geslacht

	% in LINEP-bestand	Geschat aantal cliënten in 2005[a]	Aantal personen landelijk[b]	Kans op contact met ELP[c]
Man 0 tot 5 jaar	0,3	215	517.091	0,0004
Man 5 tot 15 jaar	2,5	1.788	1.023.169	0,0017
Man 15 tot 25 jaar	4,8	3.432	991.945	0,0035
Man 25 tot 40 jaar	13,4	9.581	1.766.511	0,0054
Man 40 tot 65 jaar	16,2	11.583	2.807.086	0,0041
Man 65 tot 75 jaar	0,6	429	590.069	0,0007
Man > 75 jaar	0,1	72	370.108	0,0002
vrouw 0 tot 5 jaar	0,2	143	493.909	0,0003
vrouw 5 tot 15 jaar	2,8	2.002	974.886	0,0021
vrouw 15 tot 25 jaar	9,7	6.936	957.658	0,0072
vrouw 25 tot 40 jaar	23,2	16.588	1.733.312	0,0096
vrouw 40 tot 65 jaar	24,5	17.518	2.751.410	0,0064
vrouw 65 tot 75 jaar	1,4	1.001	666.671	0,0015
vrouw > 75 jaar	0,3	215	661.699	0,0003

[a] Schatting is gemaakt door de percentages uit het LINEP-bestand toe te passen op een totaal aantal van 71.500 cliënten in 2005 (LVE, 2005)
[b] Gegevens zijn ontleend aan de Gemeentelijke Basisadministratie van het CBS
[c] Bepaald door de cijfers uit de derde kolom te delen door de cijfers uit de vierde kolom
ELP = eerstelijnspsycholoog

Een voorbeeld kan het een en ander duidelijker maken: 16,2% van het LINEP-bestand bestaat uit mannen van 40 tot 65 jaar. Dit betekent dat van alle cliënten van eerstelijnspsychologen (71.500) er 11.583 mannen van 40 tot 65 jaar waren. In 2005 waren er 2.807.170 Nederlanders een man in de leeftijdscategorie van 40 tot 65 jaar. Dat betekent dat een man van die leeftijd een kans van 0,0041 heeft op contact met een eerstelijnspsycholoog. Wanneer in een bepaald gebied 1000 mannen van 40 tot 65 jaar wonen, zullen er ongeveer 4 contact hebben met een eerstelijnspsycholoog.

Bovenstaande tabel geeft de kans op contact met een eerstelijnspsycholoog weer voor een individuele persoon van een bepaalde leeftijd en geslacht. Om een schatting te maken van het aantal cliënten in een bepaalde populatie dat gebruik zal maken van de zorg van eerstelijnspsychologen, moet deze kans vermenigvuldigd worden met het totaal aantal inwoners binnen die leeftijds- en geslachtscategorie in de betreffende populatie, volgens onderstaand rekenmodel.

C_{elp}	$= 0{,}0004 * X_1 + 0{,}0017 * X_2 + 0{,}0035 * X_3 + 0{,}0054 * X_4 + 0{,}0041 * X_5 + 0{,}0007 * X_6 + 0{,}0002 * X_7 + 0{,}0003 * X_8 + 0{,}0021 * X_9 + 0{,}0072 * X_{10} + 0{,}0096 * X_{11} + 0{,}0064 * X_{12} + 0{,}0015 * X_{13} + 0{,}0003 * X_{14}$
C_{elp}	= het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op eerstelijnspsychologen
P_T	= het aantal personen in de populatie
X_1	= het aantal mannen van 0 tot 5 jaar in de populatie
X_2	= het aantal mannen van 5 tot 15 jaar in de populatie
X_3	= het aantal mannen van 15 tot 25 jaar in de populatie
X_4	= het aantal mannen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_5	= het aantal mannen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_6	= het aantal mannen van 65 tot 75 jaar in de populatie
X_7	= het aantal mannen van 75 plus in de populatie
X_8	= het aantal vrouwen van 0 tot 5 jaar in de populatie
X_9	= het aantal vrouwen van 5 tot 15 jaar in de populatie
X_{10}	= het aantal vrouwen van 15 tot 25 jaar in de populatie
X_{11}	= het aantal vrouwen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_{12}	= het aantal vrouwen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_{13}	= het aantal vrouwen van 65 tot 75 jaar in de populatie
X_{14}	= het aantal vrouwen van 75 plus in de populatie
$(C_{elp} / P_T) * 1000$	= het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op eerstelijnspsychologen per 1000 inwoners

Binnen iedere leeftijdscategorie boven de vijf jaar hebben vrouwen meer kans op contact met een eerstelijnspsycholoog. Zowel bij mannen als bij vrouwen is de categorie 25-40 jarigen het meest kansrijk, gevolgd door de 15-25 jarigen en 40-65 jarigen.

3.2.3 Algemeen maatschappelijk werk

De kans op contact met een algemeen maatschappelijk werk wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op basis van de leeftijds- en geslachtsverdeling in een populatie. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe deze kans bepaald is.

Tabel 3.8 Berekening van de kans op contact met AMW voor een persoon met een gegeven leeftijd en geslacht

	N in Madimonitor[a]	% in Madimonitor	Geschat aantal cliënten in 2004[b]	Aantal personen landelijk[c]	Kans op contact met AMW[d]
Man 0 tot 25 jaar	7.978	5,3	13.812	2.532.205	0,0055
Man 25 tot 40 jaar	17.407	11,6	30.230	1.766.511	0,0171
Man 40 tot 65 jaar	21.327	14,2	37.005	2.807.086	0,0132
Man > 65 jaar	4.316	2,9	7557	960.177	0,0079
vrouw 0 tot 25 jaar	15.486	10,3	26.841	2.426.453	0,0111
vrouw 25 tot 40 jaar	33.789	22,5	58.635	1.733.312	0,0338
vrouw 40 tot 65 jaar	41.399	27,6	71.926	2.751.410	0,0261
vrouw > 65 jaar	8.377	5,6	14.594	1.328.370	0,0110

[a] Aantallen zijn geschat door uit te gaan van een man-vrouw verdeling van 34% - 64% (zie 2.2.3)
[b] Schatting is gemaakt door de percentages uit de Madimonitor toe te passen op een totaal aantal van 260.600 cliënten in 2004
[c] Gegevens zijn ontleend aan de Gemeentelijke Basisadministratie van het CBS
[d] Bepaald door de cijfers uit de vierde kolom te delen door de cijfers uit de vijfde kolom

Bovenstaande tabel geeft de kans op contact met AMW weer voor een individuele persoon van een bepaalde leeftijd en geslacht. Om een schatting te maken van het aantal cliënten in een bepaalde populatie dat gebruik zal maken van de zorg van AMW, moet deze kans vermenigvuldigd worden met het totaal aantal inwoners binnen die leeftijds- en geslachtscategorie in de betreffende populatie, volgens onderstaand rekenmodel.

$$C_{amw} = 0{,}0055 * X_1 + 0{,}0171 * X_2 + 0{,}0132 * X_3 + 0{,}0079 * X_4 + 0{,}0111 * X_5 + 0{,}0338 * X_6 + 0{,}0261 * X_7 + 0{,}0110 * X_8$$

C_{amw} = het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op AMW
P_T = het aantal personen in de populatie
X_1 = het aantal mannen van 0 tot 25 jaar in de populatie
X_2 = het aantal mannen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_3 = het aantal mannen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_4 = het aantal mannen van 65 plus in de populatie
X_5 = het aantal vrouwen van 0 tot 25 jaar in de populatie
X_6 = het aantal vrouwen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_7 = het aantal vrouwen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_8 = het aantal vrouwen van 65 plus in de populatie

$(C_{amw} / P_T) * 1000$ = het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op AMW per 1000 inwoners

Binnen iedere leeftijdscategorie is de kans op contact met een AMW-er groter voor vrouwen dan voor mannen. Zowel voor mannen als vrouwen is de kans het grootst voor 25-40 jarigen, gevolgd door 40-65 jarigen.

3.2.4 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen

De kans op contact met SPV wordt binnen de VAAM 2.0 geschat op basis van de leeftijds- en geslachtsverdeling in een populatie. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe deze kans bepaald is.

Tabel 3.9 Berekening van de kans op contact met SPV voor een persoon met een gegeven leeftijd en geslacht

	% in registratie consultatieve contacten	**Geschat aantal cliënten landelijk[a]**	**Aantal personen landelijk[b]**	**Kans op contact met SPV[c]**
Man 0 tot 5 jaar	0	0	517.091	0
Man 5 tot 15 jaar	0,7	219	1.023.169	0,0002
Man 15 tot 25 jaar	5,1	1.598	991.945	0,0016
Man 25 tot 40 jaar	13,1	4.105	1.766.511	0,0023
Man 40 tot 65 jaar	14,7	4.606	2.807.086	0,0016
Man 65 tot 75 jaar	1	313	590.069	0,0005
Man > 75 jaar	0,9	282	370.108	0,0008
vrouw 0 tot 5 jaar	0	0	493.909	0
vrouw 5 tot 15 jaar	0,9	282	974.886	0,0003
vrouw 15 tot 25 jaar	11,3	3.541	957.658	0,0037
vrouw 25 tot 40 jaar	23,4	7.332	1.733.312	0,0042
vrouw 40 tot 65 jaar	23,3	7.301	2.751.410	0,0027
vrouw 65 tot75 jaar	3	940	666.671	0,0014
vrouw > 75 jaar	2,5	783	661.699	0,0012

[a] Schatting is gemaakt door de percentages uit de registratie consultatieve contacten toe te passen op een totaal aantal van 31.333 cliënten
[b] Gegevens zijn ontleend aan de Gemeentelijke Basisadministratie van het CBS
[c] Bepaald door de cijfers uit de derde kolom te delen door de cijfers uit de vierde kolom

Bovenstaande tabel geeft de kans op contact met SPV weer voor een individuele persoon van een bepaalde leeftijd en geslacht. Om een schatting te maken van het aantal cliënten in een bepaalde populatie dat gebruik zal maken van de SPV, moet deze kans vermenigvuldigd worden met het totaal aantal inwoners binnen die leeftijds- en geslachtscategorie in de betreffende populatie, volgens onderstaand rekenmodel.

C_{spv}	$= 0{,}0002 * X_1 + 0{,}0016 * X_2 + 0{,}0023 * X_3 + 0{,}0016 * X_4 + 0{,}0005 * X_5 + 0{,}0008 * X_6 + 0{,}0003 * X_7 + 0{,}0037 * X_8 + 0{,}0042 * X_9 + 0{,}0027 * X_{10} + 0{,}0014 * X_{11} + 0{,}0012 * X_{12}$
C_{spv}	= het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op SPV
P_T	= het aantal personen in de populatie
X_1	= het aantal mannen van 5 tot 15 jaar in de populatie
X_2	= het aantal mannen van 15 tot 25 jaar in de populatie
X_3	= het aantal mannen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_4	= het aantal mannen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_5	= het aantal mannen van 65 tot 75 jaar in de populatie
X_6	= het aantal mannen van 75 plus in de populatie
X_7	= het aantal vrouwen van 5 tot 15 jaar in de populatie
X_8	= het aantal vrouwen van 15 tot 25 jaar in de populatie
X_9	= het aantal vrouwen van 25 tot 40 jaar in de populatie
X_{10}	= het aantal vrouwen van 40 tot 65 jaar in de populatie
X_{11}	= het aantal vrouwen van 65 tot 75 jaar in de populatie
X_{12}	= het aantal vrouwen van 75 plus in de populatie
$(C_{spv} / P_T) * 1000$	= het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op SPV per 1000 inwoners

Binnen iedere leeftijdscategorie is de kans op contact met een SPV-er groter voor vrouwen dan voor mannen. Zowel voor mannen als vrouwen is de kans het grootst voor 25-40 jarigen.

Bij de interpretatie van de schattingen die uit dit rekenmodel naar voren komen, moeten we voor ogen houden dat ze gebaseerd zijn op gegevens uit 2003 die de toenmalige werkwijze van consultatieve ondersteuning vanuit de 2^e lijn weerspiegelen. Deze werkwijze is inmiddels op veel plaatsen veranderd. De inzet van SPV vanuit de 2^e lijn kan op sommige plaatsen geïntensiveerd zijn (groter aanbod); op andere plaatsen kan juist overwogen zijn om meer te streven naar inzet in de vorm van praktijkondersteuning in de eerstelijn. Men moet de schattingen daarom niet te letterlijk zien als uitkomsten die per se door een SPV worden ingevuld, maar veeleer als een potentiële vraag die onder andere door een SPV, maar ook door andere inzet zou kunnen worden ingevuld.

4 Toepassing: de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in de provincie Utrecht

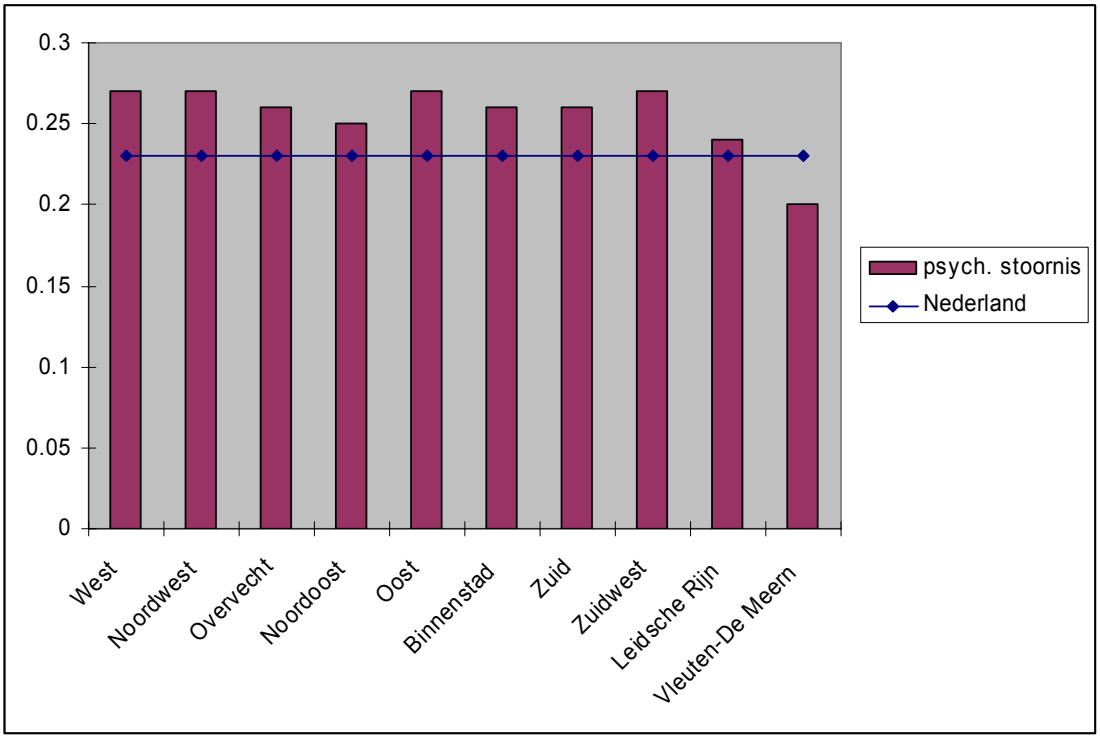
Om inzicht te krijgen in de waarde van de uitkomsten van de ontwikkelde rekenmodellen, zijn deze toegepast op alle wijken in de gemeente Utrecht en op alle gemeentes in de provincie Utrecht (gegevens CBS, 2005). De uitkomsten zijn vergeleken met het feitelijke aanbod van huisartsen, eerstelijnspsychologen en AMW. Omdat er geen gegevens beschikbaar zijn over het gemiddeld aantal cliënten per SPV, kunnen de uitkomsten van het rekenmodel voor de SPV niet vergeleken worden met het feitelijke aanbod.

4.1 Psychische problemen in Utrecht

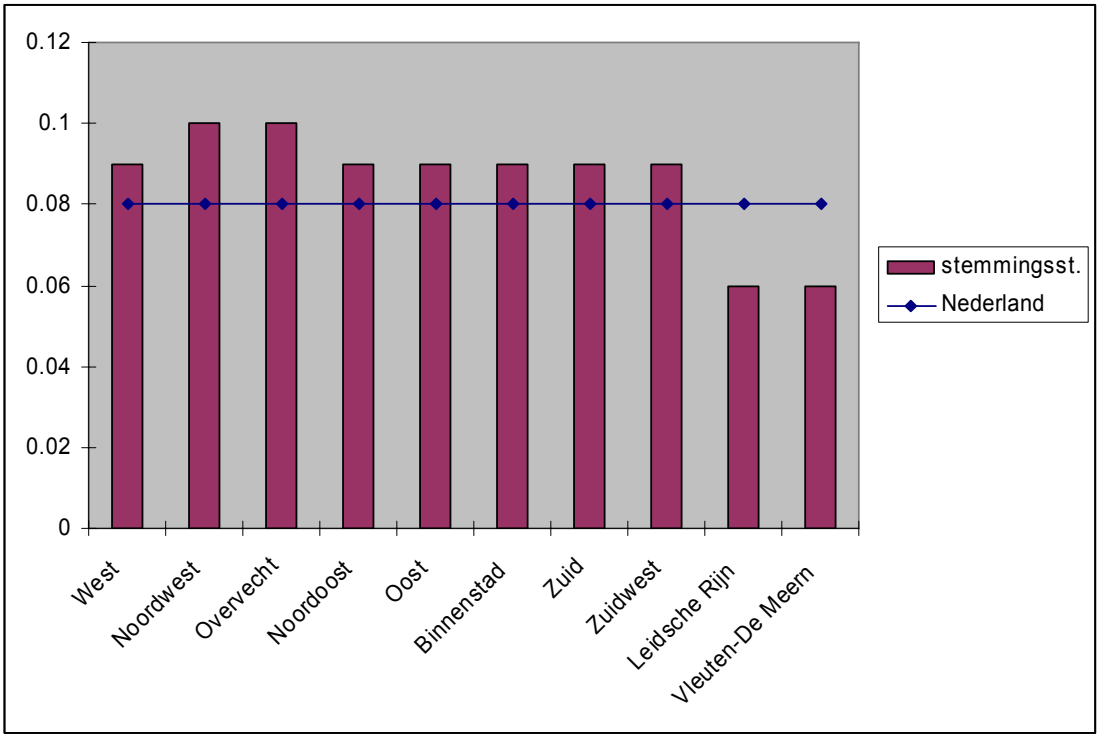
4.1.1 Psychiatrische stoornissen

De tabellen 7.1 en 7.2 in de bijlage laten de kansen op verschillende psychiatrische stoornissen zien voor alle wijken in de gemeente Utrecht en alle gemeentes in de provincie Utrecht. In de figuren 4.1 tot en met 4.4 zijn de kansen op psychiatrische stoornissen voor de wijken in de gemeente Utrecht afgezet tegen de gemiddelde kansen op deze stoornissen in Nederland.

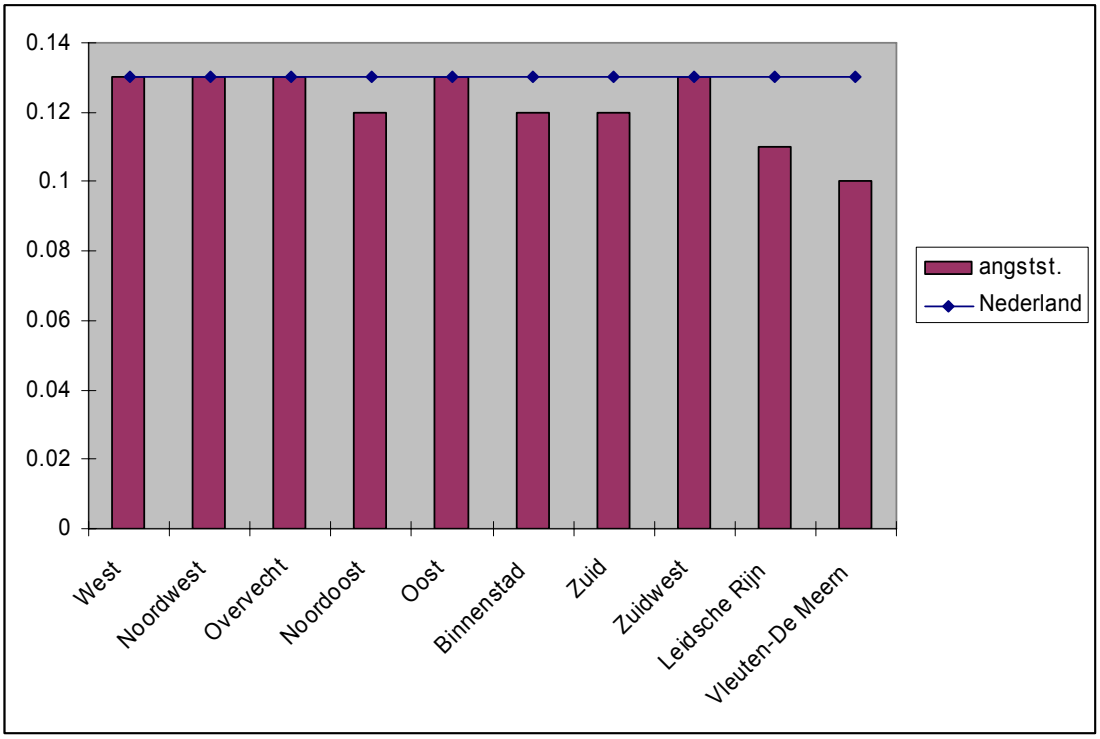
Figuur 4.1 De kans op een psychiatrische stoornis in wijken in de gemeente Utrecht, afgezet tegen de gemiddelde kans op een psychiatrische stoornis in Nederland



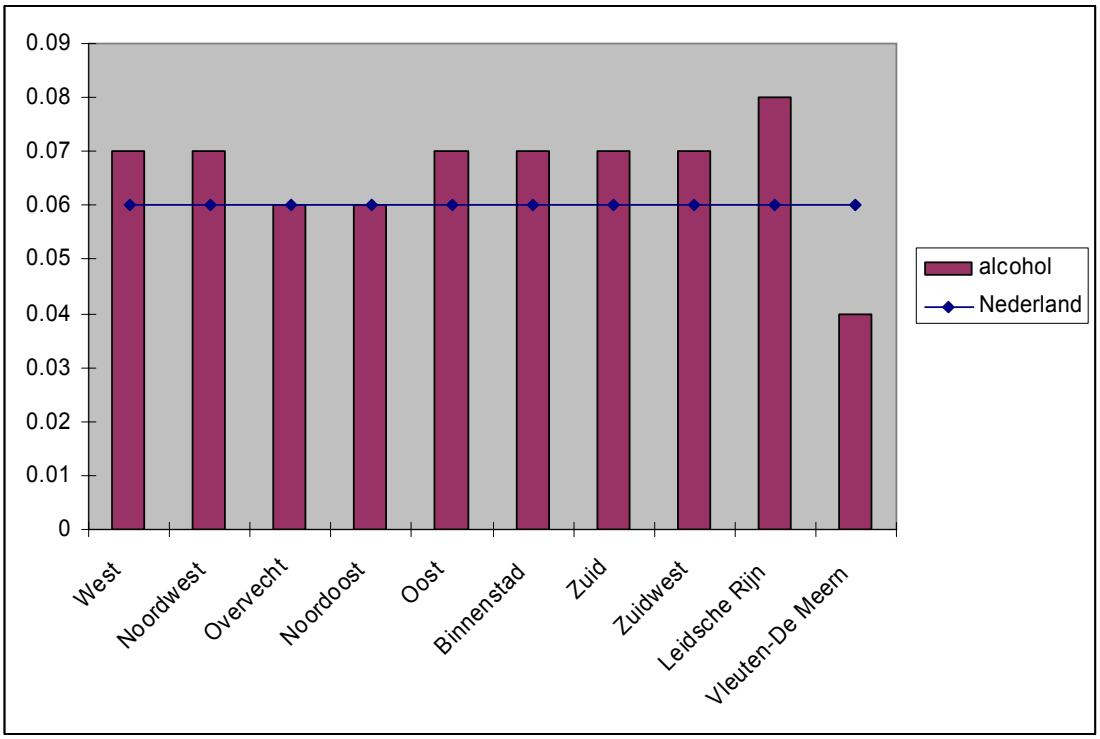
Figuur 4.2 De kans op een stemmingsstoornis in wijken in de gemeente Utrecht, afgezet tegen de gemiddelde kans op een stemmingsstoornis in Nederland



Figuur 4.3 De kans op een angststoornis in wijken in de gemeente Utrecht, afgezet tegen de gemiddelde kans op een angststoornis in Nederland



Figuur 4.4 De kans op alcoholafhankelijkheid of -misbruik in wijken in de gemeente Utrecht, afgezet tegen de gemiddelde kans op alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik in Nederland

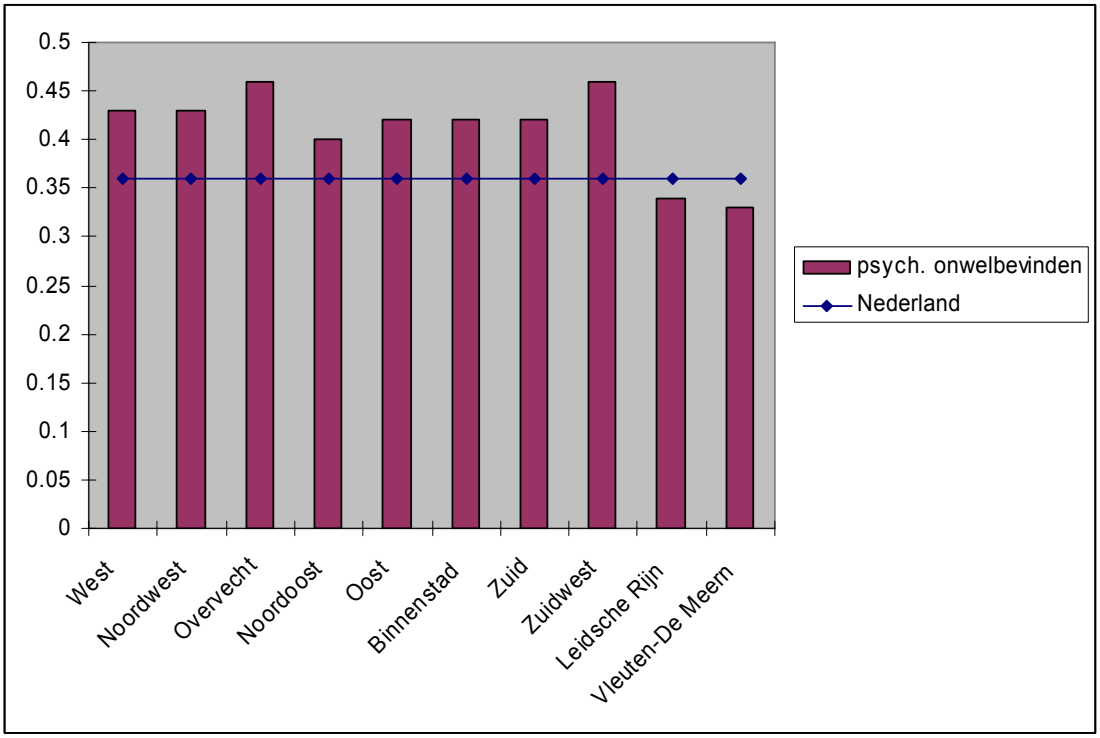


Bovenstaande figuren laten zien dat de kans op een psychiatrische stoornis in de verschillende wijken van Utrecht over het algemeen hoger ligt dan gemiddeld. De kans op een stemmingsstoornis is hoger dan gemiddeld, behalve in de wijken Leidsche Rijn en Vleuten-de Meern. Ook de kans op een alcoholafhankelijkheid of –misbruik ligt over het algemeen hoger dan gemiddeld (behalve in Vleuten-De Meern), terwijl de kans op een angststoornis op of onder het gemiddelde ligt.
De eigenschappen van de hieraan ten grondslag liggende rekenmodellen, die we in hoofdstuk 3.1 bespraken, komen in deze figuren tot uitdrukking. Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn scoren lager omdat deze wijken in Utrecht een huizendichtheid hebben die gekwalificeerd wordt als respectievelijk “weinig stedelijk” en “matig stedelijk”. De andere Utrechtse wijken worden alle als “zeer sterk stedelijk” ingedeeld, waardoor de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen hoger wordt.

4.1.2 Psychisch onwelbevinden

De tabellen 7.3 en 7.4 in de bijlage laten de kansen op psychisch onwelbevinden zien voor alle wijken in de gemeente Utrecht en alle gemeentes in de provincie Utrecht. In figuur 4.5 is de kans op psychisch onwelbevinden voor de wijken in de gemeente Utrecht afgezet tegen de gemiddelde kans op onwelbevinden in Nederland.

Figuur 4.5 De kans op psychisch onwelbevinden in wijken in de gemeente Utrecht, afgezet tegen de gemiddelde kans op psychisch onwelbevinden in Nederland



Zoals geldt voor de kans op een psychiatrische stoornis (figuur 4.1), ligt ook de kans op psychisch onwelbevinden in de verschillende wijken van Utrecht over het algemeen hoger dan gemiddeld. Alleen in de wijken Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern ligt deze kans lager dan gemiddeld in Nederland.

4.2 Het gerealiseerde zorggebruik voor psychische problematiek in Utrecht

4.2.1 Huisartsen

Het rekenmodel voor huisartsen levert als uitkomst het verwachte aantal contacten voor psychische en sociale problemen per 1000 inwoners per jaar op. Het aanbod van huisartsen per wijk en gemeente is afgeleid uit de NIVEL-registratie Beroepen in de Gezondheidszorg. In de tabellen 4.1 en 4.2 van de bijlage worden de geschatte en feitelijke aantallen huisartsen met elkaar vergeleken.

Een waarschuwing met betrekking tot onderstaande tabellen betreft het genoemde feitelijk aantal huisartsen. Dit cijfer heeft betrekking op het aantal personen. Om redenen van privacy hebben we niet het aantal fulltime equivalenten per wijk of gemeente kunnen gebruiken. Het is daarom heel goed mogelijk dat de 17 huisartsen die in tabel 4.1 in de wijk West genoemd worden voor 17 fte staan, terwijl de 23 huisartsen in Noordwest voor 15 fte staan. Voor toekomstig gebruik van de VAAM op plaatselijk niveau zal men met deze laatste gegevens moeten werken om een realistische discussie over benodigde extra

menskracht te kunnen voeren.

Tabel 4.1 Vergelijking tussen geschat aantal contacten vanwege psychische problemen en feitelijk huisartsenaanbod binnen wijken in de gemeente Utrecht, gebaseerd op een rekenmodel uit LINH 2005

Wijknummer en –naam	Aantal inwoners	Geschat aantal contacten voor psych./soc. problemen	Contacten per 1000 inwoners	Feitelijk aantal huisartsen	Geschat aantal contacten per huisarts op jaarbasis
34401, West	26.240	3927 (-244-8017)	150	17	231
34402, Noordwest	40.090	6740 (274-13074	168	23	293
34403, Overvecht	31.200	6029 (692-11181)	193	20	301
34404, Noordoost	34.650	4599 (-569-9730)	132	18	256
34405, Oost	27.960	3616 (-959-8164)	129	19	190
34406, Binnenstad	15.620	1932 (-646-4492)	124	11	176
34407, Zuid	26.320	3949 (-65-7884)	150	14	282
34408, Zuidwest	32.940	5743 (181-11098)	174	17	338
34409, Leidsche Rijn	12.330	2205 (738-3623)	179	7	315
34410, Vleuten-De Meern	27.900	6769 (3821-9680)	243	22	308

Tussen haakjes staat het 95%-betrouwbaarheidsinterval.

De urbanisatiegraad is op niet-lineaire wijze van invloed op de huisartscontacten voor psychische en sociale problemen: het zwaarste gewicht wordt toegekend aan wijken of gemeenten die weinig verstedelijkt zijn, vervolgens aan wijken of gemeenten die matig verstedelijkt zijn, en dan de sterk verstedelijkte wijken of gemeenten. De beide uitersten, het platteland en zeer sterk verstedelijkt gebieden krijgen het minste gewicht. Zie tabel 3.6.

Dit effect zien we in tabel 4.1 en 4.2. Binnen Utrecht is het aantal voorspelde contacten per 1000 inwoners het hoogst voor het weinig verstedelijkte Vleuten-de Meern. In de provincie Utrecht zien we de hoogste scores op het verstedelijkt platteland: Bunnik, Oudewater, Rhenen en Vianen. Veruit de laagste score wordt aangetekend in het zeer verstedelijkte Utrecht.

Een grote proportie laag inkomen doet het aantal voorspelde huisartscontacten voor psychische klachten ook toenemen. Binnen de zeer verstedelijkte wijken van Utrecht kan hierdoor de gevonden differentiatie tussen Overvecht, Noordwest (Zuilen), Zuidwest (Kanaleneiland) enerzijds en Oost en Binnenstad anderzijds verklaard worden.

Tabel 4.2 Vergelijking tussen geschat aantal contacten vanwege psychische problemen en feitelijk huisartsenaanbod binnen gemeentes in de provincie Utrecht, gebaseerd op een rekenmodel uit LINH 2005

Gemeente	Aantal inwoners	Geschat aantal contacten voor psych./soc. problemen	Contacten per 1000 inwoners	Feitelijk aantal huisartsen	Geschat aantal contacten per huisarts op jaarbasis
Abcoude	8.600	2071 (1119-3016)	241	7	296
Amersfoort	134.910	27369 (10279-44191)	203	74	370
Baarn	24.420	5575 (2543-8581)	228	10	558
De Bilt	42.200	9330 (4361-14263)	221	27	346
Breukelen	14.420	3628 (2011-5235)	252	8	454
Bunnik	14.140	3642 (2137-5141)	258	11	331
Bunschoten	19.490	4951 (2973-6915)	254	11	450
Eemnes	8.780	2124 (1175-3067)	242	4	531
Houten	43.530	8578 (3986-13127)	197	29	296
Leusden	28.980	6174 (2948-9374)	213	14	441
Loenen	8.340	1539 (729-2345)	185	4	385
Lopik	13.970	2561 (1336-3780)	183	6	427
Maarssen	39.780	8488 (3885-13032)	213	27	314
Montfoort	13.440	3313 (1931-4689)	247	5	663
Renswoude	4.300	763 (391-1134)	177	3	254
Rhenen	17.970	4710 (2767-6641)	262	11	428
Soest	45.090	9904 (4441-15295)	220	31	319
Utrecht	275.260	42007 (-1190-84343)	153	168	250
Veenendaal	61.380	13266 (5948-20499)	216	29	457
Woudenberg	11.240	2863 (1699-4021)	255	5	573
Wijk bij Duurstede	23.580	4927 (2382-7457)	209	14	352
IJsselstein	33.610	6762 (2868-10594)	201	5	1352
Zeist	60.410	13319 (5479-21052)	220	36	370
Nieuwegein	61.450	12736 (5063-20305)	207	34	375
Oudewater	9.950	2612 (1569-3651)	263	6	435
Vianen	19.780	5086 (2943-7203)	257	7	727
Woerden	48.120	10065 (4819-15263)	209	28	359
De Ronde Venen	34.440	8562 (4874-12221)	249	19	451

Omdat geen inkomensgegevens beschikbaar zijn voor de gemeentes Amerongen, Doorn, Driebergen-Rijsenburg, Leersum en Maarn, kunnen voor deze gemeentes geen schattingen gemaakt worden.
Tussen haakjes staat het 95%-betrouwbaarheidsinterval.

Op basis van het aantal voorspelde contacten per 1000 inwoners krijgt men een indicatie van de feitelijke vraag naar psychische hulpverlening van de kant van de huisarts. Wanneer men in de laatste kolom van de twee tabellen kijkt wat dat zou betekenen voor het aantal contacten per huisarts, dan ziet men dat dat per wijk of per gemeente ook sterk varieert. Dit is deels een gevolg van het verschil in feitelijke vraag, maar ook een gevolg van verschil in huisartsaanbod. Binnen de gemeenten met veel geschatte contacten per 1000 inwoners lijkt de druk op de huisartsen in Bunnik nogal mee te vallen (331 geschatte psychische contacten per huisarts per jaar) terwijl het in Vianen, met een even grote feitelijke vraag van 257 contacten per 1000 inwoners resulteert in 727 contacten per huisarts. Het huisartsenaanbod in Vianen is klaarblijkelijk veel lager dan in Bunnik (uitgaande van een zelfde verhouding in fte huisartsen). Men kan in zo'n situatie overwegen in hoeverre deze extra toeloop vanwege psychosociale problemen opgevangen kan worden door prioritering binnen het huisartsenwerk (indien huisartsen dit tot hun kerntaak rekenen kunnen ze er meer tijd voor inruimen), door extra praktijkondersteuning op dit gebied te gaan opvoeren, of door de samenwerking met andere eerstelijns GGZ op te gaan voeren.

4.2.2 Eerstelijnspsychologen

Het rekenmodel voor eerstelijnspsychologen levert als uitkomst het verwachte aantal cliënten op dat jaarlijks een beroep doet op de zorg van eerstelijnspsychologen. Deze uitkomst moet omgerekend worden naar het verwachte aantal eerstelijnspsychologen dat nodig is om deze zorg te leveren. In 2005 waren er volgens het Nederlands Instituut van Psychologen 1.264 eerstelijnspsychologen. Deze psychologen hebben in dat jaar 71.500 cliënten gezien (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, 2005). Op grond van deze gegevens kunnen we concluderen dat een eerstelijnspsycholoog gemiddeld 57 cliënten per jaar ziet. Uit het ledenbestand van het Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen (ROEP) is het feitelijk aanbod van eerstelijnspsychologen achterhaald.

Tabellen 4.3 en 4.4 geven een overzicht van de geschatte en feitelijke aantallen eerstelijnspsychologen.

Een beperking van deze gegevens is het feit dat het feitelijk aanbod van eerstelijnspsychologen alleen bekend is in aantallen, maar niet in fte's, terwijl dat laatste een betrouwbaarder beeld zou geven, omdat waarschijnlijk veel eerstelijnspsychologen parttime werken.

Tabel 4.3 Vergelijkingen tussen geschat en feitelijk aantal eerstelijnspsychologen (ELP) binnen wijken in de gemeente Utrecht, gebaseerd op rekenmodellen uit LINEP

Wijknummer en -naam	Aantal inwoners	Geschat aantal cliënten per jaar	Geschat benodigd aantal ELP	Feitelijk aantal ELP	Verschil: feitelijk – geschat aantal ELP[a]
34401, West	26.240	132	2	5	3
34402, Noordwest	40.090	200	4	2	-2
34403, Overvecht	31.200	137	2	1	-1
34404, Noordoost	34.650	171	3	11	8
34405, Oost	27.960	147	3	6	3
34406, Binnenstad	15.620	88	2	0	-2
34407, Zuid	26.320	128	2	2	0
34408, Zuidwest	32.940	153	3	5	2
34409, Leidsche Rijn	12.330	62	1	0	-1
34410, Vleuten-De Meern	27.900	122	2	3	1

[a] Een positieve uitkomst geeft aan dat er feitelijk meer eerstelijnspsychologen zijn dan het geschatte benodigde aantal eerstelijnspsychologen.

Op basis van deze gegevens kan men bezien in hoeverre het aantal aanwezige ELP overeenkomt met de op basis van bevolkingsgegevens geschatte behoefte. Het benodigd aantal ELP is in grote lijnen evenredig met het bevolkingsaantal, en fluctueert licht als gevolg van enigszins andere samenstelling naar leeftijd en geslacht. Het feitelijk aantal ELP per wijk of gemeente fluctueert daarentegen veel meer.

Tabel 4.4 Vergelijkingen tussen geschat en feitelijk aantal eerstelijnspsychologen (ELP) binnen gemeentes in de provincie Utrecht, gebaseerd op een rekenmodel uit LINEP

Gemeentenaam	**Aantal inwoners**	**Geschat aantal cliënten per jaar**	**Geschat benodigd aantal ELP**	**Feitelijk aantal ELP**	**Verschil: feitelijk - geschat aantal ELP[a]**
Abcoude	8.600	36	1	0	-1
Amerongen	7.270	30	1	0	-1
Amersfoort	134.910	602	11	17	6
Baarn	24.420	103	2	6	4
De Bilt	42.200	170	3	4	1
Breukelen	14.420	61	1	0	-1
Bunnik	14.140	58	1	0	-1
Bunschoten	19.490	86	2	2	0
Doorn	10.280	42	1	0	-1
Driebergen-Rijsenburg	18.580	75	1	2	1
Eemnes	8.780	39	1	1	0
Houten	43.530	194	3	6	3
Leersum	7.680	32	1	2	1
Leusden	28.980	125	2	3	1
Loenen	8.340	35	1	1	0
Lopik	13.970	61	1	0	-1
Maarn	5.940	24	0	3	3
Maarssen	39.780	180	3	5	2
Montfoort	13.440	59	1	1	0

tabel 4.4 wordt vervolgd

vervolg tabel 4.4

Renswoude	4.300	19	0	0	0
Rhenen	17.970	75	1	1	0
Soest	45.090	190	3	4	1
Utrecht	275.260	1340	24	35	11
Veenendaal	61.380	269	5	5	0
Woudenberg	11.240	48	1	2	1
Wijk bij Duurstede	23.580	106	2	0	-2
IJsselstein	33.610	152	3	5	2
Zeist	60.410	255	4	7	3
Nieuwegein	61.450	283	5	13	8
Oudewater	9.950	43	1	0	-1
Vianen	19.780	88	2	1	-1
Woerden	48.120	212	4	3	-1
De Ronde Venen	34.440	150	3	4	1

[a] Een positieve uitkomst geeft aan dat er feitelijk meer eerstelijnspsychologen zijn dan het geschatte benodigde aantal eerstelijnspsychologen.

4.2.3 Algemeen Maatschappelijk Werk

Het rekenmodel voor AMW geeft als uitkomst het jaarlijks verwachte aantal cliënten in een bepaalde populatie. Om dit te kunnen vergelijken met het feitelijk aanbod van AMW moet deze uitkomst omgerekend worden naar het aanbod aan AMW-ers dat nodig is om deze zorg te leveren. In 2004 waren er 145 AMW-instellingen, die gemiddeld 16,1 fte aan zorg geleverd hebben (NIVEL, 2007). In totaal is er in dit jaar 2334,5 fte aan AMW-zorg geleverd aan 260.600 cliënten. Dit betekent dat 1 fte AMW gemiddeld genomen voldoende is om 112 cliënten te behandelen.
De adressen van AMW-instellingen in de provincie Utrecht zijn opgevraagd bij de MO-groep. Vervolgens is de verdeling van het aantal AMW-ers over verschillende spreekuurlokaties achterhaald na telefonisch contact met de AMW-instellingen. Het feitelijk aanbod AMW is bepaald in aantal fte.

Tabel 4.5 Vergelijkingen tussen geschat en feitelijk aantal fte algemeen maatschappelijk werk (AMW) binnen wijken in de gemeente Utrecht, gebaseerd op een rekenmodel uit de Madimonitor

Wijknummer en -naam	Aantal inwoners	Geschat aantal cliënten per jaar	Geschat benodigd aantal fte AMW	Feitelijk aantal fte AMW	Verschil: feitelijk - geschat aantal fte AMW[a]
34401, West	26.240	445	3,97	2,67	-1,30
34402, Noordwest	40.090	677	6,04	4,10	-1,94
34403, Overvecht	31.200	497	4,44	7,20	2,76
34404, Noordoost	34.650	587	5,24	3,60	-1,64
34405, Oost	27.960	471	4,21	2,50	-1,71
34406, Binnenstad	15.620	285	2,54	0	-2,54
34407, Zuid	26.320	442	3,94	2,67	-1,27
34408, Zuidwest	32.940	532	4,75	5,52	0,77
34409, Leidsche Rijn	12.330	220	1,97	1,20	-0,77
34410, Vleuten-De Meern	27.900	456	4,07	3,00	-1,07

[a] Een positieve uitkomst geeft aan dat er feitelijk meer fte aanbod aan AMW is dan het geschatte benodigde aantal fte AMW.

Tabel 4.6 Vergelijkingen tussen geschat en feitelijk aantal fte algemeen maatschappelijk werk (AMW) binnen gemeentes in de provincie Utrecht, gebaseerd op een rekenmodel uit de Madimonitor

Gemeentenaam	Aantal inwoners	Geschat aantal cliënten per jaar	Geschat benodigd aantal fte AMW	Feitelijk aantal fte AMW	Verschil: feitelijk – geschat aantal fte AMW[a]
Abcoude	8.600	134	1,20	1,05	-0,15
Amerongen	7.270	112	1,00	0,88	-0,12
Amersfoort	134.910	2198	19,63	16,02	-3,61
Baarn	24.420	390	3,48	3,50	0,02
De Bilt	42.200	654	5,84	5,50	-0,34
Breukelen	14.420	228	2,04	2,10	0,06
Bunnik	14.140	220	1,96	1,90	-0,06
Bunschoten	19.490	304	2,72	3,16	0,44
Doorn	10.280	159	1,42	1,14	-0,28
Driebergen-Rijsenburg	18.580	286	2,55	2,03	-0,52
Eemnes	8.780	142	1,27	1,00	-0,27
Houten	43.530	696	6,21	5,80	-0,41
Leersum	7.680	120	1,07	0,88	-0,19
Leusden	28.980	460	4,11	2,50	-1,61
Loenen	8.340	132	1,18	0	-1,18
Lopik	13.970	220	1,96	1,50	-0,46
Maarn	5.940	92	0,82	1,05	0,23
Maarssen	39.780	648	5,78	6,50	0,72
Montfoort	13.440	215	1,92	1,79	-0,13
Renswoude	4.300	67	0,60	0,38	-0,22
Rhenen	17.970	280	2,50	2,20	-0,30
Soest	45.090	712	6,36	6,00	-0,36
Utrecht	275.260	4611	41,17	32,47	-8,70
Veenendaal	61.380	969	8,65	7,13	-1,52
Woudenberg	11.240	175	1,56	1,00	-0,56
Wijk bij Duurstede	23.580	381	3,40	3,50	0,10
IJsselstein	33.610	554	4,95	0	-4,95
Zeist	60.410	950	8,48	7,67	-0,81
Nieuwegein	61.450	1012	9,04	10,70	1,66
Oudewater	9.950	157	1,40	1,30	-0,10
Vianen	19.780	320	2,86	0	-2,86
Woerden	48.120	772	6,89	1,75	-5,14
De Ronde Venen	34.440	550	4,91	3,98	-0,93

[a] Een positieve uitkomst geeft aan dat er feitelijk meer fte aanbod aan AMW is dan het geschatte benodigde aantal fte AMW.

Voor het AMW in de provincie Utrecht geldt dat het in grote lijnen redelijk verdeeld is conform de geschatte vraag behalve in de grotere steden Utrecht, Amersfoort en Woerden. Overigens wordt het tekort in Utrecht en Amersfoort gecompenseerd door het daar aangetroffen teveel aan eerstelijnspsychologen, hetgeen gelijk een voorbeeld geeft van de integrale wijze waarop deze nieuwe VAAM gebruikt kan worden.

Gebruikt men de diverse gegevens uit de nieuwe VAAM in combinatie met elkaar, dan kan men bij voorbeeld de Utrechtse wijk Overvecht onder de loep nemen. De kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en psychisch onwelbevinden in Overvecht is hoger dan in een aantal andere Utrechtse wijken en ligt ook boven het landelijk gemiddelde. Deze geschatte prevalentie wordt ook weerspiegeld in het verwachte aantal contacten over psychische problemen per jaar met een huisarts, dat hoger is dan in de meeste andere Utrechtse wijken. Hoewel er relatief veel huisartsen in Overvecht zitten, kunnen de huisartsen in deze wijk per arts relatief veel psychische klachten verwachten. Er is een eerstelijnspsycholoog minder in Overvecht aanwezig, dan nodig zou zijn bij de geschatte toeloop naar eerstelijnspsychologen. Dat zou gecompenseerd kunnen worden door het AMW, dat in grotere mate dan geschat aanwezig is. Men zou met name in een overleg met huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen na moeten gaan hoe de relatief zware druk op de huisartspraktijk wordt opgevangen.

Bekijkt men de cijfers per gemeente, dan kan men bijvoorbeeld constateren dat Veenendaal een relatief hoge geschatte prevalentie aan psychische morbiditeit heeft: zowel in het algemeen als voor depressie en angst gaat dit op. Het wordt ook weerspiegeld in het geschatte aantal contacten voor psychische problemen bij de huisarts, dat bij de hoogste in de provincie ligt en dat ook een zware druk per huisarts lijkt te leggen. Het aanbod aan eerstelijnspsychologen is conform hetgeen geschat wordt op basis van de leeftijds-geslachtsverdeling in Veenendaal, maar op grond van deze verdeling zou men wel meer AMW verwachten. Het zou voorstelbaar zijn dat huisartsen in Veenendaal op een gegeven moment besluiten om praktijkondersteuning op het gebied van de behandeling van psychische problemen aan te vragen terwijl de gemeente besluit om meer in het AMW te investeren.
In het nabijgelegen Renswoude daarentegen zou men kunnen vaststellen dat de situatie op het gebied van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn positief is. De geschatte kansen op psychiatrische stoornissen en psychisch onwelbevinden zijn laag in vergelijking met andere gemeentes in de provincie Utrecht. Huisartsen hebben op basis van de schatting relatief weinig cliënten met contacten vanwege psychische problemen en kunnen per huisarts bijna de helft van het aantal contacten van hun collega's in Veenendaal verwachten. Er is geen eerstelijnspsycholoog gevestigd, maar op basis van het geschatte gebruik in Renswoude zou dat ook niet nodig zijn. De 0.38 fte AMW is 0,22 fte beneden de geschatte behoefte, gemeten naar de gemiddelde leeftijd van de AMW- clientèle, maar zou opgewassen moeten zijn tegen de geringe psychische problematiek die men klaarblijkelijk in Renswoude te verwachten heeft.

5 Conclusie

Op basis van bovenstaande rekenmodellen kan een schatting gemaakt worden van de bandbreedte die de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg kan aannemen, gegeven de kenmerken van een bepaalde populatie. Geschat kan worden hoe groot de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en psychisch onwelbevinden zal zijn in een gegeven populatie. Dit resulteert in een overschatting van de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. In de tweede plaats kan geschat worden hoe groot het gebruik van zorg vanwege psychische klachten, bij huisarts, AMW, eerstelijnspsycholoog en SPV zal zijn. Dit is een onderschatting van de zorgbehoefte, omdat mensen met een zorgbehoefte die geen kans zien die te realiseren, op deze manier buiten beschouwing blijven.

Recentelijk is ook een specificatie van de VAAM ontwikkeld voor diverse chronische aandoeningen, de diensten van fysiotherapie en farmaceutische zorg, en de verschillende mogelijkheden van ondersteuning van de huisarts (Zantinge et al., 2007). Beide verdiepingen van de VAAM zullen medio 2007 opgenomen worden in de nieuwe Internetversie van de VAAM 2.0.

De VAAM 2.0 voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg vormt in een aantal opzichten een verbetering ten opzichte van de eerste versie van de VAAM. Ten eerste bevat de nieuwe VAAM een toespitsing naar hulpverleningscontacten voor psychische problemen. Bovendien zijn de rekenmodellen in de VAAM 2.0 grotendeels gebaseerd op recentere gegevens. In de oorspronkelijke VAAM zijn de rekenmodellen ontwikkeld op grond van zelf gerapporteerd zorggebruik in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De data uit de zelfrapportage kunnen mogelijk afwijken van het daadwerkelijke zorggebruik. In de VAAM voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg wordt daarentegen gebruik gemaakt van gegevens over reële contacten met zorgverleners, waardoor er een beter beeld ontstaat van het werkelijke zorggebruik.

Ook in de toepassing van de VAAM 2.0 op Internet zal een aantal verbeteringen toegepast worden. Zo zal er een koppeling gemaakt worden met de kenmerken van gemeentes, buurten en wijken zoals die bij het CBS bekend zijn. Dit zal de gebruiksvriendelijkheid van de VAAM 2.0 sterk vergroten en het biedt tevens de mogelijkheid om op vaste momenten een update van de gegevens aan te bieden. De gebruiker kan een overzicht van de CBS-kenmerken van een gebied opvragen (gegevens uit 2005). Ook worden in de nieuwe Internetversie landelijke cijfers gepresenteerd, zodat het mogelijk is de uitkomsten van het geselecteerde gebied te vergelijken met de landelijke gemiddelden. Verder wordt de mogelijkheid onderzocht om de uitkomsten van de VAAM 2.0 in kaarten te presenteren.

Er kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden bij de resultaten die in dit rapport beschreven zijn. Ten eerste leggen de gegevensbestanden op grond waarvan de rekenmodellen ontwikkeld zijn, beperkingen op aan de uitkomsten. Deze beperkingen zijn gedeeltelijk besproken zijn in hoofdstuk 2 en 3 en zullen in de nieuwe Internetapplicatie worden meegenomen als achtergrondinformatie. Zo zijn de schattingen voor psychiatrische stoornissen gebaseerd op enigszins verouderde data. Recentere gegevens zijn echter niet beschikbaar. Bovendien zijn de schattingen voor psychiatrische stoornissen alleen van toepassing op autochtone Nederlanders van 18 tot 65 jaar. Omdat in de rekenmodellen voor de geschatte prevalentie van psychiatrische aandoeningen maar van een beperkt aantal determinanten gebruik gemaakt kan worden, hangen de uitkomsten van deze modellen voornamelijk af van leeftijd/geslachtsverdeling, inkomenspositie en urbanisatiegraad. De gegevens voor psychisch onwelbevinden hebben ook een beperking in de leeftijdsrange: deze schattingen hebben alleen betrekking op personen van 15 jaar en ouder. De berekening van de vraag naar zorg van eerstelijnspsychologen, AMW en SPV in een gebied is alleen gebaseerd op de leeftijds- en geslachtsverdeling van de populatie; andere gebiedskenmerken konden niet worden opgenomen in de analyses.

Een tweede punt van aandacht zijn de brede betrouwbaarheidsintervallen bij de schattingen voor de kans op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en psychisch onwelbevinden en voor het aantal huisartscontacten voor psychische en sociale problemen. Dit betekent dat de verschillende aspecten van de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg niet exact geschat kunnen worden, maar dat deze schattingen altijd binnen een bepaalde marge vallen.

Ten derde moet aangetekend worden dat de geschatte vraag naar eerstelijnszorg van de verschillende zorgaanbieders niet per se door dezelfde zorgaanbieder ingevuld hoeft te worden. De uitkomsten moeten gezien worden als potentiële vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, die door verscheidene aanbieders ingevuld kan worden. In het rekenmodel voor geschatte huisartscontacten voor psychische aandoeningen zijn er bijvoorbeeld verschillende keuzes mogelijk om in de opvang voor die contacten te voorzien: door de huisarts, eventueel met langere consulten, deels door praktijkondersteuning of door andere vormen van samenwerking met eerste of tweede lijn. Iets vergelijkbaars geldt voor de SPV: het rekenmodel voor de vraag naar SPV is gebaseerd op de situatie in 2003 waarin gebruik gemaakt werd van toenmalige regelingen rond consultatieve ondersteuning. De geschatte vraag zou anno 2007 uiteraard ook op andere manieren kunnen worden ingevuld dan met behulp van een vanuit de 2^{e} lijns GGZ gedetacheerde SPV.

Ten vierde is de VAAM een statisch instrument, dat niet volledig recht kan doen aan de dynamiek die er in de praktijk bestaat. Zo kunnen ontwikkelingen in zorgsystemen, functies en deskundigheid de vraag naar eerstelijns gezondheidszorg veranderen. In dit opzicht is het van belang om de gegevens waarop de VAAM gebaseerd is regelmatig aan te passen aan de actuele situatie. Een ander punt van dynamiek waarop de VAAM geen zicht biedt, is het feit dat personen gebruik kunnen maken van een zorgverlener buiten hun eigen wijk of buurt. Zoals in de inleiding al beschreven werd, moet de VAAM

daarom niet gezien worden als planningsinstrument. De uitkomsten van de VAAM zijn geen gouden standaard, maar moeten vooral gezien worden als uitgangspunt voor discussie bij het meer vraaggestuurd maken van de eerstelijnszorg.

Dit alles heeft tot gevolg dat de VAAM een groeimodel blijft, waarin in de toekomst verbeteringen in aangebracht moeten worden. Voor zover we gebruik maken van registratiegegevens die op continue basis verzameld worden, is het aan te bevelen deze gegevens regelmatig – bijvoorbeeld jaarlijks – te 'verversen' zodat de VAAM actueel blijft. Ook zou het een meerwaarde hebben als in toekomstige versies van de VAAM het feitelijke aanbod in een gebied is opgenomen in de Internetapplicatie, zodat de geschatte vraag en het aanbod met elkaar vergeleken kunnen worden. Tenslotte zou de VAAM uitgebreid, verdiept en geactualiseerd kunnen worden naar andere eerstelijns partijen, zoals bijvoorbeeld de thuiszorg of verloskundige zorg.

Literatuur

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third revised edition*. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care* 1991; 29: 169-176.

Brouwer W, Sixma H, Delnoij D, Van der Meulen-Arts S. *Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM), versie 2006*. Utrecht: NIVEL, 2006.

De Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM et al. *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2005.

Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PFM. Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health *Qual Life Outcomes* 2004; 2: 23.

Lamberts H, Woods M, Hofmans-Okkes I. *The international classification of primary care in the European Community*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. *Jaarbericht Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen*. Amsterdam, 2005.

GGZ Nederland. *Toenemende zorg: sectorrapport GGZ 2003-2005.* Amersfoort: GGZ Nederland, 2006.

NIVEL (2007). Eerstelijns GGZ: Algemeen Maatschappelijk Werk. <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=443>, bezocht op 19-03-2007.

Van Lindert H, Droomers M, Westert GP. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik.* Utrecht: NIVEL, 2004.

Verheij RA, Te Brake JHM, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <http:/www.LINH.nl>, bezocht op 06-03-2007.

Vollebergh WAM, De Graaf R, Ten Have M, Schoemaker CG, Van Dorsselaer S, Spijker J, Beekman ATF. *Psychische stoornissen in Nederland, overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2003.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.

World Health Organization. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1990.

Zantinge EM, Verhaak PFM, De Bakker D, Van der Meer K, Bensing JM. Does the attentention general practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC Fam Prac* 2006; 7: 71.

Zantinge EM, Verhaak PFM, Voordouw I, Van den Berg JF. *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2000-2003)*. Utrecht, NIVEL / Trimbos Instituut, 2004.

Zantinge EM, Zwaanswijk M, Muijsken J, De Bakker DH, Verhaak PFM. Verdieping van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM 2.0). Deel B: Aandoeningen en functies. Utrecht, NIVEL, 2007.

Bijlage

Tabel 7.1 De verwachte kans op psychiatrische stoornissen binnen wijken in de gemeente Utrecht, gebaseerd op rekenmodellen uit NEMESIS

Wijknummer en -naam	Aantal inwoners	Kans op een psychiatrische stoornis	Kans op een stemmingsstoornis	Kans op een angststoornis	Kans op alcoholafh. of –misbruik
34401, West	26.240	0,27 (0,17-0,39)	0,09 (0,04-0,20)	0,13 (0,07-0,23)	0,07 (0,03-0,16)
34402, Noordwest	40.090	0,27 (0,17-0,40)	0,10 (0,04-0,22)	0,13 (0,07-0,24)	0,07 (0,03-0,16)
34403, Overvecht	31.200	0,26 (0,17-0,39	0,10 (0,04-0,22)	0,13 (0,07-0,24)	0,06 (0,03-0,15)
34404, Noordoost	34.650	0,25 (0,16-0,37)	0,09 (0,04-0,20)	0,12 (0,06-0,22)	0,06 (0,03-0,14)
34405, Oost	27.960	0,27 (0,17-0,39)	0,09 (0,04-0,20)	0,13 (0,06-0,23)	0,07 (0,03-0,16)
34406, Binnenstad	15.620	0,26 (0,17-0,38)	0,09 (0,04-0,19)	0,12 (0,06-0,22)	0,07 (0,03-0,16)
34407, Zuid	26.320	0,26 (0,17-0,38)	0,09 (0,04-0,20)	0,12 (0,06-0,23)	0,07 (0,03-0,15)
34408, Zuidwest	32.940	0,27 (0,17-0,39)	0,09 (0,04-0,21)	0,13 (0,07-0,23)	0,07 (0,03-0,16)
34409, Leidsche Rijn	12.330	0,24 (0,15-0,34)	0,06 (0,03-0,14)	0,11 (0,06-0,19)	0,08 (0,03-0,16)
34410, Vleuten-De Meern	27.900	0,20 (0,12-0,30)	0,06 (0,02-0,13)	0,10 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)

Tussen haakjes staan de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de schattingen.

Tabel 7.2 De verwachte kans op psychiatrische stoornissen binnen gemeentes in de provincie Utrecht, gebaseerd op rekenmodellen uit NEMESIS

Gemeentenaam	Aantal inwoners	Kans op een psychiatrische stoornis	Kans op een stemmingsstoornis	Kans op een angststoornis	Kans op alcoholafh. of -misbruik
Abcoude	8.600	0,19 (0,12-0,29)	0,06 (0,02-0,13)	0,10 (0,05-0,19)	0,03 (0,01-0,08)
Amersfoort	134.910	0,23 (0,15-0,34)	0,08 (0,03-0,18)	0,13 (0,06-0,23)	0,06 (0,02-0,13)
Baarn	24.420	0,23 (0,15-0,35)	0,07 (0,03-0,16)	0,11 (0,05-0,21)	0,07 (0,03-0,15)
De Bilt	42.200	0,23 (0,14-0,34)	0,06 (0,02-0,15)	0,10 (0,05-0,20)	0,06 (0,03-0,15)
Breukelen	14.420	0,20 (0,12-0,30)	0,06 (0,02-0,14)	0,10 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Bunnik	14.140	0,19 (0,12-0,30)	0,06 (0,02-0,14)	0,10 (0,05-0,20)	0,03 (0,01-0,09)
Bunschoten	19.490	0,21 (0,13-0,32)	0,06 (0,02-0,14)	0,11 (0,05-0,20)	0,04 (0,02-0,10)
Eemnes	8.780	0,20 (0,12-0,30)	0,06 (0,02-0,14)	0,10 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Houten	43.530	0,23 (0,15-0,35)	0,06 (0,02-0,15)	0,10 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
Leusden	28.980	0,23 (0,14-0,35)	0,06 (0,03-0,15)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
Loenen	8.340	0,16 (0,12-0,22)	0,04 (0,02-0,08)	0,09 (0,06-0,14)	0,03 (0,02-0,06)
Lopik	13.970	0,17 (0,13-0,23)	0,05 (0,02-0,08)	0,09 (0,06-0,14)	0,04 (0,02-0,07)
Maarssen	39.780	0,23 (0,15-0,35)	0,06 (0,03-0,16)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
Montfoort	13.440	0,20 (0,12-0,31)	0,06 (0,02-0,14)	0,10 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Renswoude	4.300	0,17 (0,13-0,24)	0,05 (0,02-0,08)	0,09 (0,06-0,15)	0,04 (0,02-0,07)
Rhenen	17.970	0,20 (0,12-0,31)	0,06 (0,02-0,14)	0,11 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)

tabel 7.2 wordt vervolgd

Vervolg tabel 7.2

Soest	45.090	0,23 (0,14-0,35)	0,06 (0,03-0,15)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,15)
Utrecht	275.260	0,26 (0,17-0,38)	0,09 (0,04-0,20)	0,13 (0,06-0,23)	0,07 (0,03-0,15)
Veenendaal	61.380	0,24 (0,15-0,36)	0,08 (0,03-0,19)	0,13 (0,07-0,24)	0,06 (0,02-0,14)
Woudenberg	11.240	0,20 (0,12-0,31)	0,06 (0,02-0,14)	0,11 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Wijk bij Duurstede	23.580	0,23 (0,15-0,35)	0,07 (0,03-0,16)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
IJsselstein	33.610	0,23 (0,14-0,34)	0,08 (0,03-0,18)	0,12 (0,06-0,23)	0,06 (0,02-0,13)
Zeist	60.410	0,23 (0,15-0,35)	0,06 (0,03-0,16)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
Nieuwegein	61.450	0,23 (0,14-0,34)	0,08 (0,03-0,18)	0,12 (0,06-0,23)	0,05 (0,02-0,13)
Oudewater	9.950	0,20 (0,12-0,31)	0,06 (0,02-0,14)	0,11 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Vianen	19.780	0,20 (0,12-0,31)	0,06 (0,02-0,14)	0,11 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)
Woerden	48.120	0,23 (0,15-0,35)	0,06 (0,03-0,15)	0,11 (0,05-0,20)	0,07 (0,03-0,16)
De Ronde Venen	34.440	0,20 (0,12-0,30)	0,06 (0,02-0,14)	0,10 (0,05-0,20)	0,04 (0,01-0,09)

Tussen haakjes staan de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de schattingen.
Omdat geen inkomensgegevens beschikbaar zijn voor de gemeentes Amerongen, Doorn, Driebergen-Rijsenburg, Leersum en Maarn, kunnen voor deze gemeentes geen schattingen gemaakt worden.

Tabel 7.3 De verwachte kans op psychisch onwelbevinden binnen wijken in de gemeente Utrecht, gebaseerd op gegevens uit de CBS POLS-enquête

Wijknummer en -naam	Aantal inwoners	Kans op psychisch onwelbevinden
34401, West	26.240	0,43 (0,25-0,62)
34402, Noordwest	40.090	0,43 (0,25-0,62)
34403, Overvecht	31.200	0,46 (0,27-0,67)
34404, Noordoost	34.650	0,40 (0,24-0,59)
34405, Oost	27.960	0,42 (0,25-0,61)
34406, Binnenstad	15.620	0,42 (0,25-0,61)
34407, Zuid	26.320	0,42 (0,25-0,61)
34408, Zuidwest	32.940	0,46 (0,27-0,67)
34409, Leidsche Rijn	12.330	0,34 (0,21-0,50)
34410, Vleuten-De Meern	27.900	0,33 (0,21-0,49)

Tussen haakjes staan de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de schattingen.

Tabel 7.4 De verwachte kans op psychisch onwelbevinden binnen gemeentes in de provincie Utrecht, gebaseerd op gegevens uit de CBS POLS-enquête

Gemeentenaam	Aantal inwoners	Kans op psychisch onwelbevinden
Abcoude	8.600	0,34 (0,20-0,50)
Amersfoort	134.910	0,36 (0,22-0,53)
Baarn	24.420	0,33 (0,19-0,50)
De Bilt	42.200	0,32 (0,19-0,49)
Breukelen	14.420	0,34 (0,21-0,50)
Bunnik	14.140	0,33 (0,20-0,49)
Bunschoten	19.490	0,32 (0,20-0,48)
Eemnes	8.780	0,33 (0,20-0,49)
Houten	43.530	0,30 (0,18-0,46)
Leusden	28.980	0,31 (0,18-0,47)
Loenen	8.340	0,32 (0,22-0,43)
Lopik	13.970	0,30 (0,21-0,41)
Maarssen	39.780	0,32 (0,19-0,48)
Montfoort	13.440	0,33 (0,20-0,48)
Renswoude	4.300	0,30 (0,21-0,41)
Rhenen	17.970	0,33 (0,20-0,50)
Soest	45.090	0,33 (0,19-0,50)
Utrecht	275.260	0,42 (0,25-0,62)
Veenendaal	61.380	0,34 (0,21-0,51)
Woudenberg	11.240	0,33 (0,20-0,49)
Wijk bij Duurstede	23.580	0,30 (0,18-0,46)
IJsselstein	33.610	0,35 (0,21-0,51)
Zeist	60.410	0,34 (0,20-0,52)
Nieuwegein	61.450	0,35 (0,21-0,52)
Oudewater	9.950	0,33 (0,20-0,49)
Vianen	19.780	0,34 (0,21-0,50)
Woerden	48.120	0,31 (0,19-0,47)
De Ronde Venen	34.440	0,33 (0,20-0,49)

Tussen haakjes staan de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de schattingen.
Omdat geen inkomensgegevens beschikbaar zijn voor de gemeentes Amerongen, Doorn, Driebergen-Rijsenburg, Leersum en Maarn, kunnen voor deze gemeentes geen schattingen gemaakt worden.