



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**Verschuivingen van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg
naar de eerstelijns en gevolgen daarvan voor de benodigde
beroepsbeoefenaren: 2009-2012**

Tessa Magnée, NIVEL
Peter Verhaak, NIVEL
Richard Boxem, DBC Onderhoud

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

Dit rapport is opgesteld in opdracht van het Capaciteitsorgaan

ISBN 978-94-6122-283-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2014 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

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond project	9
1.2 Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg	10
1.3 Vraagstelling	13
1.4 Indeling van deze rapportage	13
2 Methode	15
2.1 Opzet van het onderzoek	15
2.2 De gebruikte databases	15
2.2.1 NIVEL Zorgregistraties: huisartsen	15
2.2.2 NIVEL Zorgregistraties: Eerstelijns Psychologen	17
2.2.3 DBC-Informatie Systeem	19
2.3 Statistische analyses	21
3 Resultaten	23
3.1 Hulpvraag vanwege psychische problemen	23
3.1.1 Huisarts	23
3.1.2 Eerstelijnspsycholoog	24
3.1.3 Tweedelijns GGZ	25
3.1.4 Samenvattend	27
3.2 Co-morbiditeit	28
3.2.1 Eerstelijnspsycholoog	28
3.2.2 Tweedelijns GGZ	29
3.2.3 Samenvattend	30
3.3 Functies	31
3.3.1 Huisarts	31
3.3.2 Eerstelijnspsycholoog	31
3.3.3 Tweedelijns GGZ	33
3.3.4 Samenvattend	34
3.4 Verhouding klinisch ambulant	35
3.5 Inzet van psychologische beroepen	35
3.5.1 Huisarts	35
3.5.2 Eerstelijnspsycholoog	36
3.5.3 Tweedelijns GGZ	37
3.5.4 Samenvattend	39

4 Discussie en conclusie	41
4.1 Psychische hulpvragen	41
4.2 Co-morbiditeit	42
4.3 Behandelfuncties	43
4.4 Opnames tweedelijns GGZ	44
4.5 Inzet psychologische beroepen	45
4.6 Conclusie	45
4.7 Aanbevelingen	47
Literatuur	49
Bijlage	51

Samenvatting

Inleiding

Het doel van de deze monitor is om retrospectief de ontwikkelingen te schetsen in de vraag naar psychische zorg vanaf 2009, op basis waarvan het Capaciteitsorgaan kan beslissen over de benodigde inzet van menskracht op het gebied van de diverse psychologische beroepen in de komende jaren. Hiertoe wordt jaarlijks een rapportage gegeven over de ontwikkelingen in de voorgaande jaren. In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in hulpvragen en zorg voor psychische problematiek voor de periode 2009-2012, binnen drie verschillende settings: huisartspraktijken, eerstelijnspsychologen, en tweedelijns GGZ (GGZ-instellingen en vrijgevestigde GGZ specialisten). Hiervoor is gebruik gemaakt van de database van NIVEL Zorgregistraties eerstelijns (voor huisartsen en eerstelijnspsychologen), het DBC-Informatie Systeem (tweedelijns GGZ) en aanvullende gegevens van VEKTIS (omtrent eerstelijnspsychologen)

Wijzigingen ten opzichte van de vorige monitor

Deze monitor is een vervolg op een vorig rapport (Van Dijk et al., 2013). In dit rapport zijn gegevens over het jaar 2012 toegevoegd. De inleiding en onderzoeksvragen van het vorige rapport waren nog van toepassing en zijn daarom grotendeels overgenomen. Er is een onderzoeksvraag toegevoegd (over de inzet van psychologische beroepen). De methode is ook voor een groot gedeelte gelijk gebleven, afgezien van enige wijzigingen (zie hiervoor 2. Methode).

Hulpvraag vanwege psychische problemen

Voor de drie settings (huisarts, eerstelijnspsychologen, tweedelijns GGZ) is in kaart gebracht hoeveel patiënten jaarlijks gezien werden, en welke symptomen of diagnoses bij hen vastgesteld werden. De huisarts ziet jaarlijks de meeste patiënten met psychische klachten of problemen (ongeveer 100 per 1000 ingeschreven patiënten). Binnen de tweedelijns GGZ ziet men ongeveer de helft van deze patiënten (ongeveer 46 patiënten per 1000 Nederlanders, waarvan \pm 41 bij de GGZ-instellingen, en \pm 5 bij vrijgevestigde therapeuten), en bij de eerstelijnspsycholoog nog minder (rond de 15 patiënten per 1000 Nederlanders). Er waren in 2012 in totaal 23% meer patiënten met psychische problemen onder behandeling bij een eerstelijnspsycholoog dan in 2009 (3 patiënten meer per 1.000 Nederlanders). Het aantal patiënten met psychische problemen bij de huisarts is binnen deze periode ongeveer gelijk gebleven. Het aantal patiënten bij GGZ-vrijgevestigden nam tussen 2009 en 2012 met 7% toe. Het aantal patiënten bij GGZ-instellingen, waar in totaal veel meer patiënten behandeld worden dan bij vrijgevestigde specialisten, nam met 7% af. Beide ontwikkelingen tezamen resulteerden in een afname van ongeveer 3 patiënten per 1.000 Nederlanders oftewel 5,4% binnen de tweedelijns GGZ.

Het niet meer vergoeden van behandeling van patiënten met een aanpassingsstoornis lijkt te hebben geleid tot een scherpe afname van het aantal patiënten met deze diagnose in 2012 (tot een kwart van de aantallen in 2009), bij zowel eerstelijnspsychologen als binnen

de tweedelijns GGZ. Ook afgenomen zijn bijvoorbeeld de aantallen patiënten bij de huisarts met de diagnoses angstig/nerveus/gespannen gevoel, schizofrenie, of persoonlijkheidsstoornis. Bij de eerstelijnspsychologen worden alle diagnoses, behalve de aanpassingsstoornis, juist vaker gesteld. Vooral het aantal patiënten met een stemmings- of angststoornis is binnen de eerstelijnspsychologische zorg toegenomen. Er zou dus mogelijk sprake kunnen zijn van substitutie, waarbij patiënten die eerder onder aanpassingsstoornissen vielen nu in het kader van een angststoornis of depressie worden behandeld. Verder is bij GGZ-instellingen het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis toegenomen, en zijn er bij GGZ vrijevestigden stijgingen in het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis, angststoornis, overige stoornissen in de kindertijd, en pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Co-morbiditeit

Binnen de settings eerstelijnspsychologen en de tweedelijns GGZ is, naast de primaire diagnose op as-I, voor elke patiënt geregistreerd of er sprake was van een achterliggende persoonlijkheidsstoornis (as-II), bijkomende somatische ziekten (as-III) of psychosociale en omgevingsproblemen (as-IV). Patiënten met co-morbiditeit hebben vaak langere en/of complexere behandeling nodig dan patiënten met alleen een primaire diagnose op as-I, waardoor ze vaak terecht zullen komen bij de tweedelijns GGZ. Voor beide settings geldt dat ongeveer 80% van de patiënten met een as-I stoornis, daarnaast ook psychosociale of omgevingsproblemen heeft (as-IV). Hier is geen verschuiving in te zien in de periode 2009-2012. Wel zien we dat patiënten die bij de tweedelijns GGZ onder behandeling zijn iets vaker ($\pm 30\%$) eveneens een somatische ziekte (as-II) hebben dan patiënten bij de eerstelijnspsycholoog ($\pm 20\%$).

Functies

Voor de drie settings is in kaart gebracht hoeveel patiënten met psychische klachten verwezen worden en hoeveel tijd zorgverleners besteden aan verschillende activiteiten in het kader van diagnostiek en behandeling. Binnen de huisartspraktijk is de inzet van de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) tussen 2010 en 2012 toegenomen met 70%. Hiermee lijken vooral sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen vaker te worden ingezet binnen de huisartspraktijk. Huisartsen verwijzen in 2012 21% minder patiënten door naar de tweedelijns GGZ dan in 2009, terwijl eerstelijnspsychologen dit in totaal juist bij 30% meer patiënten doen. Wel afgenomen is het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis dat naar de tweedelijns GGZ verwezen wordt door eerstelijnspsychologen. De verwijzingen naar de eerstelijns GGZ veranderden niet tussen 2009 en 2012, zowel niet bij de huisarts als bij de ELP. De meeste patiënten komen bij de ELP via een verwijzing van de huisarts (66% in 2012), maar bijna een derde van de patiënten (31% in 2012) meldt zich op eigen initiatief aan. Bij de eerstelijnspsychologen nam het aantal patiënten onder behandeling en het aantal patiënten dat een crisisinterventie kreeg in 2012 toe, beide met ongeveer 20% ten opzichte van 2009. Deze toenames worden grotendeels verklaard doordat de functies meer werden toegepast bij patiënten met een stemmings- of angststoornis. Binnen de tweedelijns GGZ is er bij zowel GGZ-instellingen als vrijevestigden in 2012 meer tijd besteed aan farmacotherapie ten opzichte van 2009. Bij GGZ vrijevestigden werden er daarnaast meer fte's gedeclareerd voor diagnostiek, steunende en structurerende activiteiten,

psychotherapie, en farmacotherapie, en juist minder voor crisisopvang. Deze veranderingen in de tweedelijns GGZ zijn grotendeels verklaarbaar doordat er meer tijd werd gedeclareerd onder diagnoses die vooral vaak bij jeugdigen gesteld worden (bijvoorbeeld pervasieve ontwikkelingsstoornis, aandachtstekortstoornis, en overige stoornissen in de kindertijd). De afname in crisisopvang hangt samen met minder gedeclareerde fte's voor crisisopvang voor patiënten met schizofrenie of andere psychotische stoornissen.

Verhouding klinisch ambulante

Voor de tweedelijns GGZ is vastgesteld bij hoeveel patiënten jaarlijks sprake is geweest van een verblijf in een GGZ-instelling. Er is tussen 2009 en 2012 sprake van een lichte afname in het aantal opnames binnen de tweedelijns GGZ. Omdat ook het aantal patiënten met een as-I stoornis die onder behandeling waren bij GGZ-instellingen is gedaald in deze periode, kunnen we concluderen dat de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de GGZ niet is veranderd.

Inzet van psychologische beroepen

Binnen de huisartspraktijk is inzet de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) tussen 2009 en 2012 toegenomen. Hiermee lijken vooral sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen vaker te worden ingezet binnen de huisartspraktijk. Psychologen die als POH-GGZ werken, zullen vaak basis psychologen zijn, maar er kunnen ook GZ-psychologen tussen zitten. De toename van de omvang van de zorg bij de eerstelijnspsychologen lijkt te wijzen op een toename van de inzet van GZ-psychologen die als eerstelijns psycholoog werkzaam zijn. Omdat de inzet van GZ-psychologen binnen de tweedelijns GGZ iets daalt, is de totale omvang van hun inzet tussen 2009 en 2012 ongeveer gelijk gebleven. De inzet van eerstelijnspsychologen nam vooral tussen 2009 en 2011 toe, en nam in 2012 ten opzichte van het voorgaande jaar juist (licht) af. GZ-psychologen binnen de tweedelijns GGZ werden in 2010 nog vaker ingezet dan in 2009, maar werden hierna steeds minder vaak ingezet. Binnen de gehele tweedelijns GGZ nam de inzet van specialistische verpleegkundige beroepen (waaronder de verpleegkundig specialist GGZ) en psychotherapeuten tussen 2009 en 2012 af. Psychotherapeuten werden elk jaar minder ingezet dan in het voorgaande jaar, terwijl specialistische verpleegkundige beroepen in 2010 nog vaker werden ingezet dan in 2009, maar daarna ook steeds minder vaak. Wel werden specialistische verpleegkundige beroepen steeds vaker ingezet bij vrijevestigden. De inzet van psychotherapeuten bij GGZ-instellingen is gehalveerd tussen 2009 en 2012. Klinisch psychologen en overige psychologische beroepen lijken in 2012 in de tweedelijns GGZ iets vaker te worden ingezet dan in 2009. Hun inzet nam tussen 2009 en 2011 toe, maar daalde daarna in 2012.

Conclusie

We kunnen concluderen dat een aantal van de ontwikkelingen in de periode 2009 t/m 2012 wijzen op een grotere inzet van psychologische beroepen binnen de eerstelijnszorg. De totale omvang van de zorg verleend door eerstelijnspsychologen nam toe. Patiënten kwamen vaker bij de eerstelijnspsycholoog terecht, via de huisarts en de tweedelijns GGZ, maar ook op eigen initiatief. Binnen de huisartspraktijk wordt de POH-GGZ steeds vaker ingezet bij patiënten met psychische problemen. De achtergrond van de POH-GGZ

is meestal sociaal psychiatrisch verpleegkundige (of psycholoog), waarmee de inzet van deze beroepsgroep(en) bij de huisartspraktijk is toegenomen. Er was een verschuiving van patiënten vanuit de tweedelijns GGZ naar de eerstelijns GGZ, omdat het aantal patiënten bij GGZ-instellingen afnam in de onderzoeksperiode. De inzet van psychologische beroepen (in fte's) binnen de tweedelijns GGZ is iets veranderd; voor GZ-psychologen worden bijvoorbeeld minder vaak uren gedeclareerd bij GGZ-instellingen, en voor klinisch psychologen juist meer. Bij de vrijevestigden worden voor alle psychologische beroepen meer uren gedeclareerd. Er is (nog) geen verschuiving van patiënten zonder ernstige psychische problematiek (geen co-morbiditeit) vanuit de tweedelijns richting de eerstelijnspsycholoog.

Aanbevelingen

Als de ontwikkelingen uit 2009-2012 die in dit rapport geschetst worden zich doorzetten, is er mogelijk de komende jaren meer inzet nodig van psychologische beroepen binnen de eerstelijnszorg: GZ-psychologen als eerstelijnspsychologen, en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of (basis)psychologen in de functie van POH-GGZ binnen de huisartspraktijk. Deze verschuiving is tot 2012 nog van bescheiden omvang. Omdat de zorg binnen de tweedelijns GGZ en de inzet van GZ-psychologen in de tweedelijns GGZ tegelijkertijd lijkt af te nemen, hoeft de grotere inzet van psychologische beroepen in de eerstelijns GGZ niet direct invloed te hebben op de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Wel moet zorgvuldig gemonitord worden hoe de ontwikkelingen zich de komende jaren doorzetten.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond project

Het Capaciteitsorgaan stelt, onder meer, ramingen op voor het jaarlijks benodigde aantal opleidingsplaatsen voor een vijftal beroepen geestelijke gezondheid (gz psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch-neuro-psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz). Ter ondersteuning hiervan heeft het Capaciteitsorgaan behoefte aan inzicht in de ontwikkeling in de tijd van psychische hulpvragen. Het doel van de monitoring van psychische hulpvragen en verwijzingen is om de ontwikkelingen te schetsen in de vraag naar psychische zorg vanaf 2009, op basis waarvan het Capaciteitsorgaan kan beslissen over de benodigde inzet van menskracht op het gebied van de diverse psychologische beroepen in de komende jaren.

Omdat deze verschillende beroepen soms in de eerstelijnszorg, soms uitsluitend in de specialistische zorg inzetbaar zijn, is het van belang dat de monitoring ook een goed beeld geeft van de vraag naar psychische zorg binnen verschillende sectoren van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), zoals de huisartspraktijk, de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns GGZ^a.

Tevens is de inzet van sommige van deze beroepen ook duidelijk gericht op specifieke stoornissen (b.v. alleen op stoornissen van kinderen) of specifieke functies (b.v. vooral op diagnostiek), terwijl andere zich in principe op alle psychische stoornissen richten en/of alle mogelijke functies vervullen. Daarom is het van belang dat deze monitor ook een goede specificatie biedt van de verschillende klachten en stoornissen waarvoor hulp gevraagd wordt en de verschillende functies die worden ingezet.

Algemeen gesteld is het doel van deze monitor, dat op basis van de specificaties naar type setting, type stoornis en type functie uitgemaakt kan worden aan welk aanbod van de verschillende psychologische beroepsgroepen op dat tijdstip van de hierboven genoemde type psychologische hulpverleners behoefte zou bestaan.

In dit inleidende hoofdstuk zullen we achtereenvolgens stil staan bij de organisatie van de GGZ waarbinnen de geschetste psychische hulpvraag wordt verwerkt, en bij de veranderingen in de organisatie van GGZ richting basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hieruit volgen de mogelijke consequenties voor de beroepskrachtenplanning in de GGZ die de achtergrond vormen voor de onderzoeksvragen, die we daarna presenteren. De inleiding wordt afgesloten met de indeling van de rest van het rapport.

^a Tot en met 2013 was er sprake van eerstelijns (waarbinnen huisarts en eerstelijnspsycholoog opereerden) en tweedelijns GGZ. Zoals verderop in dit hoofdstuk uitvoerig wordt uiteengezet is dit sinds 1 januari 2014 veranderd in huisartsenzorg, generalistische basis GGZ (samen basis-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. Omdat deze rapportage de periode voor 2014 betreft, hanteren we in dit rapport de terminologie die van toepassing is op deze periode: huisarts – eerstelijnspsycholoog – tweedelijns.

1.2 Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg

Tot 1 januari 2014

Binnen de GGZ kan een aantal sectoren onderscheiden worden. Sinds lange tijd is er het onderscheid tussen de eerstelijnsgezondheidszorg, waar de meeste hulpvragen zich in eerste instantie aandienen, en tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, waar zorg in meer gespecialiseerde zin wordt geboden. Binnen de *eerstelijnsgezondheidszorg* was van oudsher de huisarts het eerste loket waar mensen met gezondheidsklachten (ook psychische problemen) zich aandienden. Vanaf de jaren zeventig in de vorige eeuw richtte ook het vrij toegankelijke Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) zich op mensen met problemen in de psychische en relationele sfeer. Vanaf de 80-er jaren zijn eerstelijnspsychologen (ELP's) zich met een generalistische benadering van klachten en stoornissen in de eerste lijn gaan vestigen. Deze eerstelijns psychologische hulp werd in eerste instantie in het kader van aanvullende ziekenfonds en particuliere verzekeringen vergoed. In 2002 werd een Tweede Kamerbrede motie aangenomen om de hulp door eerstelijnspsychologen voortaan via het ziekenfonds te vergoeden. Sinds 2008 maakt de eerstelijns psychologische hulp (tot een zeker maximum en met een eigen bijdrage) deel uit van de basisverzekering in de vorm van de functionele voorziening eerstelijnspsychologische zorg (EPZ). Echter, eerstelijnspsychologen werden beperkt in hun speelruimte door de opgelegde eigen bijdrage, een gelimiteerd aantal zittingen en wisselende, beperkende regelgeving (werkgebied en prestaties). In beginsel is de toegang tot de EPZ vrij, maar bij de werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is destijds afgesproken dat een verwijzing van de huisarts nodig is als men voor vergoeding uit de Zvw in aanmerking wil komen. Eerstelijnspsychologen zijn psychologen met beroepstitel GZ-psychologie en meestal een extra registratie als eerstelijnspsycholoog. Mede hiervoor registreren zij hun prestaties op cliëntniveau en gegevens in het LVE^b-codeboek, een zelf ontwikkeld registratiesysteem voor rapportage en informatieverschaffing. Sinds enkele jaren is dit ondergebracht bij het NIVEL. Sinds 2008 is het voor de huisarts mogelijk om bij patiënten met psychische klachten een praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg in te zetten (POH-GGZ) bij patiënten met psychische klachten. De huisarts kan sommige patiënten overdragen aan de POH-GGZ die bij de praktijk werkzaam is, maar ook de expertise over psychische problematiek binnen de huisartspraktijk wordt op deze manier vergroot. Nog niet bij alle huisartspraktijken is een POH-GGZ werkzaam; uit een enquête van de LHV^c blijkt dat dit wel in toenemende mate voorkomt, en dat in 2013 ruim 60% van de huisartsen samenwerkt met een POH-GGZ. Met de komst van de zogenaamde consultatie-regeling rond 2000 gingen ook tweedelijns GGZ-instellingen GGZ bieden binnen de huisartspraktijk, met gebruikmaking van experimentgelden en AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)-middelen. Dit aanbod, in het NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) advies (2012) nu gekarakteriseerd als “vooruitgeschoven tweede lijn en/of voorwaarts geïntegreerde instellingen” werd in eerste instantie vrijwel alleen geboden door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) die vanuit de GGZ-instellingen werden aangeleverd, soms gesuperviseerd door een

^b De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen: in 2012 waren ruim 500 eerstelijnspsychologen lid van deze vereniging. In het LVE-codeboek registreren eerstelijnspsychologen de contacten met hun patiënten.

^c <http://lhv.artsenet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Meer-patienten-met-psychische-klachten-minder-mogelijkheden-tot-doorverwijzen.htm>

psychiater. Later zijn ook andere beroepsbeoefenaren, waaronder ook basis-, GZ-psychologen en AMW, dit werk gaan doen.

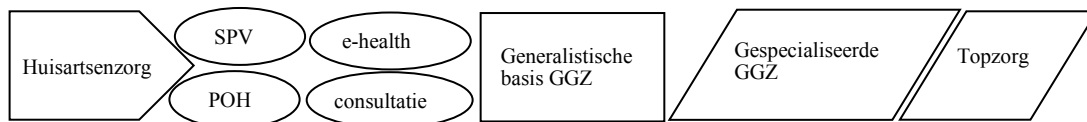
Binnen de tweedelijns GGZ, waar men alleen na verwijzing door de huisarts terecht kan, zijn o.a. psychiaters, GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten werkzaam.

Situatie na invoering basis-GGZ

In het in 2012 uitgebrachte advies van de NZa aangaande de basis-GGZ werd voorgesteld dat Geestelijke Gezondheidszorg als basiszorg wordt verstrekt binnen de huisartsvoorziening. De zodanig geadviseerde basis GGZ is per 1 januari 2014 ingevoerd. Alle vormen van psychische hulpvragen, klachten en symptomen, zowel als mensen met een omschreven psychische stoornis kunnen hier terecht. Binnen de huisartsenzorg wordt algemene diagnostiek gedaan (er wordt geschift tussen “pluis” en “niet pluis”, symptomen die waarschijnlijk snel en vaak vanzelf over zullen gaan, en symptomen die wijzen op het bestaan van een “stoornis”) en er vindt eenvoudige behandeling plaats. De huisarts speelt een hoofdrol, deze kan taken delegeren aan de POH-GGZ, met beperkte bevoegdheden, en er is ook de mogelijkheid dat een psychiater of psycholoog in dit kader geraadpleegd wordt voor nadere diagnostiek.

Figuur 1 geeft schematisch de per 1 januari 2014 ingevoerde structuur weer.

Figuur 1.1 De GGZ zoals die is weergegeven in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014



Meer toegespitst op gerichte kortdurende behandeling van enkelvoudige psychische stoornissen kan generalistische zorg binnen de eerste lijn geboden worden. Dan is sprake van *generalistische GGZ*. In dit kader wordt meer geavanceerde diagnostiek gepleegd en is er sprake van kortdurende behandeling. Generalistische GGZ kan geboden worden door de huidige eerstelijnspsychologen, maar in de toekomst kunnen zich voor die functie ook andere daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)) melden. Voor generalistische GGZ dient men verwezen te worden. Generalistische GGZ wordt verondersteld alleen gegeven te worden als er sprake is van een omschreven psychiatrische stoornis, zoals vastgelegd in de DSM-IV^d. Sterker, het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) volgend, komen sommige DSM-IV stoornissen, vooral de “aanpassingsstoornis”, niet in aanmerking voor generalistische of specialistische GGZ. De discussie hierover is nog gaande. *Basiszorg* en *generalistische GGZ* samen worden betiteld als *basis-GGZ*. Ondanks de omschrijving van basis-GGZ in het NZA advies (2012), is de exacte vormgeving van deze basis-GGZ momenteel nog niet helemaal duidelijk, ook niet na de officiële invoering van de basis-GGZ in januari 2014.

^d De diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: dit is een standaardwerk voor psychiaters en psychologen dat psychische klachten en symptomen vertaalt in een diagnose.

Naast de basis-GGZ is er de gespecialiseerde GGZ, uiteraard alleen na verwijzing toegankelijk. Wanneer kortdurende behandeling niet volstaat, ingewikkelde diagnostiek nodig is, een opname geïndiceerd is, of er sprake is van een crisissituatie, komt men in aanmerking voor gespecialiseerde GGZ. Van de psychologische beroepsgroepen die we in deze studie voor ogen hebben zijn met name klinisch psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten GGZ min of meer exclusief werkzaam binnen de huidige tweedelijns instellingen die gespecialiseerde GGZ bieden. Klinisch neuropsychologen, voor zover werkzaam in de GGZ, zijn ook hoofdzakelijk werkzaam binnen de tweedelijns GGZ. Dat wil zeggen, deze beroepsgroepen werken te gespecialiseerd om een werkring te kunnen vinden in de basis-GGZ of de generalistische GGZ. GZ-psychologen werken zowel binnen de gespecialiseerde GGZ als binnen de basis-GGZ.

In de basis GGZ wordt gestreefd naar een beheersing van de uitgavengroei. Daartoe wordt de afbakening van verzekerde zorg aangescherpt. Dit zou moeten leiden tot een terugloop van bepaalde stoornissen in de gespecialiseerde en generalistische GGZ. Het is de vraag of daarmee andere stoornissen vaker zullen gaan optreden binnen die circuits of dat de totale zorgvraag met dat soort maatregelen ook gaat afnemen. Ook wordt gestreefd naar een reductie van het aantal bedden in de intramurale GGZ. Ook hiervan kan men verwachten dat dat tot een toename van vraag om ambulante gespecialiseerde GGZ zal leiden. Kortom, de verwachting is dat er de komende jaren, vooral vanaf 2014, sprake zal zijn van verschuivingen in aantallen en in type stoornissen die binnen de onderscheiden zorgsectoren worden aangetroffen. Dit zou op zijn beurt weer kunnen leiden tot een verschuiving in type functies (diagnostiek, behandeling, crisisinterventie e.d.) die in verschillende sectoren worden aangetroffen. En daarmee zal er dus een verschuiving kunnen optreden in de behoefte aan diverse soorten psychologische hulpverleners. Dit betekent dat de ontwikkelingen in de vraag naar psychische zorg gedifferentieerd in kaart moeten worden gebracht. We streven ernaar om per zorgsector de vraag naar specifieke functies (diagnostiek, behandeling, crisisinterventie etc.) per type zorgvraag (symptoom/stoornis) in kaart te brengen.

Omdat we alleen de hulpvragen binnen de basis-GGZ en tweedelijns GGZ in beeld brengen, verliezen we een deel van het werkveld van sommige van de psychologische beroepen uit het oog: 37% van de orthopedagogen en 9% van de GZ-psychologen zonder verdere specialisatie werken in instellingen voor gehandicaptenzorg; 53% van de klinisch neuropsychologen, 16% van de klinisch psychologen en 13% van de verpleegkundig specialisten GGZ werken in algemene of academische ziekenhuizen (Batenburg en van der Velden 2012). De DBC's van Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK) en de Psychiatrische Afdeling Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) zijn in dit rapport opgenomen bij de GGZ-instellingen (tweedelijns GGZ).

Vanaf 1 januari 2015 liggen er nog meer veranderingen in het verschiet. Vanaf dat moment zal de GGZ geleverd aan jeugdigen tot 18 jaar uit de zorgverzekeringswet verdwijnen en worden overgeheveld naar de gemeenten. Nog afgezien van de verschuivingen in volume van de hulpvraag die hiervan het gevolg kunnen zijn, zal deze hulpvraag zich, zoals het zich nu laat aanzien, aan onze waarneming onttrekken, omdat GGZ, geleverd aan jeugdigen tot en met 18 jaar, niet meer in het kader van de

zorgverzekering geregistreerd zal worden. Er wordt nog nagedacht over de consequenties die dit zal hebben voor o.a. deze jaarlijkse monitoring.

1.3 Vraagstelling

De hoofdvraagstelling van dit onderzoek over de periode 2009 - 2012 luidt:
Welke psychische problemen (uitgesplitst in hoofdgroepen DSM-IV^e) worden in welke aantallen (prevalentie/jaar) binnen welke setting (huisartspraktijk, eerstelijnspsychologen, GGZ-instelling, vrijgevestigde tweedelijns GGZ) met welke functies (diagnostiek, crisisinterventie, kortdurende behandeling, psychotherapie, farmacotherapie) aangetroffen op verschillende meetmomenten (2009 - 2012)?

Deelvraagstellingen zijn:

- Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar eerstelijnspsycholoog naar huisartspraktijk?
- Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?
- Indien verschuiving in diagnose categorieën: verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III- of as-IV problematiek?
- Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?
- Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de tweedelijns GGZ?
- Is er een verschuiving in de tijd van de inzet van diverse psychologische beroepen?

1.4 Indeling van deze rapportage

Deze monitor is een vervolg op een vorig rapport (Van Dijk et al., 2013). In dit rapport zijn gegevens over het jaar 2012 toegevoegd. De inleiding en onderzoeksvragen van het vorige rapport waren nog van toepassing en zijn daarom grotendeels overgenomen. De methode is ook voor een groot gedeelte gelijk gebleven, afgezien van een aantal wijzigingen. De aanpassingen worden besproken in het methode hoofdstuk. In het volgende hoofdstuk bespreken we eerst de databases die in deze studie zijn gebruikt: NIVEL Zorgregistraties en het DBC-informatie systeem. We bespreken daar per database de representativiteit van de gegevens, de wijze waarop het psychisch probleemaanbod per database gedefinieerd is, en de wijze waarop diverse functies in deze databases gestalte hebben gekregen. In hoofdstuk 3 geven we de resultaten weer over de periode 2009-2012. Achtereenvolgens komen per setting (huisarts, eerstelijnspsycholoog, GGZ-instellingen en tweedelijns vrije beroepsbeoefenaren) aan de orde: het psychiatrische probleemaanbod, de mate waarin co-morbiditeit optreedt, de functies die in verschillende sectoren worden uitgeoefend en de verhouding tussen klinisch en ambulant (dit laatste geldt voor GGZ-instellingen). In hoofdstuk 4 komen we tot een discussie over de resultaten op grond waarvan we een antwoord op de gestelde vragen formuleren.

^e In de huisartspraktijk: ICPC categorieën binnen hoofdstuk P. Op een globaal niveau is het mogelijk de in de huisartspraktijk gebruikte classificatie in de ICPC compatibel te maken met de hoofdcategorieën van de DSM-IV. Mocht in de komende jaren de DSM-V geïntroduceerd worden in de binnen DBC-onderhoud gebruikte classificaties, dan zal voor de vergelijking in de tijd ook een “vertaalslag” van DSM-IV met DSM-V plaats moeten vinden.

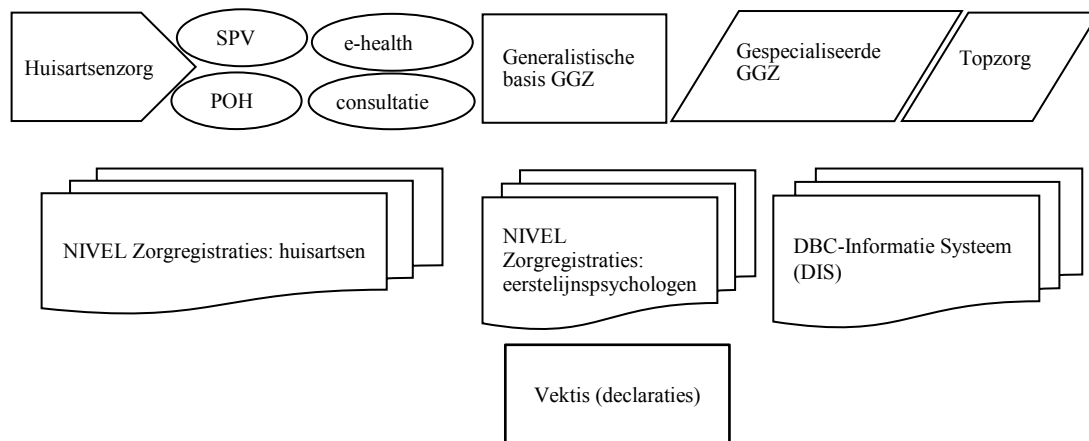
2 Methode

2.1 Opzet van het onderzoek

Om de gestelde vragen te beantwoorden is het nodig om per meetmoment (jaarlijks, vanaf 2009) vast te stellen hoeveel GGZ-hulpvragen gesteld zijn in de verschillende settings die in figuur 1 worden onderscheiden. We doen dit in dit onderzoek voor de volgende settings: huisartspraktijk, eerstelijnspsychologen, tweedelijns GGZ-instellingen en tweedelijns GGZ zelfstandig gevestigden.

NIVEL Zorgregistraties beschikt over gegevens die ons informeren over de hulpvraag naar GGZ binnen de huisartspraktijken en bij eerstelijnspsychologen. Vektis heeft voor dit rapport informatie geleverd over totale aantallen patiënten waarvoor jaarlijks zorg bij een eerstelijnspsycholoog is gedeclareerd in Nederland. Binnen DBC-Informatie Systeem (DIS) worden de DBC-declaraties voor de tweedelijns GGZ geregistreerd. Figuur 2 laat zien hoe deze registraties op de diverse onderdelen van de GGZ, zoals geschetst in het Bestuurlijk Akkoord, betrekking hebben. We zullen hieronder deze verschillende registratiesystemen nader beschrijven.

Figuur 2.1 Databases die gegevens over de onderscheiden GGZ-delen opleveren



2.2 De gebruikte databases

2.2.1 NIVEL Zorgregistraties: huisartsen

De database

NIVEL Zorgregistraties telt bijna 400 huisartspraktijken met meer dan een miljoen patiënten. In deze praktijken worden continue 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen verzameld. Ieder contact met de huisarts wordt geregistreerd, waarbij een diagnose wordt geregistreerd en geclassificeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC). Alle voorgeschreven medicijnen worden geregistreerd en geclassificeerd aan de hand van

een ATC-code (Anatomisch Therapeutische Classificatie) voor geneesmiddelen. Verwijzingen worden geregistreerd met vastlegging van de zorgverlener waarheen verwezen is. Wanneer een huisarts een POH-GGZ of SPV in de praktijk inzet, wordt dit binnen de verrichtingen module geregistreerd.

De ingeschreven patiënten populatie (“population at risk”) is bekend. Daarmee kunnen gegevens per 1.000 ingeschreven patiënten worden gegenereerd die in principe generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse bevolking.

De huisartspraktijken binnen NIVEL Zorgregistraties zijn representatief voor Nederland met betrekking tot regio en urbanisatiegraad en de huisartsen wijken qua leeftijd, geslacht en jaren van expertise niet af van de landelijke populatie huisartsen. De ingeschreven patiënten vormen naar leeftijd en geslacht een goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking. Alleen vrouwen boven de 75 jaar zijn licht ondervertegenwoordigd. Daarom kunnen de cijfers per 1.000 ingeschreven patiënten die we presenteren beschouwd worden als cijfers per 1.000 Nederlanders. Tabel 2.1 toont de huisartspraktijken waarvan voor de verschillende onderwerpen van deze monitor gebruik is gemaakt. Niet voor elk onderwerp wordt gebruikt gemaakt van alle praktijken, omdat de registraties per onderwerp moeten voldoen aan gestelde kwaliteitseisen.

Tabel 2.1 Huisartspraktijken NIVEL Zorgregistraties

	2010	2011	2012
Behandelde problematiek en overige functies	76	117	165
Prescripties (psychofarmaca)	88	133	173
Verwijzingen	43	36	25

Nieuwe systematiek

Er is ten opzichte van de vorige monitor een aantal zaken gewijzigd. Binnen de huisartsendata zijn door een nieuwe systematiek vanaf 2010 strengere selectiecriteria voor huisartspraktijken gebruikt. Ook zijn de huidige gegevens gecorrigeerd voor het deel van een jaar waarin patiënten bij een huisartspraktijk staan ingeschreven. De wijzigingen zijn niet doorgevoerd voor de data over 2009. Omdat dit ten koste gaat van de vergelijkbaarheid tussen 2009 en de latere jaren is er voor gekozen 2009 uit het huidige rapport te laten. Voor verschillen tussen 2009 en latere jaren wordt verwezen naar de vorige monitor (Van Dijk et al., 2013).

Behandelde problematiek

De huisartsen binnen Zorgregistraties Huisartsen registreren ieder contact met een patiënt, waarbij een diagnose wordt geregistreerd en geclassificeerd aan de hand van de ICPC. De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. De ICPC is een classificatiesysteem bestaande uit 17 hoofdstukken, elk met een lettercode. Binnen ieder hoofdstuk zijn onder andere de volgende componenten aanwezig: symptomen en klachten (01-29) en diagnoses en ziekten (70-99). De klachten en ziekten met betrekking tot de psychische gezondheid worden gecodeerd in het P-hoofdstuk van de ICPC.

Binnen de setting huisartspraktijk is het voorkomen per 1.000 ingeschreven patiënten van één of meerdere contacten vanwege een diagnose in het P-hoofdstuk van de ICPC

berekend. Voor de noemer hiervan is gebruik gemaakt van alle ingeschreven patiënten in dat jaar bij de deelnemende praktijken. Omdat een deel van deze patiënten niet gedurende het hele jaar ingeschreven stond bij deze praktijken is hiervoor gecorrigeerd. Voor de teller is berekend hoeveel patiënten er per jaar (2010, 2011 en 2012) bij de huisarts kwamen waarbij een diagnose in het P-hoofdstuk is vastgesteld. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende psychische klachten^f en psychische ziekten^g. De aantallen P-diagnoses bij de huisarts zijn onderverdeeld naar leeftijd en geslacht van de patiënten. Deze aantallen zijn omgerekend naar 1.000 bij de huisarts ingeschreven patiënten, voor de jaren 2010, 2011 en 2012.

Functies

Binnen NIVEL Zorgregistraties is bekend hoeveel patiënten met een ICPC-code in het P-hoofdstuk verschillende soorten psychofarmaca kregen en hoeveel patiënten verwezen werden. De psychofarmaca kunnen worden uitgesplitst naar hoofdcategorieën (antidepressiva, antipsychotica, anxiolytica, hypnotica en sedativa, dementiemiddelen en middelen bij alcoholverslaving) en de verwijzingen naar de categorieën eerstelijns GGZ (ELP, AMW, SPV) en tweedelijns GGZ (GGZ-instelling, psychiatrie, psychotherapeut). Ten slotte is bekend bij hoeveel patiënten met een ICPC-code in het P-hoofdstuk de huisarts een POH-GGZ heeft ingezet. Hiervoor is gebruik gemaakt van door huisartsen geregistreerde CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) codes, die aangeven of patiënten een normaal (<20 minuten) of lang (>20 minuten) consult of visite hebben gehad bij de POH-GGZ, of een telefonisch consult bij de POH-GGZ. Aantallen patiënten met een psychische diagnose waarbij psychofarmaca zijn voorgeschreven, die verwezen werden of waarbij een POH-GGZ is ingezet, worden ook weer uitgedrukt in aantallen per 1.000 ingeschreven patiënten.

2.2.2 NIVEL Zorgregistraties: Eerstelijns Psychologen

De database

Binnen NIVEL Zorgregistraties bestaat een landelijke database gebaseerd op het LVE-codeboek waarin in principe alle bij de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) aangesloten eerstelijnspsychologen jaarlijks de patiëntgegevens aanleveren van de in het betreffende jaar afgesloten contacten. Op deze manier zijn gegevens beschikbaar over jaarlijks rond de 50.000 patiënten van eerstelijnspsychologen (tabel 2.2). In de tabel worden ook de aantallen patiënten per jaar weergegeven waarvoor zorg gedeclareerd is bij alle eerstelijnspsychologen in Nederland, vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. Vektis verzamelt deze gegevens en heeft deze voor dit rapport aangeleverd.

^f P01: angstig/nervuus/gespannen gevoel; P03: down/depressief gevoel; P15 + P16: acuut of chronisch alcoholmisbruik; P18 + P19: overig middelenmisbruik; P11 + P21 t/m P24: stoornissen kinderen; P01 t/m P29, behalve de hiervoor genoemde P-diagnoses: overige psychische klachten.

^g P70: seniele dementie/Alzheimer; P72: schizofrenie; P73: affectieve psychose; P74: angststoornis; P76: depressie; P78: overspannenheid; P80: persoonlijkheidsstoornis; P70 t/m P99, behalve de hiervoor genoemde P-diagnoses: overige psychische ziekten.

Tabel 2.2 Aantal patiënten van eerstelijnspsychologen binnen NIVEL Zorgregistraties en aantal patiënten waarvoor zorg door een eerstelijnspsycholoog is gedeclareerd in 2009, 2010, 2011 en 2012

	2009	2010	2011	2012
Patiënten waarvoor zorg bij een eerstelijnspsycholoog is gedeclareerd (Vektis)	263.318	300.865	327.052	314.360
Patiënten database	56.293	55.065	52.857	45.947
Percentage patiënten database ten opzichte van Vektis	21,4%	18,3%	16,2%	14,6%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat ongeveer 15% tot 20% van patiënten waarvoor alle Nederlandse eerstelijnspsychologen zorg hebben gedeclareerd bij Vektis vertegenwoordigd is in de database van NIVEL Zorgregistraties. Om een adequate schatting te maken van de zorg gegeven door alle eerstelijnspsychologen hebben we gevonden aantallen steeds opgehoogd met een factor die de verhouding weergeeft tussen de patiënten uit de database en alle patiënten die bij Vektis bekend zijn. Voor 2012 zijn de aantallen op basis van de database bijvoorbeeld met een factor 6,85 verhoogd (100%/14,6%). Omdat we een goed beeld hebben van de mate waarin de eerstelijnspsychologen in NIVEL Zorgregistraties gerepresenteerd zijn, achten we bovengenoemde ophoging tot alle eerstelijnspsychologen gerechtvaardigd.

Nieuwe systematiek

We geven voor deze monitor een schatting van de zorg van alle Nederlandse eerstelijnspsychologen per jaar, in tegenstelling tot de vorige monitor (waarin een schatting werd gegeven alleen op basis van bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen). Omdat niet alle eerstelijnspsychologen bij de LVE zijn aangesloten, werden de aantallen patiënten in de vorige monitor onderschat. De aantallen patiënten in de tabellen zijn voor dit rapport dus ten opzichte van de vorige monitor hoger, en geven een realistischer beeld van het zorggebruik.

Behandelde problematiek

Van iedere patiënt wordt de leeftijd en geslacht geregistreerd door de eerstelijnspsychologen, en ook zijn diagnose op as-I van de DSM-IV. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen en wordt door psychologen, en in het algemeen door alle hulpverleners in de GGZ, gebruikt om diagnoses te rubriceren. Aan de hand van de beschrijving van objectieve kenmerken kunnen mentale afwijkingen geïdentificeerd worden.

Diagnostiek volgens de DSM vindt plaats vanuit vijf diagnostische assen:

- I) Primaire symptomatologie;
- II) Achterliggende persoonlijkheidsstoornissen;
- III) (Bijkomende) somatische ziekten;
- IV) Psychosociale en uitlokkende factoren;
- V) Niveau van functioneren.

Per jaar is vastgesteld hoeveel patiënten met een specifieke diagnose gezien werden bij de eerstelijnspsycholoog. Dit absolute aantal vertalen we vervolgens weer naar aantallen per 1.000 Nederlanders, waarbij de CBS bevolkingsstatistiek van het betreffende jaar als noemer is gebruikt. Daarnaast is dit per diagnose uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, en ook uitgedrukt als promillage van het aantal in dat jaar aanwezige Nederlanders in de betreffende leeftijd/geslacht categorie. Hierbij is voor de primaire psychiatrische stoornis (as-I) onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende stoornissen^h.

Co-morbiditeit

Zoals gezegd wordt van een betreffende patiënt in de DSM-IV niet alleen de primaire psychiatrische stoornis vast gesteld, maar wordt ook op as-II vastgesteld of er sprake is van persoonlijkheidsstoornissen, op as-III of er sprake is van significante somatische co-morbiditeit en op as-IV of er sprake is van meespelende psychosociale problemen.

Score op as-II van de DSM-IV:

- Schizoïde/schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis

Score op as-III van de DSM-IV:

- As-III problematiek aanwezig

Score op as -IV van de DSM-IV:

- As -IV problematiek aanwezig

Combinatie van primaire psychiatrische problematiek met problematiek op andere assen maakt die eerste meer complex. Om die complexiteit in beeld te brengen is per jaar vastgesteld voor welk percentage patiënten er sprake was van psychiatrische diagnoses op as-I in combinatie met problematiek op as-II, as-III of as-IV.

Functies

De gegevens die beschikbaar zijn en die relevant zijn voor onze vraagstelling zijn naast de diagnose, ook de hulpverlener via wie de patiënt bij de eerstelijnspsycholoog terecht is gekomen en een aantal aspecten van de behandel functies (diagnostiek, behandeling, crisis, farmacotherapie). Van iedere patiënt is vastgesteld of er sprake is van één van deze functies.

Ook is er van iedere behandeling aangegeven of deze in wederzijds overleg werd beëindigd, eenzijdig werd afgebroken of dat de patiënt werd doorverwezen. In dat laatste geval is de instantie waarnaar verwezen werd bekend. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende verwijzingen:

- Eerstelijns GGZ: Andere ELP, AMW, huisarts;
- Tweede- en derdelijns GGZ (niet gespecificeerd).

2.2.3 DBC-Informatie Systeem

De database

Het DBC-Informatie Systeem (DIS) is een door DBC-Onderhoud beheerde landelijke database waarin de declaraties van alle tweedelijns GGZ zorg wordt aangeleverd. GGZ

^h Aanpassingsstoornis; angststoornis; stemmingsstoornis; stoornissen kinderen; overige stoornissen op as-I.

zorgaanbieders zijn per 2008 verplicht om alle declaraties van zowel zorgverzekeraars als individuele patiënten aan DIS te leveren. DIS bevat momenteel over deze periode meer dan drie miljoen GGZ DBC's en meer dan 30 miljoen bijbehorende behandelcontacten. De gegevens die in DIS zijn opgenomen, zijn populatiegegevens. In de analyses voor dit rapport zijn DBC's mee genomen die t/m februari 2014 door de zorgaanbieders aan DIS zijn aangeleverd.

Behandelde problematiek

De beschikbare gegevens die relevant worden geacht voor de vraagstelling is de primaire diagnose op as-I (in termen van DSM-IV). Het absolute aantal patiënten vertalen we vervolgens weer naar aantallen per 1.000 Nederlanders, waarbij de CBS bevolkingsstatistiek van het betreffende jaar als noemer is gebruikt. Daarnaast is dit per diagnose uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, en ook uitgedrukt als promillage van het aantal in dat jaar aanwezige Nederlanders in de betreffende leeftijd/geslacht categorie. Voor GGZ-instellingen en vrijevestigden in de tweedelijns GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende DSM-IV categorieënⁱ.

Co-morbiditeit

Co-morbiditeit onder de patiënten van GGZ-instellingen en vrijevestigde specialisten wordt op dezelfde wijze vastgesteld als bij eerstelijnspsychologen het geval was: het percentage patiënten met onderscheiden psychiatrische diagnoses op as-I dat ook diagnoses op as-II (persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale en uitlokkende factoren) heeft.

Functies

Van alle diagnostische categorieën binnen DIS is vastgelegd wat de tijdsbesteding in minuten naar het type behandel functie is. Deze gegevens zijn vervolgens volgens een standaardformule omgerekend naar het aantal fte per behandel functie. We onderscheiden de volgende behandel functies binnen de tweedelijns GGZ: diagnostiek, steunend en structurerend, psychotherapie, farmacotherapie, crisis opvang en verblijf (deze laatste wordt alleen vastgelegd bij de GGZ-instellingen). Uit de behandel functie "verblijf" leiden we de verschuivingen tussen de klinische en ambulante sector binnen de GGZ af.

Inzet psychologische beroepen

De DIS gegevens over tijdsbesteding in minuten zijn verder uitgesplitst naar functies en alle voorkomende (psychologische) beroepsgroepen. We onderscheiden de volgende beroepen: agogische beroepen, medische beroepen, somatische beroepen, psychologische beroepen (uitgesplitst naar GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, en overige psychologische beroepen), psychotherapeutische beroepen, verpleegkundige beroepen (uitgesplitst naar specialisme, waaronder verpleegkundig specialisten GGZ) en vak-therapeutische beroepen.

ⁱ Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis; aanpassingsstoornis; angststoornis; depressieve stoornis; overige stoornissen in de kindertijd; persoonlijkheidsstoornis; pervasieve ontwikkelingsstoornis; schizofrenie en andere psychotische stoornissen; overige stoornissen op as-I.

2.3 Statistische analyses

Om een antwoord te geven op de deelvraag of er sprake is van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar generalistische GGZ of huisartspraktijk, zijn mogelijke verschuivingen in de omvang van de psychische hulpvraag binnen de huisartspraktijk en eerstelijnspsycholoog (basis-GGZ) vergeleken met mogelijke verschuivingen in de omvang van de psychische hulpvraag binnen de tweedelijns GGZ. Wanneer er sprake is van een verschuiving van de tweedelijns GGZ naar de eerstelijns GGZ zou een afname in het aantal psychische hulpvragen te zien moeten zijn bij de tweedelijns GGZ, en een toename bij de huisartspraktijk of eerstelijnspsycholoog. Wanneer in 2012 sprake was van een toe- of afname van $\geq 10\%$ ten opzichte van 2009 of 2010 spreken we bij eerstelijnspsychologen en van een (duidelijke) verschuiving. Bij de data uit het DIS beschouwen we elke verandering als een verschuiving, omdat we hier de beschikking hebben over de gegevens van alle Nederlanders.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten gepresenteerd worden op basis waarvan we een antwoord kunnen geven op de in hoofdstuk 1 gestelde deelvragen. Per paragraaf zullen één of meerdere deelvragen behandeld worden en de resultaten ervan zullen per setting (huisarts, eerstelijnspsycholoog, tweedelijns GGZ) gepresenteerd worden.

3.1 Hulpvraag vanwege psychische problemen

- *Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?*
- *Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar eerstelijnspsycholoog naar huisartspraktijk?*

3.1.1 Huisarts

Met behulp van de data die verzameld is door de deelnemende huisartsenpraktijken is voor 2010, 2011, en 2012 vastgesteld hoeveel mensen (per 1.000 ingeschreven patiënten) zich jaarlijks bij de huisarts meldden met symptomen en problemen die gecodeerd werden als “psychisch”.

Tabel 3.1 Het aantal mensen dat in 2010, 2011, of 2012 bij de huisarts kwam met psychische symptomen of problemen en het aantal contacten vanwege psychische diagnoses bij de huisarts (per 1.000 ingeschreven patiënten)

ICPC diagnoses	Aantal patiënten			Aantal contacten		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
P01: Angstig/nervus/gespannen gevoel	13,29	12,12	11,35	24,60	22,30	21,42
P03: Down/depressief gevoel	8,38	7,94	7,35	17,53	17,28	16,16
P15 & P16: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	2,87	2,51	2,61	7,29	6,32	6,34
P18 & P19: Overig middelenmisbruik	2,13	1,97	1,90	4,86	4,65	4,59
P11 & P21 t/m P24: Stoornissen kinderen	10,88	11,61	10,94	16,58	18,55	17,48
P01 t/m P29, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische klachten	43,45	47,81	42,04	89,15	99,92	83,59
P70: Seniele dementie/Alzheimer	2,18	2,30	2,32	7,09	7,54	7,44
P72: Schizofrenie	0,68	0,59	0,57	2,40	2,25	2,12
P73: Affectieve psychose	0,77	0,77	0,80	2,60	2,46	2,63
P74: Angststoornis	7,87	7,71	8,02	20,00	19,06	20,39
P76: Depressie	14,60	13,93	14,00	41,21	38,64	38,45
P78: Overspannenheid	7,30	6,75	7,28	15,40	14,16	15,56
P80: Persoonlijkheidsstoornis	1,99	1,74	1,65	5,18	4,80	4,27
P70 t/m P99, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische ziekten	7,11	6,33	7,15	15,69	14,18	15,82
Totaal (alle P-diagnoses)	96,8	100,1	95,1	261,2	265,0	248,9

Tabel 3.1 laat deze cijfers zien voor de meest voorkomende klachten en ziekten die geclassificeerd werden in het P-hoofdstuk van de ICPC. Omdat patiënten soms meerdere contacten per jaar hadden voor één psychische diagnose, laat tabel 3.1 ook het aantal contacten vanwege een psychische diagnose zien. Omdat er bij één contact soms sprake kan zijn van meerdere diagnoses, is het totale aantal diagnoses wegens psychische symptomen en problemen (P-diagnoses) niet de som van de aantallen afzonderlijke diagnoses.

Tabel 3.1 laat zien dat het totaal aantal patiënten en het aantal contacten vanwege psychische klachten en problemen binnen de huisartspraktijk in 2012 ongeveer even groot is als in 2010 (afname van 2%). De totale omvang van de hulpvraag is tussen 2010 en 2012 binnen de huisartspraktijk dus ongeveer gelijk gebleven. Dit geldt ook voor de aantallen patiënten voor de meeste afzonderlijke diagnoses. Wel was het aantal patiënten bij de huisarts in 2011 hoger dan in 2009 en 2010. Het aantal patiënten is in 2012 ten opzichte van 2011 met 5% afgenomen. Relatief gezien zijn in 2012 de aantallen patiënten het sterkst gedaald met de symptomen angstig/nervus/gespannen gevoel (15%) en de diagnoses, schizofrenie (16%), en persoonlijkheidsstoornis (17%). Zie tabellen A1 t/m A3 in de bijlage voor een overzicht van het aantal contacten vanwege een psychische diagnose bij de huisarts in 2010, 2011, en 2012, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten.

3.1.2 Eerstelijnspsycholoog

Met data van NIVEL Zorgregistraties en op basis van het totale aantal declaraties bij Vektis is voor 2009, 2010, 2011, en 2012 vastgesteld hoeveel mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I (per 1.000 Nederlanders) jaarlijks onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog. Tabel 3.2 geeft deze cijfers weer voor de meest voorkomende stoornissen op as-I.

Tabel 3.2 Het aantal mensen met de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren (per 1.000 Nederlanders)

DSM-IV as-I stoornis	2009	2010	2011	2012
Aanpassingsstoornis	3,63	4,24	3,32	0,92
Angststoornis	2,40	2,72	3,44	4,21
Stemmingsstoornis	3,05	3,58	4,61	5,70
Stoornissen kinderen	3,16	3,93	4,20	4,80
Overige stoornissen op as-I ^j	3,66	4,07	4,70	4,89
Totaal (stoornis op as-I)	12,73	14,62	16,08	15,72

Tabel 3.2 laat zien dat het totaal aantal patiënten met een stoornis op as-I die onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog in 2012 is toegenomen ten opzichte van 2009. In 2012 waren er 23% meer patiënten met een as-I stoornis bij een ELP onder behandeling dan drie jaar eerder. Wel lijkt de groei vooral plaats te vinden in de jaren

^j Overige stoornissen: Aan een middel gebonden stoornis; delirium, dementie en amnestische en andere cogn. stoornis; somatoforme stoornis; eetstoornis; seksuele stoornis; specifieke stoornissen gediagnosticeerd voor het eerst; psychische stoornissen door somatische aandoeningen; dissociatieve stoornissen; slaapstoornissen; stoornissen in de impulsbeheersing NAO; andere aandoeningen en problemen, reden voor zorg.

tussen 2009 en 2011; in 2012 is het aantal patiënten bij de eerstelijnspsychologen iets lager dan in 2011. Van de meest voorkomende stoornissen op as-I zijn het aantal patiënten met een stemmingsstoornis of een angststoornis ieder jaar licht gestegen ten opzichte van het jaar ervoor. In 2012 zijn er 87% meer patiënten met een stemmingsstoornis en 75% meer patiënten met een angststoornis dan in 2009. Ook is het aantal stoornissen bij kinderen en patiënten met overige stoornissen op as-I gestegen (met respectievelijk 52% en 34%). Tegelijkertijd is het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis die onder behandeling waren bij een ELP in 2012 gedaald tot nog maar ongeveer een kwart van het aantal patiënten in 2009; vooral na 2011 is het aantal patiënten met een diagnose aanpassingsstoornis afgenomen. Tabel 3.2 laat zien dat de omvang van de hulpvraag bij eerstelijnspsychologen is toegenomen in de periode 2009-2012, behalve voor patiënten met een aanpassingsstoornis. Zie tabellen A4 t/m A7 in de bijlage voor een totaal overzicht van het aantal patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een ELP onder behandeling waren, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

3.1.3 Tweedelijns GGZ

Met behulp van het DBC-Informatie Systeem (DIS) is voor 2009, 2010, 2011 en 2012 vastgesteld hoeveel DBC's er zijn afgesloten bij de tweedelijns GGZ (tweedelijns GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten) voor de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen. Omdat het kan voorkomen dat er in één jaar meerdere DBC's per persoon zijn afgesloten, is het aantal DBC's ook omgerekend naar het aantal behandelde patiënten met een as-I stoornis. Tabel 3.3 laat deze cijfers voor beide gevallen zien per 1.000 Nederlanders.

Tabel 3.3: Het aantal mensen met de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen die in 2009 - 2012 bij een GGZ-instelling of GGZ vrijgevestigde onder behandeling waren, en het aantal afgesloten DBC's voor de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden (per 1.000 ed.)

	Aantal patiënten							
	GGZ-instellingen				GGZ vrijgevestigden			
DSM-IV as-I stoornis	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	3,45	3,96	4,11	4,24	0,32	0,43	0,43	0,41
Aanpassingsstoornis	4,24	4,32	3,96	1,12	0,69	0,77	0,73	0,23
Angststoornis	4,27	4,44	4,43	4,55	0,80	0,88	0,97	1,01
Depressieve stoornis	6,41	6,36	6,23	6,41	1,30	1,36	1,39	1,40
Overige stoornissen in de kindertijd	0,84	0,92	0,91	0,90	0,09	0,15	0,21	0,31
Persoonlijkheidsstoornis ^k	3,04	3,15	3,17	3,27	0,53	0,61	0,62	0,59
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2,46	2,71	2,84	2,82	0,10	0,15	0,17	0,18
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,32	3,27	3,25	3,29	0,02	0,02	0,02	0,02
Overige stoornissen op as-I	13,56	13,82	13,30	11,94	1,30	1,48	1,54	1,37
Totaal (stoornis op as-I)	40,80	42,09	41,44	37,99	5,19	5,89	6,11	5,54

^k Voor de afgesloten DBC's binnen de tweedelijns GGZ is de diagnose persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose gecodeerd op as-I (bij de eerstelijnspsychologen is de diagnose persoonlijkheidsstoornis alleen gecodeerd op as-II).

-Vervolg tabel 3.3-

DSM-IV as-I stoornis	Aantal afgesloten DBC's							
	GGZ-instellingen				GGZ vrijgevestigden			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	3,89	4,52	4,68	4,70	0,35	0,46	0,48	0,43
Aanpassingsstoornis	4,71	4,83	4,59	1,18	0,75	0,83	0,79	0,24
Angststoornis	4,81	5,06	5,07	4,97	0,88	0,96	1,06	1,05
Depressieve stoornis	7,18	7,17	7,09	6,96	1,43	1,49	1,52	1,46
Overige stoornissen in de kindertijd	0,95	1,05	1,04	1,01	0,09	0,17	0,23	0,34
Persoonlijkheidsstoornis	3,39	3,54	3,61	3,58	0,58	0,67	0,69	0,62
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2,76	3,07	3,21	3,13	0,11	0,16	0,18	0,19
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,60	3,54	3,54	3,52	0,06	0,07	0,05	0,05
Overige stoornissen op as-I ¹	15,10	15,46	14,91	13,02	1,41	1,60	1,67	1,43
Totaal (stoornis op as-I)	46,40	48,23	47,75	42,09	5,67	6,41	6,66	5,81

Tabel 3.3 laat zien dat er in alle vier de jaren bijna acht keer meer patiënten met een as-I-stoornis onder behandeling waren bij GGZ-instellingen dan bij GGZ vrijgevestigden. Bij GGZ-instellingen is er sprake van een lichte afname van 7% van patiënten tussen 2009 en 2012. Bij GGZ-vrijgevestigden is juist sprake van toename van 7%. Omdat er bij de GGZ-instellingen veel meer patiënten onder behandeling zijn, neemt het aantal patiënten in de gehele tweedelijns GGZ wel af (met 5%). In 2012 waren er daarmee ongeveer 2,5 personen per 1000 Nederlanders minder onder behandeling in de tweedelijns GGZ dan in 2009. Een duidelijke afname is te zien in het aantal patiënten waarbij een aanpassingsstoornis is vastgesteld. Zowel bij GGZ-instellingen als bij vrijgevestigden is het aantal patiënten met deze diagnose in 2012 gedaald tot bijna een kwart van het aantal patiënten in 2009. Verder is bij GGZ-instellingen het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis toegenomen met 23%, en is het aantal patiënten met een overige stoornis op as-I afgenomen met 12%. Bij GGZ vrijgevestigden zijn toenames van het aantal patiënten met overige stoornissen in de kindertijd (ruim verdrievoudigd), pervasieve ontwikkelingsstoornis (bijna verdubbeld), aandachtstekortstoornis (28%), angststoornis (26%), en persoonlijkheidsstoornis (11%). Zie tabellen A8 t/m A15 in de bijlage voor een overzicht van het aantal afgesloten DBC's per DSM-IV as-I stoornis bij GGZ-instellingen en GGZ-vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011, of 2012 uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten.

¹ Overige stoornissen: Aan alcohol gebonden stoornis; bipolair en overig; kinder- & jeugdstoornissen ouder/kind relatiestoornissen; kinder- & jeugdstoornissen primaire diagnosen; delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen; dissociatieve stoornissen; eetstoornissen; misbruik of verwaarlozing; nagebootste stoornissen; overige aan een middel gebonden stoornissen; overige andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn; psychische stoornissen door een somatische aandoening; seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen; slaapstoornissen; somatoforme stoornis; stoornissen in de impulsbeheersing.

3.1.4 *Samenvattend*

De beschreven resultaten in 3.1.1 t/m 3.1.3 zijn samengevat in tabel 3.4. Deze tabel laat het aantal patiënten zien dat zich in 2009, 2010, 2011, of 2012 met psychische problemen presenteerde bij de huisarts, bij een eerstelijnspsycholoog of bij de tweedelijns GGZ. Tabel 3.4 toont ook het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis (alleen voor eerstelijnspsychologen en tweedelijns GGZ), een angststoornis of depressieve stoornis die binnen de verschillende settings onder behandeling waren.

Tabel 3.4 Het aantal mensen dat zich op jaarbasis met respectievelijk psychische problemen, een aanpassingsstoornis, angststoornis of een depressieve stoornis presenteerde bij de huisarts, een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog of de tweedelijns GGZ: instellingen en vrijgevestigden (per 1.000 Nederlanders)

	Psychisch probleem resp. as-I stoornis			
	2009	2010	2011	2012
Huisarts	-	96,75	100,10	95,10
Eerstelijnspsycholoog	12,73	14,62	16,08	15,72
GGZ-instelling	40,80	42,09	41,44	37,99
GGZ vrijgevestigde	5,19	5,89	6,11	5,54
	Aanpassingsstoornis			
	2009	2010	2011	2012
Huisarts	-	-	-	-
Eerstelijnspsycholoog	3,63	4,24	3,32	0,92
GGZ-instelling	4,24	4,32	3,96	1,12
GGZ vrijgevestigde	0,69	0,77	0,73	0,23
	Angststoornis			
	2009	2010	2011	2012
Huisarts	-	7,87	7,71	8,02
Eerstelijnspsycholoog	2,40	2,72	3,44	4,21
GGZ-instelling	4,27	4,44	4,43	4,55
GGZ vrijgevestigde	0,80	0,88	0,97	1,01
	Depressieve stoornis			
	2009	2010	2011	2012
Huisarts	-	14,60	13,93	14,00
Eerstelijnspsycholoog	3,05	3,58	4,61	5,70
GGZ-instelling	6,41	6,36	6,23	6,41
GGZ vrijgevestigde	1,30	1,36	1,39	1,40

Tabel 3.4 laat zien dat er in 2012 23% meer patiënten met psychische problemen onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog dan in 2009. Dit is een toename van ongeveer 3 personen per 1000 Nederlanders. Bij de GGZ-instellingen was juist sprake van een afname van ongeveer 3 personen per 1.000 Nederlander (7%). Bij GGZ-vrijgevestigden was sprake van een lichte toename van patiënten, vooral bij bepaalde diagnoses, van in totaal ongeveer een derde persoon per 1000 Nederlanders (7%). Het totaal aantal patiënten binnen de tweedelijns GGZ neemt daarmee iets af. Het aantal patiënten met psychische problemen bij de huisarts is ongeveer gelijk gebleven tussen

2010 en 2012. Omdat de psychische hulpvraag bij de eerstelijnspsycholoog is toegenomen in de periode 2009-2012, en er sprake was van een afname van deze hulpvraag bij de tweedelijns GGZ, kunnen we zeggen dat er in deze jaren sprake was van een verschuiving van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ. Het niet meer vergoeden van behandeling van patiënten met een aanpassingsstoornis lijkt te hebben geleid tot een grote afname van het aantal patiënten met deze diagnose, bij zowel eerstelijnspsychologen als binnen de tweedelijns GGZ. Tegelijkertijd is het aantal patiënten met bepaalde andere diagnoses, bijvoorbeeld angst- of stemmingsstoornis (ELP) of aandachtstekortstoornis (tweedelijns GGZ) toegenomen.

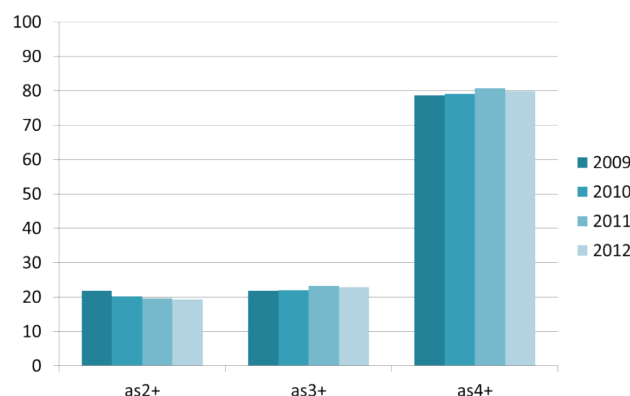
3.2 Co-morbiditeit

- Is er sprake van een verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III of as-IV problematiek?

3.2.1 Eerstelijnspsycholoog

Zowel door de eerstelijnspsychologen als binnen de tweedelijns GGZ werd voor elke patiënt genoteerd of er, naast de diagnose op as-I, mogelijk bijkomende diagnoses op as-II (achterliggende persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale en uitlokkende factoren) waren. Grafiek 3.1 laat het percentage patiënten zien met een stoornis op as-I die eveneens een stoornis hadden op as-II, of problematiek op as-III of as-IV, en die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een ELP onder behandeling waren.

Grafiek 3.1 % patiënten met een stoornis op as-I die ook een diagnose hebben op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren



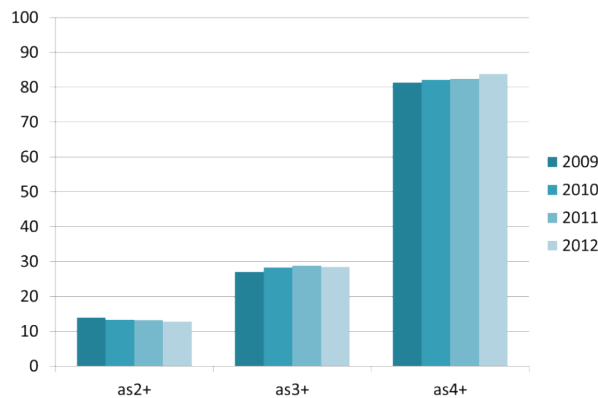
Grafiek 3.1 laat zien dat een groot deel ($\pm 80\%$) van de patiënten met een as-I stoornis daarnaast ook problematiek hadden op as-IV (psychosociale en problemen gebonden aan sociale omgeving, opvoedingsproblemen, werkproblemen, woonproblemen, etc.). Dit percentage verandert weinig over de periode 2009-2012. Het aantal patiënten dat naast een as-I stoornis gediagnosticeerd werd met een persoonlijkheidsstoornis (as-II) of bijkomende somatische ziekten (as-III) is vrijwel gelijk, namelijk $\pm 20\%$. Ook deze

percentages veranderen weinig over de drie jaar. De grafieken A1 t/m A3 in de bijlage laten het percentage patiënten zien met de meest voorkomende as-I stoornissen (respectievelijk aanpassingsstoornis, angststoornis en stemmingsstoornis) die eveneens een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een ELP onder behandeling waren. Het percentage patiënten met een angststoornis die daarnaast ook psychosociale of omgevingsproblemen (as-IV) hadden (grafiek A2) ligt lager dan wanneer alle as-I stoornissen worden meegenomen (grafiek 3.1), namelijk nog geen 70%. Patiënten met een stemmingsstoornis hebben vaker eveneens een persoonlijkheidsstoornis (as-II) vergeleken met de andere twee stoornissen, namelijk bijna 30% (grafiek A3). Ook deze grafieken tonen weinig verschuiving gedurende de vier jaren.

3.2.2 *Tweedelijns GGZ*

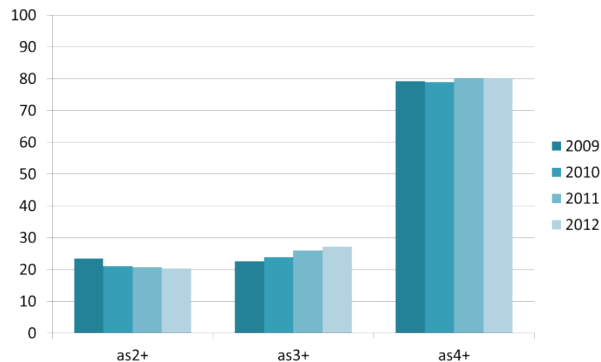
Grafieken 3.2 en 3.3 laten het percentage afgesloten DBC's zien waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV, voor respectievelijk GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011, en 2012.

Grafiek 3.2 % afgesloten DBC's bij GGZ-instellingen waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011, en 2012^m



^m Voor de afgesloten DBC's binnen de tweedelijns GGZ is de diagnose persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose gecodeerd op as-I, waardoor het percentage patiënten met eveneens een diagnose op as-II (persoonlijkheidsstoornis) een onderschatting is.

Grafiek 3.3 % afgesloten DBC's bij GGZ vrijgevestigden waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011, en 2012



De grafieken 3.2 en 3.3 laten zien dat bij $\pm 80\%$ van de afgesloten DBC's voor een as-I stoornis bij de tweedelijns GGZ, eveneens sprake was van psychosociale of omgevingsproblemen (as-IV). Dit komt overeen met de resultaten bij eerstelijnspsychologen (grafiek 3.1). Daarnaast is te zien dat het aantal afgesloten DBC's met bijkomende somatische ziekten (as-III) vrijwel gelijk is voor GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden, en ook hetzelfde patroon vertoont over de vier jaar. Dit aantal is iets hoger dan de $\pm 20\%$ van de patiënten bij eerstelijnspsychologen die eveneens een diagnose hadden op as-III.

De grafieken A4 t/m A10 in de bijlage laten het percentage afgesloten DBC's zien voor de meest voorkomende as-I stoornissen (respectievelijk aandachtstekortstoornis, aanpassingsstoornis, angststoornis, depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen), waarbij ook sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV, voor GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011 en 2012. Voor de as-I diagnoses aandachtstekortstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornis is het percentage afgesloten DBC's waarbij eveneens sprake was van een persoonlijkheidsstoornis (as-II) of bijkomende somatische ziekten (as-III) lager dan wanneer alle as-I stoornissen worden meegenomen (grafiek 3.2 en 3.3). Deze stoornissen lijken veelal voor te komen zonder bijkomende persoonlijkheidsstoornissen of somatische ziekten.

3.2.3 *Samenvattend*

Er is over de jaren heen (2009-2012) geen sprake van een verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III of as-IV problematiek. Zowel bij de eerstelijnspsychologen als bij de tweedelijns GGZ is onder patiënten met een as-I stoornis het percentage patiënten met bijkomende problematiek relatief constant.

3.3 Functies

- Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?

3.3.1 Huisarts

Voor de huisartspraktijken is vastgesteld hoeveel patiënten zich in 2010, 2011 of 2012 met psychische problemen presenteerden en waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven of heeft doorverwezen naar de eerste- of tweedelijns GGZ. Op basis van de data is ook in kaart gebracht bij hoeveel patiënten (telefonisch) consult of visite plaatsvond bij een POH-GGZ. Tabel 3.5 toont de cijfers van deze functies per 1.000 ingeschreven patiënten.

Tabel 3.5 Het aantal mensen dat zich in 2010, 2011, of 2012 met psychische problemen presenteerde bij de huisarts en waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven of heeft doorverwezen naar de eerste- of tweedelijns GGZ (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Functie	2010	2011	2012
Consult of visite bij POH-GGZ			
Patiënten	2,92	4,15	4,99
Contacten	8,97	12,18	14,89
Psychofarmaca	59,96	64,74	65,03
Verwijzing naar eerstelijns GGZ	7,57	9,93	7,54
Verwijzing naar tweedelijns GGZ	7,96	6,60	6,28

Tabel 3.5 laat zien dat het aantal patiënten met minimaal één consult of visite bij de POH-GGZ tussen 2010 en 2012 met 71% is toegenomen. Het totale aantal contacten bij de POH-GGZ stijgt in deze periode met 66%. De huisarts zet de POH-GGZ in 2010 bij ongeveer 3% van de patiënten met psychische klachten in (zie tabel 3.4 voor het totaal aantal patiënten met psychische klachten bij de huisarts), en in 2012 bij 5%. Tabel 3.5 laat verder zien dat het aantal patiënten waarbij psychofarmaca werd voorgeschreven bij de huisartspraktijk tussen 2010 en 2012 stijgt met 8%. Het aantal verwijzingen door de huisarts naar de eerstelijns GGZ verschilt nauwelijks tussen 2010 en 2012. Wel lijkt er in 2011 sprake te zijn geweest van een (tijdelijke) toename van het aantal verwijzingen naar de eerstelijns GGZ (31% ten opzichte van 2009). Het aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ door de huisarts is tussen 2010 en 2012 gedaald met 21%. Zie tabellen A16 t/m A18 in de bijlage voor een specificatie van de psychofarmaca en een specificatie van de eerste- en tweedelijns GGZ doorverwijzingen.

3.3.2 Eerstelijnspsycholoog

Zie tabel 3.6 voor een overzicht van de hulpverleners via wie de patiënt bij de ELP terecht is gekomen in 2009, 2010, 2011 en 2012. De meeste patiënten komen via een verwijzing van de huisarts (66% in 2012), maar bijna een derde van de patiënten (31% in 2012) meldt zich op eigen initiatief aan. In 2012 komen er meer patiënten bij de eerstelijnspsycholoog via de tweedelijns GGZ (toename van 43%), op eigen initiatief

(toename van 25%), of via de huisarts (toename van 15%). Het aantal patiënten dat via een collega/eerstelijnspsycholoog komt stijgt iets minder sterk (5%).

Tabel 3.6 Het aantal patiënten dat via een bepaalde hulpverlener bij de eerstelijnspsycholoog terecht zijn gekomen in 2009, 2010, 2011, of 2012 (per 1.000 Nederlanders)

Hulpverlener	2009	2010	2011	2012
Eigen initiatief	4,42	5,27	5,66	5,54
Huisarts	10,17	11,29	12,20	11,72
Collega/ELP	0,21	0,22	0,23	0,22
Tweedelijns GGZ	0,14	0,16	0,24	0,20

Met betrekking tot de behandel functies is er vastgesteld of er bij een patiënt sprake was van behandeling, crisisinterventie of psychofarmaca. Over de functie diagnostiek bij de ELP kunnen we helaas niets zeggen, omdat het uit onze gegevens niet duidelijk werd wanneer er diagnostiek was toegepast. Naast behandel functies is er gekeken naar het aantal verwijzingen naar eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, collega ELP) of tweedelijns GGZ (tweede- of derdelijns GGZ). Tabel 3.7 geeft het aantal mensen weer (per 1.000 Nederlanders), waarbij sprake was van één van deze behandel functies of verwijzingen.

Tabel 3.7 Het aantal mensen dat in 2009, 2010, 2011, of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, waarbij sprake was van behandeling, crisisinterventie, gebruik van psychofarmaca of doorverwijzing (per 1.000 Nederlanders)

Functie	2009	2010	2011	2012
Behandeling	12,30	14,06	15,36	14,63
Crisisinterventie	1,30	1,49	1,50	1,58
Psychofarmaca	3,03	3,29	3,58	3,30
Verwijzing naar eerstelijns GGZ	0,48	0,62	0,48	0,49
Verwijzing naar tweedelijns GGZ	1,32	1,55	1,70	1,71

Met betrekking tot de behandel functies zien we dat het aantal patiënten dat onder behandeling was bij een ELP en waarbij behandeling, crisisinterventie of psychofarmaca is toegepast, in 2012 is toegenomen ten opzichte van 2009. Er waren in 2012 19% meer patiënten die behandeling kregen, 22% meer patiënten die een crisisinterventie ondergingen en 9% meer patiënten die psychofarmaca gebruikten. Deze toenames in behandel functies in 2012 worden grotendeels verklaard doordat de functies meer werden toegepast bij de diagnoses stemmingsstoornis of angststoornis (zie tabel A19 t/m A21 in de bijlage). Het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis waarbij behandeling, crisisinterventie, of psychofarmaca werd toegepast nam juist af (zie tabel A19 t/m A21 in de bijlage). Het aantal verwijzingen door een eerstelijnspsycholoog naar de eerstelijns GGZ is tussen 2009 en 2012 ongeveer gelijk gebleven. Voor de verwijzingen naar de tweedelijns GGZ is in 2012 een toename te zien van 30% ten opzichte van 2009. Alleen voor patiënten met een aanpassingsstoornis is een afname te zien in het aantal verwijzingen (zie tabel A22 in de bijlage).

3.3.3 Tweedelijns GGZ

Voor de tweedelijns GGZ is vastgelegd wat de tijdsbesteding in minuten naar type behandel functie was, waarbij de volgende behandel functies zijn onderscheiden: diagnostiek, steunend en structurerend, psychotherapie, farmacotherapie en crisis opvang. Deze tijdsbesteding in minuten is vervolgens omgerekend naar het aantal fte. Tabel 3.8 geeft de fte's weer voor de behandel functies in GGZ-instellingen in 2009, 2010, 2011 en 2012.

Tabel 3.8 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies in de GGZ-instellingen in 2009, 2010, 2011, en 2012

Functie	2009	2010	2011	2012
Diagnostiek	2.502	2.604	2.935	2.287
Steunend en structurerend	3.934	4.158	3.900	3.644
Psychotherapie	1.149	1.384	1.385	1.224
Farmacotherapie	466	585	647	669
Crisisopvang	440	466	470	483

Tabel 3.8 laat zien welke verschuivingen er zijn in tijdbesteding aan verschillende behandel functies binnen de GGZ-instellingen tussen 2009 en 2012. Het aantal fte's voor diagnostiek en steunende en structurerende activiteiten neemt af, terwijl psychotherapie en crisisopvang juist toenemen. Een opvallende stijging van 43% is terug te vinden in het aantal fte dat men heeft besteed aan farmacotherapie. Wanneer er wordt gekeken naar de toepassing van deze behandel functies per as-I stoornis (zie tabel A23 in de bijlage), blijkt dat voor de functie farmacotherapie de toename vooral wordt veroorzaakt door dat deze vaker wordt toegepast bij de diagnoses overige stoornissen in de kindertijd, overige stoornissen op as-I, angststoornis, aandachtstekortstoornis, en pervasieve ontwikkelingsstoornis. De functie diagnostiek lijkt vaker toegepast te worden tussen 2009 en 2011, maar daalt weer in 2012. Hetzelfde geldt voor de functie psychotherapie. Verder is onder alle functies een afname te zien in het aantal fte's dat is gedeclareerd voor de diagnose aanpassingsstoornis (tabel A23).

Tabel 3.9 toont het aantal gedeclareerde fte voor de behandel functies bij GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011 en 2012.

Tabel 3.9 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies bij GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011, en 2012

Functie	2009	2010	2011	2012
Diagnostiek	148	206	229	237
Steunend en structurerend	39	51	81	96
Psychotherapie	536	650	684	679
Farmacotherapie	29	33	35	36
Crisisopvang	2,44	2,25	2,10	2,11

Uit tabel 3.9 blijkt dat er bij de vrijgevestigden voor alle behandel functies veranderingen zijn geweest tussen 2009 en 2012. In 2012 declareerden vrijgevestigden meer tijd voor diagnostiek (60%), steunende en structurerende activiteiten (146%), psychotherapie (27%) en farmacotherapie (24%). Minder tijd besteedde men juist aan crisisopvang (14%). Zie tabel A24 voor een uitsplitsing van het aantal gedeclareerde fte per

behandelfunctie naar as-I stoornis. Ondanks de algemene toename in fte's voor de meeste behandelfuncties is de tijd die men bij de diagnose aanpassingsstoornis bij elke functie afgenomen. In het kader van diagnostiek declareerde men vooral meer fte's bij de diagnoses overige stoornissen in de kindertijd (meer dan verviervoudigd), pervasieve ontwikkelingsstoornis (verdubbeld), en overige stoornissen op as-I (toename van 75%). Wat psychofarmaca betreft steeg het aantal uren in het bijzonder onder de diagnoses pervasieve ontwikkelingsstoornis (bijna verdrievoudigd), overige stoornissen in de kindertijd (91%), en aandachtstekortstoornis (50%). De toename in steunende en structurerende activiteiten kwam vooral doordat er meer (steeds minstens drie keer zoveel dan in 2009) patiënten waren met overige stoornissen in de kindertijd, een pervasieve ontwikkelingsstoornis, of een aandachtstekortstoornis. Binnen de functie psychotherapie nam vooral het aantal uren toe bij overige stoornissen in de kindertijd (67%), angststoornis (62%), en aandachtstekortstoornis (46%). Tenslotte werd de afname in crisisopvang grotendeels verklaard door een afname in crisisopvang voor patiënten met schizofrenie of overige psychotische stoornissen.

3.3.4 Samenvattend

Het aantal consulten of visites bij de POH-GGZ neemt toe tussen 2010 en 2011. De huisarts zet de POH-GGZ in 2012 bij ongeveer 5% van de patiënten met psychische klachten in. Waar huisartsen in 2012 21% minder patiënten hebben doorverwezen naar de tweedelijns GGZ dan in 2010 (ongeveer 1,7 personen *minder* per 1.000 ingeschreven patiënten), zien we bij eerstelijnspsychologen tussen 2009 en 2012 juist een stijging van het aantal patiënten dat is doorverwezen naar de tweedelijns GGZ (30%; ongeveer 0,4 personen *meer* per 1.000 ingeschreven patiënten). Het gaat bij de eerstelijnspsycholoog dus in absolute aantallen om (veel) minder patiënten dan bij de huisartspraktijk. Het totale aantal verwijzingen vanuit de eerstelijns GGZ naar de tweedelijns GGZ neemt hiermee af. Het aantal verwijzingen naar de eerstelijns GGZ door de huisarts of ELP steeg niet in 2012 ten opzichte van 2009, al er leek wel sprake van een (tijdelijke) piek in het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ door de huisarts in 2011. Bij de eerstelijnspsychologen nam het aantal patiënten onder behandeling en het aantal patiënten dat een crisisinterventie kreeg toe. Binnen de tweedelijns GGZ is er bij zowel GGZ-instellingen als vrijgevestigden in 2012 meer tijd gedeclareerd voor farmacotherapie ten opzichte van 2009. Deze stijging wordt binnen GGZ-instellingen vooral verklaard door een stijging bij de diagnoses: overige stoornissen in de kindertijd, overige stoornissen op as-I, angststoornis, aandachtstekortstoornis, en pervasieve ontwikkelingsstoornis. Bij vrijgevestigden wordt de toename in farmacotherapie, diagnostiek, steunende en structurerende activiteiten, en psychotherapie grotendeels verklaard door dezelfde diagnoses.

3.4 Verhouding klinisch ambuland

- Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de tweedelijns GGZ?

Tabel 3.10 toont het aantal klinische DBC's voor verblijf bij een GGZ-instelling per 1.000 Nederlanders. Vervolgens kunnen we op basis van deze cijfers conclusies trekken over de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de tweedelijns GGZ.

Tabel 3.10 Het aantal opnames binnen de tweedelijns GGZ per stoornis op as-I (aantal klinische DBC's per 1.000 Nederlanders)

DSM-IV as-I stoornis	Verblijf			
	2009	2010	2011	2012
Aandachtstekortstoornis	0,08	0,08	0,07	0,07
Aanpassingsstoornis	0,20	0,22	0,21	0,05
Angststoornis	0,20	0,22	0,22	0,21
Depressieve stoornis	0,60	0,63	0,62	0,59
Overige stoornissen in de kindertijd	0,02	0,02	0,02	0,02
Persoonlijkheidsstoornis	0,33	0,34	0,34	0,32
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,11	0,11	0,12	0,12
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,80	0,80	0,78	0,75
Overige stoornissen op as-I	1,55	1,61	1,59	1,45
Totaal	3,89	4,04	3,98	3,57

Tabel 3.10 laat zien dat er een verschuiving is in de periode 2009-2012 in het totale aantal opnames bij GGZ-instellingen voor een as-I-stoornis. Er is een lichte afname in het totale aantal opnames (8%). Er was ook een afname te zien in het totale aantal patiënten met een as-I stoornis die in de periode 2009-2012 onder behandeling waren bij GGZ-instellingen (zie tabel 3.4). Daarmee is de verhouding tussen de klinische en ambulante sector over het algemeen niet veranderd. Wanneer we de cijfers per stoornis vergelijken voor de vier jaar, is er alleen bij de aanpassingsstoornis een opvallende afname te zien. Het aantal opnames vanwege deze diagnose is in 2012 nog maar een kwart van het aantal opnames in 2009. Een vergelijkbare afname zagen we echter in het aantal behandelingen bij GGZ-instellingen (tabel 3.4). De verhouding tussen klinische en ambulante sector blijft hiermee voor de diagnose aanpassingsstoornis ook ongeveer gelijk.

3.5 Inzet van psychologische beroepen

- Is er een verschuiving in de tijd van de inzet van diverse psychologische beroepen?

3.5.1 Huisarts

De huisarts vormt zelf uiteraard geen onderscheiden psychologisch beroep. Wel kan er binnen huisartspraktijken psychologische zorg worden verleend door een praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ). Uit een recente NIVEL enquête onder huisartspraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties (nog niet gepubliceerd)

blijkt dat de beroepsachtergrond van de meeste POH's-GGZ (ongeveer 60%) sociaal psychiatrisch verpleegkundigeⁿ is. Ongeveer een vijfde van hen is psycholoog, 12% algemeen maatschappelijk werker, en een kleine groep is algemeen verpleegkundige (3%), of heeft een andere achtergrond (6%). Uit dezelfde enquête blijkt dat er in 2014 bij 85% van de huisartspraktijken één of meerdere POH's-GGZ werkzaam zijn, en dat 24% van de praktijken daarnaast bezig is met het werven van een (extra) POH-GGZ. Uit de vorige monitor bleek dat in 2009 nog maar 1% van de huisartsen een POH-GGZ in de praktijk had, in 2010 21%, in 2011 34%, en in 2012 43% (Van Dijk et al., 2013). Praktijkondersteuners GGZ worden dus in toenemende mate ingezet in de huisartspraktijk en een deel van hen is psycholoog.

3.5.2 Eerstelijnspsycholoog

Eerstelijnspsychologen bestaan vooral uit GZ-psychologen, omdat zij de BIG-registratie hebben die een voorwaarde is voor het werken als eerstelijnspsycholoog. In paragraaf 3.1.2 zagen we dat de totale omvang van de zorg die door eerstelijnspsychologen wordt verleend is toegenomen tussen 2009 en 2012. Hiermee is de inzet van GZ-psychologen waarschijnlijk gestegen. We hebben geen verdere gegevens over de beroepsachtergrond van eerstelijnspsychologen. We kunnen op basis van het aantal patiënten dat jaarlijks de eerstelijnspsycholoog bezocht (Vektis gegevens, zie ook paragraaf 2.2.2) en het gemiddeld aantal zittingen per cliënt (zoals in de NIVEL Zorgregistraties geregistreerd) een schatting geven van het aantal uren dat eerstelijnspsychologen jaarlijks ingezet werden, en daarmee het aantal fte's (tabel 3.11)^o. Tabel 3.11 laat zien dat de inzet in fte's van eerstelijnspsychologen, en daarmee waarschijnlijk vooral van GZ-psychologen, in deze setting tussen 2009 en 2012 is toegenomen met 8,9%. Wel lijkt de inzet van eerstelijnspsychologen in fte's in 2012 gedaald ten opzichte van 2011 en 2010; dit is deels toe te schrijven aan een afname van het gemiddeld aantal sessies per cliënt, maar het aantal cliënten nam in 2012 t.o.v. 2011 ook af met 4%.

Tabel 3.11 Inzet eerstelijnspsychologen in 2009, 2010, 2011, en 2012

	Inzet eerstelijnspsychologen			
	2009	2010	2011	2012
Patiënten waarvoor zorg bij een eerstelijnspsycholoog is gedeclareerd	263.318	300.865	327.052	314.360
Gemiddeld aantal zittingen per patiënt (SD)	7,03 (6,24)	7,03 (4,72)	7,13 (4,96)	6,60 (4,80)
Totaal aantal uren	1.851.126	2.115.081	2.331.881	2.074.776
Uren per fte	1685	1685	1685	1685
Totaal aantal fte's	1.099	1.255	1384	1231

ⁿ Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen hebben in Nederland geen beschermde titel, waardoor het een functienaam is die werknemers met een verschillende achtergrond of opleiding kan betreffen. Waarschijnlijk gaat het in de meeste gevallen echter om een op Hbo-niveau geschoolde verpleegkundige, met een specialisatie in de GGZ.

^o Deze schatting is gebaseerd op de aannames dat elke zitting een eerstelijnspsycholoog ongeveer een uur aan werktijd kost (inclusief niet direct verleende zorg, zoals administratie en scholing), en dat een fte bestaat uit 1685 gewerkte uren per jaar. Het aantal uren binnen een fte is gebaseerd op een werkweek van 36 uur (dus een gemiddelde werkdag van 7,2 uur) en 260 werkbare dagen in een jaar. Dit levert een totaal aantal van 1872 uur op, waarvan het wettelijk vakantietermijn van viermaal het aantal uren dat men per week werkt en gemiddeld zes feestdagen per jaar nog worden afgetrokken.

3.5.3 Tweedelijns GGZ

Voor de tweedelijns GGZ is vastgesteld wat de tijdsbesteding in fte was, waarbij de volgende beroepsgroepen werden onderscheiden: agogische beroepen (bijvoorbeeld maatschappelijk werkers), medische beroepen (waaronder artsen – al dan niet in opleiding - en psychiaters), somatische beroepen (bijvoorbeeld fysiotherapeuten en diëtisten), psychologische beroepen (uitgesplitst naar GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, en overige psychologische beroepen, waaronder waarschijnlijk veel psychologen met alleen een masteropleiding), psychotherapeuten, verpleegkundige beroepen (waaronder verpleegkundig specialist GGZ), en vak-therapeutische beroepen. Zo kan worden vastgesteld wat de ontwikkelingen zijn in de fte's die voor deze beroepen worden gedeclareerd. Tabel 3.12 geeft de fte's weer voor naar beroepsgroep voor GGZ-instellingen in 2009, 2010, 2011 en 2012.

Tabel 3.12 Het aantal gedeclareerde fte per beroepsgroep bij GGZ-instellingen in 2009, 2010, 2011, en 2012

	Gedeclareerde fte's			
	2009	2010	2011	2012
Agogische beroepen	898	967	1354	1081
Medische beroepen	1441	1632	1594	1638
Somatische beroepen (wet BIG)	62	104	55	67
Psychologische beroepen				
GZ-psycholoog	1019	1227	932	914
Klinisch psycholoog	168	186	215	200
Klinisch neuropsycholoog	0,00	0,00	0,00	0,32
Overige psychologische beroepen	1250	1339	1489	1285
Psychotherapeuten	954	647	640	479
Verpleegkundige beroepen				
Verpleegkundig Specialist GGZ	1742	1962	1689	1445
Overig	741	900	904	1014
Vak-therapeutische beroepen	215	233	463	182
Totaal	8491	9197	9337	8306

Tabel 3.12 laat zien dat binnen de GGZ-instellingen vooral voor psychologische beroepen verpleegkundige beroepen, medische beroepen, en agogische beroepen veel uren worden gedeclareerd. Binnen de psychologische beroepen worden voor GZ-psychologen en overige psychologische beroepen de meeste uren gedeclareerd. Het aantal uren onder tweedelijns verpleegkundige beroepen stijgt het meest tussen 2009 en 2012 (37%). Ook worden er voor agogische beroepen (20%) en klinisch psychologen (19%) meer uren gedeclareerd. Het aantal fte's onder medische beroepen is met 14% toegenomen. Het aantal fte's daalt tussen 2009 en 2012 voor GZ-psychologen (-10%), vak-therapeutische beroepen (-15%), overige verpleegkundigen (-17%). De inzet van psychotherapeuten is gehalveerd tussen 2009 en 2012.

De tijdsbesteding in fte per beroepsgroep kan verder worden uitgesplitst naar (behandel)functie (zie tabel A25 in de bijlage). Tabel A26 laat zien dat het aantal uren dat men aan diagnostiek besteed bij GZ-psychologen tussen 2009 en 2012 met 18% is

toegenomen. Zowel GZ-psychologen als klinisch psychologen zijn in deze periode veel minder tijd gaan besteden aan ondersteunende en structurerende activiteiten (respectievelijk 81% en 47% minder uren). Psychotherapie is vaker toegepast door GZ-psychologen, klinisch psychologen, en overige psychologische beroepen, met een vergelijkbare toename van rond de 30%. In het kader van farmacotherapie zien we bij GZ-psychologen en overige psychologische beroepen een toename (44% en 23%). Crisisopvang wordt in 2012 vaker toegepast door GZ-psychologen en klinisch psychologen dan in 2009, maar minder vaak door overige psychologische beroepen. Tabel 3.13 toont hoe vaak de verschillende beroepsgroepen zijn ingezet (in fte's) onder GGZ vrijgevestigden tussen 2009 en 2012.

Tabel 3.13 Het aantal gedeclareerde fte per beroepsgroep bij GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010, 2011, en 2012

	Gedeclareerde fte's			
	2009	2010	2011	2012
Agogische beroepen	4,31	40,13	81,94	96,56
Medische beroepen	195	212	215	199
Somatische beroepen (wet BIG)	0,54	4,16	3,21	11,24
Psychologische beroepen				
GZ-psycholoog	8,02	19,26	36,00	54,77
Klinisch psycholoog	63,10	92,03	114,76	116,97
Klinisch neuropsycholoog	0,00	0,00	0,00	0,00
Overige psychologische beroepen	21,07	40,93	63,65	96,01
Psychotherapeuten	455	519	494	446
Verpleegkundige beroepen				
Specialisme	4,60	10,54	17,23	23,80
Overig	0,68	0,46	0,64	2,03
Vaktherapeutische beroepen	1,69	3,92	3,72	3,27
Totaal	754	943	1031	1051

Tabel 3.13 laat zien dat bij vrijgevestigden de meeste fte's worden gedeclareerd onder medische beroepen, psychologische beroepen, en agogische beroepen. Er worden onder GGZ vrijgevestigden in verhouding (veel) meer uren gedeclareerd voor klinisch psychologen dan in de GGZ-instellingen, en juist minder voor GZ-psychologen en overige psychologische beroepen. Voor bijna alle beroepen zijn in 2012 meer fte's gedeclareerd dan in 2009 (medische beroepen, klinisch neuropsychologen en psychotherapeuten uitgezonderd). De toename van het aantal uren is relatief groot onder agogische en somatische beroepen. Binnen de psychologische beroepen is de stijging het sterkst bij GZ-psychologen en overige psychologische beroepen. Het aantal fte's onder psychotherapeuten verandert weinig tussen 2009 en 2012.

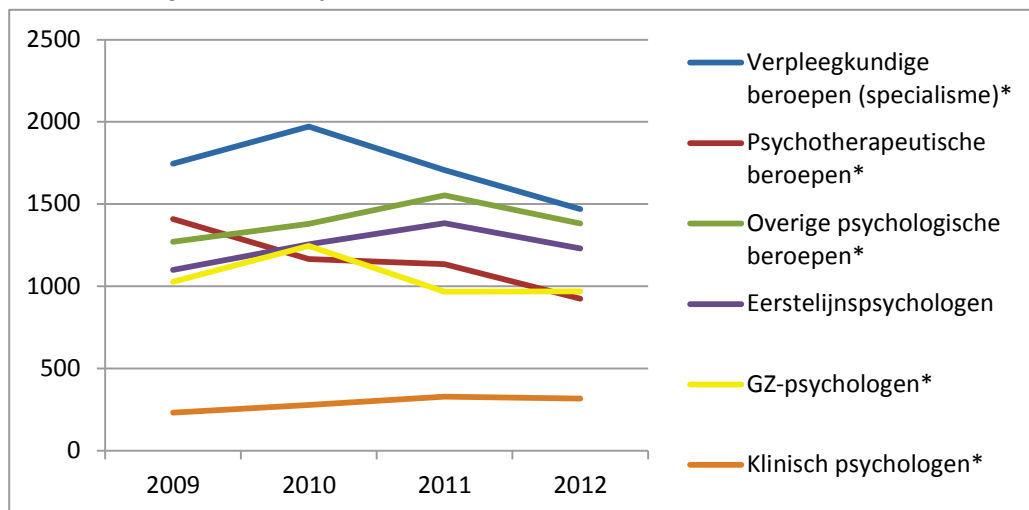
De tijdsbesteding in fte per beroepsgroep is verder uitgesplitst naar (behandel)functie (zie tabel A26 in de bijlage). Alle psychologische beroepsgroepen (GZ-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en overige beroepen) zijn alle functies meer gaan toepassen tussen

2009 en 2012. De enige uitzondering hierop is de crisisopvang door overige psychologische beroepen en farmacotherapie door de klinisch psycholoog; deze zijn gelijk gebleven. Het aantal gedeclareerde fte's stijgt onder de meeste functies (diagnostiek, farmacotherapie, psychotherapie en crisisopvang) het sterkst bij GZ-psychologen. Hetzelfde geldt voor steunende en structurende activiteiten bij overige psychologische beroepen. Hoewel het aantal uren gedeclareerd voor verpleegkundige beroepen in verhouding klein is, is voor de meeste functies voor deze beroepsgroep wel een sterke toename in het aantal gedeclareerde fte's te zien.

3.5.4 Samenvattend

Binnen de huisartspraktijk is tussen 2010 en 2012 de inzet van de POH-GGZ (meestal van oorsprong sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog) toegenomen. Bij de eerstelijnspsychologen is de totale omvang van zorg toegenomen tussen 2009 en 2012, waardoor er hier waarschijnlijk vooral meer GZ-psychologen worden ingezet. Wel lijkt de inzet van eerstelijnspsychologen in 2012 ten opzichte van het voorgaande jaar juist afgenomen, maar dit werd deels verklaard doordat zij in 2012 per cliënt minder sessies declareerden. De inzet van de psychologische beroepen waarvan informatie over fte's beschikbaar was (van eerstelijnspsychologen en tweedelijns GGZ) en die het meest van belang zijn in het kader van dit onderzoek zijn samen nog eens grafisch weergegeven (grafiek 3.4). De inzet van eerstelijnspsychologen (voornamelijk GZ-psychologen) neemt tussen 2009 en 2011 toe, en daalt daarna weer licht in 2012. De overige beroepen uit de grafiek zijn werkzaam in de tweedelijns GGZ. De gegevens van vrijgevestigden en GGZ-instellingen vallen hier samen onder tweedelijns GGZ, en de klinisch neuropsychologen die werkzaam zijn in de tweedelijns GGZ zijn vanwege hun geringe aantallen onder klinisch psychologen geschaard. Binnen de tweedelijns GGZ nam de inzet van specialistische verpleegkundige beroepen en psychotherapeuten tussen 2009 en 2012 af. Klinisch psychologen en overige psychologische beroepen lijken in 2012 juist iets vaker te worden ingezet dan in 2009. De inzet van GZ-psychologen in de tweedelijns GGZ varieert over de jaren, maar lijkt in 2012 iets afgenomen ten opzichte van de voorgaande jaren.

Grafiek 3.4 Inzet in fte's van psychologische beroepen binnen eerstelijnspsychologische zorg en tweedelijns GGZ



* Werkzaam in de tweedelijns GGZ

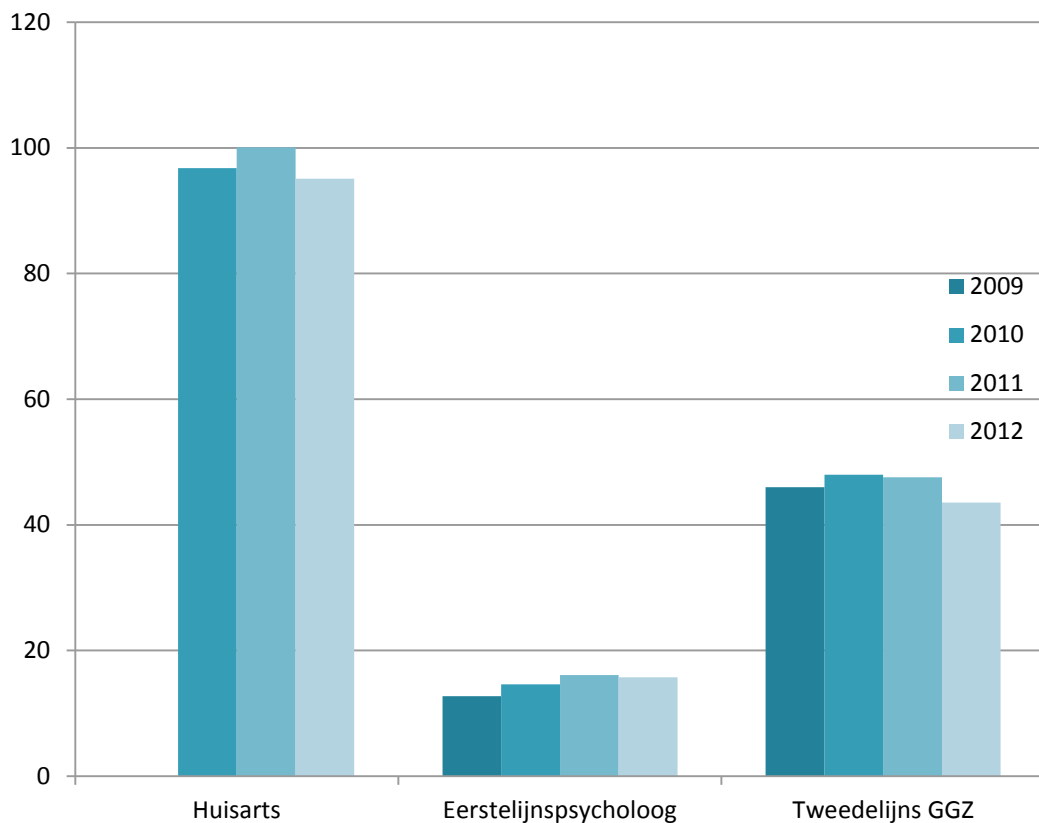
4 Discussie en conclusie

4.1 Psychische hulpvragen

- Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar eerstelijnspsycholoog naar huisartspraktijk?
- Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?

In paragraaf 3.1 zijn de resultaten gepresenteerd waarmee we een antwoord kunnen geven op de vraag of er in voorgaande jaren sprake is geweest van een verschuiving van hulpvragen van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ. Grafiek 4.1 vat deze resultaten samen voor de drie settings: de huisarts, de eerstelijnspsychologen, GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten.

Grafiek 4.1 Aantallen patiënten met psychische problemen bij huisarts, eerstelijnspsycholoog, en tweedelijns GGZ in 2009, 2010, 2011, en 2012



Grafiek 4.1 laat zien dat het aantal patiënten met psychische problemen bij eerstelijnspsychologen in 2012 met 23% is toegenomen ten opzichte van 2009. Er komen in 2012 ongeveer 3 personen per 1.000 Nederlanders *meer* bij de ELP dan in 2009. Met betrekking tot de totale omvang van de hulpvraag in de huisartspraktijk kunnen we concluderen dat deze tussen 2010 en 2012 ongeveer gelijk is gebleven, of licht is afgenomen. Er was er in ieder geval een afname te zien van patiënten met bepaalde diagnoses. Het totale aantal patiënten binnen de tweedelijns GGZ nam tussen 2009 en 2012 af met 5%; er kwamen 3 personen *minder* per 1.000 Nederlanders. Er lijkt dus sprake van een lichte verschuiving van hulpvragen van de tweedelijns GGZ naar de eerstelijnspsychologen.

De behandeling van een aanpassingsstoornis, bij zowel eerstelijnspsycholoog als tweedelijns GGZ, wordt sinds januari 2012 niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. Dit lijkt te hebben geleid tot een scherpe afname van het aantal patiënten met deze diagnose in 2012, tot ongeveer een kwart van de aantallen in 2009, bij zowel eerstelijnspsychologen als binnen de tweedelijns GGZ. Bij de eerstelijnspsychologen worden alle andere diagnoses, naast de aanpassingsstoornis, juist vaker gesteld. Vooral het aantal patiënten met een stemmings- of angststoornis is binnen de eerstelijnspsychologische zorg sterk toegenomen. Mogelijk worden deze diagnoses door zorgverleners vaker gesteld in plaats van de diagnose aanpassingsstoornis, zodat zij deze patiënten toch (vergoed) kunnen blijven behandelen. Bij de huisarts zijn vooral de aantallen patiënten met de diagnoses angstig/nerveus/gespannen gevoel, schizofrenie, of persoonlijkheidsstoornis afgenomen. Verder is bij GGZ-instellingen het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis toegenomen, en zijn er bij GGZ vrijgevestigden stijgingen in het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis, angststoornis, overige stoornissen in de kindertijd, en pervasieve ontwikkelingsstoornis.

4.2 Co-morbiditeit

- Is er sprake van een verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III of as-IV problematiek?

In het kader van de invoering van de basis GGZ is door bureau HHM een advies uitgebracht inzake triage tussen generalistische basis GGZ en tweedelijns GGZ. Hierin speelde de complexiteit van de psychiatrische aandoening een belangrijke rol. Wanneer er sprake is van de combinatie van primaire psychische problematiek (op as-I) met problematiek op andere assen (as-II, as-III of as-IV) maakt dit de psychopathologie meer complex. Vooral de combinatie van een as-I stoornis en een persoonlijkheidsstoornis (as-II) vragen vaak langere en complexere behandeling dan het beperkt aantal consulten bij de generalistische basis GGZ (in 2012 nog de eerstelijnspsycholoog). Om deze reden zouden deze patiënten voor behandeling bij de tweedelijns GGZ in aanmerking komen. Daarom is het van belang om te weten welk percentage patiënten, naast een diagnose op as-I, problematiek hebben op as-II (achterliggende persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale of omgevingsproblemen). Daarnaast hebben we gekeken of er sprake was van een verschuiving in de tijd van deze co-morbiditeit (paragraaf 3.2).

De resultaten laten zien dat het percentage patiënten bij de eerstelijnspsychologen waarbij sprake was van co-morbiditeit voor zowel as-II, as-III als as-IV niet is veranderd in de periode 2009-2012 (grafiek 3.1). Co-morbiditeit tussen aandoeningen op as-I en as-IV is in deze setting erg hoog, co-morbiditeit tussen as-I en as-II komt bij ongeveer 20% van de cliënten van eerstelijnspsychologen voor. In GGZ instellingen ligt dat rond de 10% en bij vrijgevestigden in de tweedelijns GGZ is het ook ongeveer 20%. (grafiek 3.2 en 3.3). Wel zien we een lichte daling in het percentage patiënten een bijkomende somatische ziekte (as-III). Per as-I stoornis laten de resultaten (grafiek A4 t/m A10 in de bijlage) zien dat voor de diagnoses aandachtstekortstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornis het percentage patiënten met eveneens een diagnose op as-II of as-III lager (respectievelijk $\pm 5\%$ en $\pm 10\%$) was dan bij andere as-I stoornissen. Deze stoornissen lijken veelal voor te komen zonder bijkomende persoonlijkheidsstoornissen (as-II) of somatische ziekten (as-III). Doordat deze stoornissen meestal voorkomen zonder co-morbiditeit ligt hier wellicht een mogelijkheid om de behandeling te laten plaats vinden bij de eerstelijnspsycholoog, in plaats van binnen de tweedelijns GGZ.

4.3 Behandel functies

- Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?

Uit de resultaten blijkt dat de POH-GGZ steeds vaker wordt ingezet binnen de huisartspraktijk. Bij steeds meer praktijken is een POH-GGZ werkzaam, en het aantal patiënten waarbij de POH-GGZ een consult of visite houdt neemt tussen 2009 en 2012 toe met 71%. Toch maakt de huisarts in 2012 nog maar bij ongeveer 5% van de patiënten met psychische klachten gebruik van de POH-GGZ. Er lijkt hier dus nog ruimte voor (verdere) groei.

Uit onze resultaten blijkt dat er totaal genomen sprake was van een afname van verwijzingen vanuit de eerstelijnszorg naar de tweedelijns GGZ. Huisartsen hebben in 2012 ten opzichte van 2010 21% minder patiënten doorverwezen naar de tweedelijns GGZ, terwijl zij evenveel patiënten doorverwezen naar de eerstelijns GGZ. Er was in 2011 wel sprake van een (tijdelijke) piek in het aantal patiënten dat door de huisarts werd verwezen naar de eerstelijns GGZ. Eerstelijnspsychologen hebben in 2012 ten opzichte van tussen 2009 juist méér patiënten doorverwezen naar de tweedelijns GGZ, terwijl het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ door eerstelijnspsychologen gelijk bleef. Het totale aantal patiënten bij eerstelijnspsychologen is (veel) kleiner dan patiënten met psychische klachten bij de huisartspraktijk, waardoor er toch sprake is van een afname van tweedelijnsverwijzingen.

Er komen in 2012 meer patiënten uit de tweedelijns GGZ (weer) in de eerstelijns GGZ terecht, maar ook meer patiënten via de eerstelijnspsycholoog in de tweedelijns GGZ. Het via de ELP terecht komen bij de tweedelijns GGZ past goed binnen het 'stepped care' principe dat deel uitmaakt van de maatregelen voor een sterkere basis-GGZ, waarbij een patiënt met psychische klachten waar mogelijk eerst binnen de basis-GGZ wordt

behandeld, en pas daarna wordt doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. Ook het terugkeren van patiënten vanuit de tweedelijns GGZ past hierbij.

De meeste patiënten komen bij de ELP terecht via een verwijzing van de huisarts (66% in 2012), maar bijna een derde van de patiënten (31% in 2012) meldt zich op eigen initiatief aan. Het aantal patiënten dat via de huisarts, op eigen initiatief óf via de tweedelijns GGZ bij de eerstelijnspsycholoog kwam nam tussen 2009 en 2012 toe.

Bij de eerstelijnspsychologen nam het aantal patiënten onder behandeling en het aantal patiënten dat een crisisinterventie kreeg in 2012 toe, beide met ongeveer 20% ten opzichte van 2009. Deze toenames worden grotendeels verklaard doordat de functies meer werden toegepast bij patiënten met een stemmings- of angststoornis. Wel zijn er in 2012 minder patiënten met een aanpassingsstoornis waarbij één van de functies (behandeling, crisisinterventie, of psychofarmaca) wordt toegepast door de eerstelijnspsycholoog. Ook afgenomen is het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis dat naar de tweedelijns GGZ verwezen wordt door eerstelijnspsychologen.

Binnen de tweedelijns GGZ is er bij zowel GGZ-instellingen als vrijevestigden in 2012 meer tijd besteed aan farmacotherapie ten opzichte van 2009. Bij GGZ vrijevestigden werden er daarnaast meer fte's gedeclareerd voor diagnostiek, steunende en structurerende activiteiten, psychotherapie, en farmacotherapie, en juist minder voor crisisopvang. Deze veranderingen in de tweedelijns GGZ zijn grotendeels verklaarbaar doordat er meer tijd werd gedeclareerd onder diagnoses die vooral vaak bij jeugd gesteld worden (bijvoorbeeld pervasieve ontwikkelingsstoornis, aandachtstekortstoornis, overige stoornissen in de kindertijd). De afname in crisisopvang hangt samen met minder gedeclareerde fte's voor crisisopvang voor patiënten met schizofrenie of andere psychotische stoornissen.

4.4 Opnames tweedelijns GGZ

- Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de tweedelijns GGZ?

Een andere maatregel die is opgenomen in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is dat zorgverzekeraars en aanbieders lokaal afspraken maken om de huidige totale beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Om te kijken naar mogelijke verschuivingen vanaf 2009 hebben we gekeken naar het aantal klinische DBC's voor opnames binnen GGZ-instellingen. Tabel 4.1 vat deze cijfers kort samen.

Tabel 4.1 Het aantal opnames in 2009, 2010, 2011 en 2012 binnen de tweedelijns GGZ voor het totaal aantal stoornissen op as-I (aantal klinische DBC's per 1.000 Nederlanders)

	2009	2010	2011	2012
Totaal	3,89	4,04	3,98	3,57

Tabel 4.1 laat zien dat er in 2012 sprake is van een lichte afname van het aantal opnames binnen de tweedelijns GGZ ten opzichte van 2009. Omdat we hiervoor hebben kunnen zien dat het aantal patiënten met een as-I stoornis die onder behandeling waren bij GGZ-instellingen ook is afgenomen in de periode 2009-2012, kunnen we concluderen dat de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de GGZ niet is veranderd. Er kan de komende jaren dus nog veel geïnvesteerd worden in de substitutie van opnames naar ambulante zorg.

4.5 Inzet psychologische beroepen

- Is er een verschuiving in de tijd van de inzet van diverse psychologische beroepen?

Uit onze gegevens blijkt dat de POH-GGZ tussen 2009 en 2012 ieder jaar in toenemende mate werkzaam is bij de huisartspraktijk, en steeds vaker wordt ingezet voor een (telefonisch) consult of visite. Dit terwijl de totale omvang van patiënten met psychische problemen bij de huisarts gelijk blijft, of zelfs afneemt voor bepaalde diagnoses. De POHs-GGZ hebben vaak een achtergrond in de sociaal psychiatrische verpleegkunde of in de psychologie. Deze beroepsgroepen zijn dus in toenemende mate werkzaam binnen de huisartspraktijk. Daarnaast is de totale omvang van de zorg die door eerstelijnspsychologen wordt verleend toegenomen tussen 2009 en 2012. De groei in de inzet van eerstelijnspsychologen vond vooral plaats tussen 2009 en 2011; in 2012 is hun inzet licht afgenomen ten opzichte van het vorige jaar. Eerstelijnspsychologen bestaan voornamelijk uit GZ-psychologen, omdat zij de BIG-registratie hebben die een voorwaarde is voor het werken als eerstelijnspsycholoog. Binnen de GGZ-instellingen zijn tussen 2009 en 2012 voor veel beroepen minder uren gedeclareerd, bijvoorbeeld voor GZ-psychologen. Bij vrijgevestigden worden er over het algemeen juist steeds meer uren gedeclareerd; mogelijk is er sprake van een verschuiving van (een deel van) de hulpvraag van GGZ-instellingen naar vrijgevestigden. De totale omvang van de inzet van GZ-psychologen in eerstelijnspsychologische zorg en tweedelijns GGZ is in 2012 op vergelijkbaar niveau als in 2009. Binnen de tweedelijns GGZ lijkt vooral de inzet van en psychotherapeuten tussen 2009 en 2012 af te nemen. Zij worden ieder jaar minder vaak ingezet dan in het voorgaande jaar. Klinisch psychologen worden tussen 2009 en 2012 juist ieder jaar vaker ingezet. Voor de overige psychologische beroepen in de tweedelijns GGZ (GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten – waaronder GGZ verpleegkundig specialisten -, en overige psychologische beroepen) geldt dat zij in 2010 (en 2011 voor overige psychologische beroepen) nog vaker werden ingezet dan in 2009, maar dat hierna een daling volgde tot in 2012.

4.6 Conclusie

We kunnen concluderen dat een aantal van de ontwikkelingen in de periode 2009 t/m 2012 wijzen op een grotere inzet van psychologische beroepen binnen de eerstelijnszorg. Er kwamen in 2012 19% meer patiënten met psychische klachten bij eerstelijnspsychologen (voornamelijk GZ-psychologen) dan in 2009, zowel vaker op eigen initiatief, als via de huisarts of de tweedelijns GGZ. Wel vond deze groei vooral plaats tussen 2009 en 2011; in 2012 lijkt de inzet van eerstelijnspsychologen licht

afgenomen ten opzichte van het vorige jaar. Er is ook steeds vaker een POH-GGZ werkzaam bij de huisartspraktijk, die meer consulten of visites bij patiënten verzorgt, terwijl het totale aantal patiënten met psychische klachten bij de huisartspraktijk in 2012 ten opzichte van 2010 niet is toegenomen, maar eerder is afgenomen. De verwachting is dat de groei in inzet van de POH-GGZ zich in de jaren na 2012 verder doorzet, en dat hierdoor meer inzet nodig is van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en (basis)psychologen.

Het aantal verwijzingen binnen de eerstelijns GGZ, door huisarts of eerstelijnspsycholoog, is niet toe- of afgenomen tussen 2010 en 2012, al leek er in 2011 een (tijdelijke) toename van het aantal verwijzingen naar de eerstelijns GGZ door de huisarts. Wel worden er in totaal minder patiënten verwezen naar de tweedelijns GGZ. Huisartsen hebben tussen 2010 en 2012 26% minder patiënten verwezen naar de tweedelijns GGZ, terwijl eerstelijnspsychologen tussen 2009 en 2012 juist meer patiënten verwezen naar de tweedelijns GGZ. Omdat er veel meer patiënten bij de huisarts komen dan bij de ELP, neemt het totaal aantal verwijzingen naar de tweedelijns GGZ af.

Het totale aantal patiënten binnen de tweedelijns GGZ is licht gedaald tussen 2009 en 2012 (met 5%). Dit zien we terug in de cijfers over de inzet van (psychologische) beroepen in de tweedelijns GGZ. Vooral bij GGZ-instellingen worden veel beroepen (bijvoorbeeld GZ-psychologen) sinds 2010 minder vaak ingezet, terwijl er bij vrijevestigden vanaf 2009 over het algemeen juist steeds meer uren worden gedeclareerd. Mogelijk is er sprake van een verschuiving van (een deel van) de hulpvraag van GGZ-instellingen naar vrijevestigden. Binnen de gehele tweedelijns GGZ worden psychotherapeuten tussen 2009 en 2012 ieder jaar minder vaak ingezet, waarmee hun totale inzet tussen 2009 en 2012 ongeveer halveert. Klinisch psychologen worden tussen 2009 en 2012 juist ieder jaar vaker ingezet. Voor de overige psychologische beroepen in de tweedelijns GGZ (GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten – waaronder GGZ verpleegkundig specialisten -, en overige psychologische beroepen) geldt dat zij in 2010 (en 2011 voor overige psychologische beroepen) nog vaker werden ingezet dan in 2009, maar dat hun inzet hierna daalde.

Het aantal patiënten met een as-I-stoornis én een bijkomende diagnose (co-morbiditeit) bleef stabiel over de jaren heen, voor alle settings. Er lijkt vanuit dit perspectief dus (nog) geen verschuiving van patiënten met meer ernstige psychische problematiek vanuit de eerstelijns GGZ richting de tweedelijns GGZ. Er is tussen 2009 en 2012 ook geen verschuiving waargenomen in de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de tweedelijns GGZ. Wel was er een afname in het totale aantal patiënten met een verblijf binnen een GGZ-instelling.

Tenslotte nam met het niet meer vergoeden van de behandeling van aanpassingsstoornis door de zorgverzekeraar het aantal patiënten met deze diagnose drastisch af, zowel bij eerstelijnspsychologen als binnen de tweedelijns GGZ. Waarschijnlijk werd bij deze patiënten vaker een andere diagnose gesteld, zoals een angst- of stemmingsstoornis.

Wanneer we de focus richten op de eerstelijns GGZ (wat vanaf 2014 generalistische basis GGZ zal zijn), dan stijgt het aantal patiënten dat eerstelijns psychologische zorg ontvangt van 2009 tot 2011 met 24%, om daarna in 2012 af te nemen met 4%. De netto toename in

het aantal patiënten is ruim 19%. Dit gaat samen met een toename in fte ingezette eerstelijnspsychologen van 26% tussen 2009 en 2011 en een daling tot 2012 van 12%, resulterend in een netto toename tussen 2009 en 2012 van 12%.

Deze beweging laat zich deels verklaren door regelgeving aangaande eerstelijnspsychologische hulpverlening. Tot en met 2010 werden acht behandelsessies door de eerstelijnspsycholoog vergoed binnen de basisverzekering. Sinds 2011 is dat afgenomen tot vijf behandelsessies. We zien na 2011 een afname van het gemiddeld aantal behandelsessies (hetgeen doorwerkt in het aantal ingezette fte), en ook in het aantal patiënten waarvoor een behandeling werd gedeclareerd. Blijkbaar heeft de geringere vergoeding remmend gewerkt.

Daarnaast zien we vanaf 2010 tot 2012 een toename met 70% in het aantal patiënten waarvoor de huisarts een POH-GGZ inzet. Dat betekent een toename van 2,9 tot 5 per 1000 Nederlanders, maar in dezelfde bandbreedte bevindt zich ook het aantal patiënten dat door een eerstelijnspsycholoog wordt behandeld: 14,6 per 1000 Nederlanders in 2010, via 16,1 in 2011 naar 15,7 in 2012. Een deel van de patiënten van de eerstelijnspsycholoog lijkt in 2012 door de POH-GGZ opgevangen te worden. Dit beeld wordt nog versterkt door de ontwikkeling van het aantal verwijzingen van huisartsen naar eerstelijnspsycholoog en tweedelijns GGZ: van 2011 naar 2012 daalt het eerste cijfer van 9,9 verwijzingen per 1000 patiënten naar 7,5 verwijzingen. Verwijzingen naar de tweedelijns GGZ nemen geleidelijk af van 8/1000 in 2010 naar 6,6/1000 in 2011 naar 6,3/1000 in 2012. Dit correspondeert met de geconstateerde afname in psychologische hulpvraag in de tweedelijns GGZ.

4.7 Aanbevelingen

Als de ontwikkelingen uit 2009-2012 die in dit rapport geschetst worden zich doorzetten, is er mogelijk de komende jaren meer inzet nodig van psychologische beroepen binnen de eerstelijnszorg: GZ-psychologen als eerstelijnspsychologen, en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of basis-psychologen in de functie van POH-GGZ binnen de huisartspraktijk. Deze verschuiving is tot 2012 nog van bescheiden omvang. Omdat de zorg binnen de tweedelijns GGZ en de inzet van GZ-psychologen daar tegelijkertijd lijkt af te nemen, hoeven de ontwikkelingen in de eerstelijns GGZ niet direct invloed te hebben op de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Wel moet zorgvuldig gemonitord worden hoe de ontwikkelingen zich de komende jaren doorzetten.

Literatuur

- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2012. Advies voor de (vervolg)opleidingen tot
Gezondheidszorgpsycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Klinisch psycholoog, Psychotherapeut,
Verpleegkundig specialist ggz. Utrecht, 2011.
- Dijk, M van, Verhaak, P, en Boxem, R. Meerjarige Monitor Psychische Problematiek I: 2009 – 2011.
Utrecht, NIVEL, 2013.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGZ-Nederland, NIP, LVG, Landelijk platform GGZ,
NVvP, ZN, LVE, NVVP, Meer GGZ. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.
- Nederlandse Zorg Autoriteit. Advies Basis GGZ. NZa, Utrecht, 2012.
- Velden L van der, Batenburg R. Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig
specialisten GGZ in 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.

Bijlage

Tabel A1 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	15,03	3,22	12,48	17,00	20,21	19,05	19,35	19,22	21,47
1803: Down/depressief gevoel	11,02	1,07	11,36	12,72	13,04	14,16	13,37	13,26	25,12
1815 & 1816: Acut of chronisch alcoholmisbruik	10,06	0,15	2,90	10,05	9,21	21,01	19,68	12,73	7,02
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	5,93	0,74	8,94	11,22	6,05	8,99	7,45	1,87	3,51
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	20,25	68,58	21,26	8,05	6,32	4,05	2,07	1,51	0,68
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	72,81	32,09	40,51	60,21	78,25	88,77	92,53	81,16	210,00
1870: Seniele dementie/Alzheimer	5,29	0,00	0,00	0,06	0,00	0,04	2,88	9,52	81,70
1872: Schizofrenie	2,68	0,00	0,64	4,72	6,37	4,90	1,41	1,33	0,14
1873: Affectieve psychose	1,48	0,15	0,16	1,67	2,72	1,60	2,17	3,03	0,81
1874: Angststoornis	12,29	1,63	9,26	19,49	17,76	16,29	14,03	12,28	13,77
1876: Depressie	26,71	0,89	10,79	21,33	35,08	45,81	46,81	32,48	37,95
1878: Overspannenheid	11,46	0,37	4,99	14,50	24,21	20,17	14,79	3,65	2,16
1880: Persoonlijkheidsstoornis	3,86	0,52	2,98	4,33	7,61	5,03	6,14	1,33	2,16
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	13,20	8,23	12,16	13,83	14,33	14,91	13,16	9,88	31,74
Totaal (alle P-diagnoses)	206,06	116,67	135,31	190,89	233,33	255,92	247,63	197,57	430,26

- Vervolg tabel A1 -

Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	33,96	4,70	29,92	35,18	37,17	44,06	42,06	50,57	58,56
1803: Down/depressief gevoel	23,91	3,32	25,22	34,31	29,39	30,24	23,53	23,57	37,56
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,59	0,30	0,86	1,13	4,54	11,35	10,87	5,60	2,44
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	3,82	0,10	4,07	3,45	6,27	3,66	4,67	4,18	7,84
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	13,00	35,98	14,57	7,93	8,23	8,10	4,50	2,26	1,92
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	105,14	23,71	62,74	94,22	103,61	125,81	126,00	124,21	298,03
1870: Seniele dementie/Alzheimer	8,86	0,00	0,00	0,00	0,09	0,05	3,66	9,95	98,04
1872: Schizofrenie	2,13	0,03	0,31	2,01	3,07	2,61	3,55	5,27	1,74
1873: Affectieve psychose	3,70	0,00	0,23	1,34	2,53	7,14	5,40	15,30	2,35
1874: Angststoornis	27,55	2,34	27,26	37,50	35,26	39,66	38,73	29,51	20,30
1876: Depressie	55,41	1,84	33,68	60,58	70,66	89,44	74,93	60,77	82,26
1878: Overspannenheid	19,25	0,76	14,80	34,98	37,35	30,42	18,41	5,52	5,49
1880: Persoonlijkheidsstoornis	6,47	1,68	7,52	9,74	11,07	9,24	5,29	2,67	3,92
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	18,13	5,69	15,82	17,82	19,65	24,75	17,79	19,81	37,30
Totaal (alle P-diagnoses)	315,15	79,47	230,35	329,79	356,50	409,54	365,89	347,31	636,33

Tabel A2 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	13,72	2,98	12,15	14,41	17,03	18,57	17,78	17,92	20,56
1803: Down/depressief gevoel	11,17	2,00	9,35	13,18	15,19	15,64	11,97	10,76	23,05
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	8,49	0,39	1,71	7,88	9,20	13,59	19,18	11,66	7,83
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	5,29	0,96	8,26	8,47	8,48	6,33	6,02	2,20	2,31
1811 & 1821 t/m 1824: Stoornissen kinderen	22,53	73,91	25,50	11,08	7,08	4,80	2,62	1,41	1,78
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	82,03	34,19	51,16	71,40	90,19	99,74	109,72	100,45	193,64
1870: Seniele dementie/Alzheimer	6,00	0,20	0,00	0,22	0,00	0,09	1,65	10,59	93,97
1872: Schizofrenie	2,45	0,00	0,93	2,13	4,80	2,75	5,09	3,55	0,53
1873: Affectieve psychose	1,74	0,04	0,99	1,27	2,65	2,28	4,37	1,86	0,62
1874: Angststoornis	11,84	2,17	12,78	19,26	15,19	13,77	15,16	10,76	12,64
1876: Depressie	25,69	1,31	13,09	24,00	34,03	40,89	42,08	31,27	37,91
1878: Overspannenheid	10,40	0,31	4,57	13,25	21,52	19,48	13,69	2,87	1,87
1880: Persoonlijkheidsstoornis	2,93	0,35	3,48	4,25	4,62	4,66	3,05	1,46	2,05
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	12,63	7,75	13,40	15,45	14,78	11,42	11,94	9,86	29,45
Totaal (alle P-diagnoses)	211,31	125,58	151,40	200,31	237,90	246,43	256,26	210,15	421,09

- Vervolg tabel A2 -

Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	30,74	5,69	31,48	31,38	32,24	39,42	31,64	48,87	54,73
1803: Down/depressief gevoel	23,29	3,66	26,56	34,48	27,67	26,81	25,17	18,90	40,21
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,19	0,42	0,87	1,48	4,45	9,76	7,94	7,06	2,02
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	4,02	0,57	3,28	3,31	6,81	4,77	5,27	3,20	7,29
1811 & 1821 t/m 1824: Stoormissen kinderen	14,65	40,89	13,79	8,18	11,14	10,03	4,35	1,90	2,02
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	117,50	27,06	75,52	104,05	119,39	144,24	145,51	152,10	289,22
1870: Seniele dementie/Alzheimer	9,05	0,00	0,00	0,04	0,00	0,12	1,32	13,47	99,51
1872: Schizofrenie	2,06	0,00	0,15	1,33	1,32	1,56	6,77	5,92	1,68
1873: Affectieve psychose	3,17	0,11	0,72	1,30	2,76	5,07	5,23	9,39	4,28
1874: Angststoornis	26,79	3,22	20,10	33,90	37,88	36,65	33,69	33,02	27,77
1876: Depressie	51,36	1,71	28,51	54,98	69,23	74,72	75,87	64,84	70,76
1878: Overspannenheid	17,85	1,14	15,13	32,46	35,61	27,47	15,69	7,33	4,22
1880: Persoonlijkheidsstoornis	6,63	0,15	7,23	12,14	10,92	9,34	6,80	4,51	2,95
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	15,71	5,95	16,87	16,75	15,80	17,71	14,56	18,52	33,32
Totaal (alle P-diagnoses)	317,83	90,01	233,50	326,92	364,60	394,79	368,94	375,06	622,12

Tabel A3 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2012, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	12,93	2,81	11,98	16,58	14,41	16,95	14,30	15,24	23,32
1803: Down/depressief gevoel	10,96	1,55	11,78	11,60	14,75	14,91	13,58	10,90	17,66
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	8,41	0,21	2,78	6,48	10,48	14,76	15,44	11,23	8,50
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	5,37	0,78	6,98	11,45	9,50	5,18	5,78	2,02	2,23
1811 & 1821 t/m 1824: Stoornissen kinderen	21,26	70,68	24,55	12,58	7,92	5,74	2,04	0,96	1,39
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	66,09	27,67	38,86	58,74	63,71	74,57	79,30	79,51	198,48
1870: Seniele dementie/Alzheimer	5,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	1,65	7,95	79,66
1872: Schizofrenie	2,14	0,19	0,83	2,04	4,80	4,78	1,76	1,03	0,48
1873: Affectieve psychose	2,20	0,06	0,56	1,32	2,55	2,71	5,91	2,47	3,25
1874: Angststoornis	12,21	2,11	14,95	19,43	16,35	13,32	13,19	12,30	15,31
1876: Depressie	24,73	0,83	9,08	21,99	30,43	39,94	43,45	28,49	38,87
1878: Overspannenheid	10,81	0,38	4,80	14,79	19,19	20,24	16,81	3,35	2,23
1880: Persoonlijkheidsstoornis	2,43	0,08	2,26	5,38	4,51	3,28	2,09	0,66	1,45
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	13,77	8,69	14,99	15,51	14,58	12,18	12,80	11,12	36,39
Totaal (alle P-diagnoses)	193,44	115,43	140,27	191,90	204,93	222,71	220,28	182,59	419,08

- Vervolg tabel A3 -

Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
1801: Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	29,75	5,80	30,06	30,12	31,58	31,56	35,38	42,30	55,87
1803: Down/depressief gevoel	21,27	4,12	23,80	27,28	25,11	25,69	23,33	21,49	32,51
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,30	0,14	0,74	1,95	4,89	7,68	9,13	8,16	2,10
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	3,83	0,34	1,76	5,87	3,97	4,93	4,29	5,71	6,06
1811 & 1821 t/m 1824: Stoorissen kinderen	13,76	37,94	17,46	9,51	9,85	10,37	3,43	2,06	1,35
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	100,79	25,97	63,92	87,91	91,71	105,02	109,64	122,54	298,87
1870: Seniele dementie/Alzheimer	9,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	1,33	10,21	95,66
1872: Schizofrenie	2,09	0,00	0,20	0,86	1,82	2,27	4,94	6,10	1,86
1873: Affectieve psychose	3,05	0,05	0,37	2,95	3,17	4,35	4,27	7,34	3,64
1874: Angststoornis	28,43	3,10	23,07	38,46	39,11	38,80	30,77	35,53	30,45
1876: Depressie	51,93	1,09	27,61	53,23	64,29	79,19	69,69	67,12	78,72
1878: Overspannenheid	20,22	1,33	17,42	30,54	39,52	38,00	18,21	7,34	5,66
1880: Persoonlijkheidsstoornis	6,07	0,27	6,26	13,60	10,46	8,53	4,79	2,69	2,69
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	17,84	5,73	20,00	20,30	16,34	20,19	18,62	17,62	37,77
Totaal (alle P-diagnoses)	303,27	85,09	227,88	312,89	330,55	363,24	326,79	344,54	635,99

Tabel A4 Het aantal mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2009 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	2,32	0,50	1,95	3,38	3,86	3,93	2,60	0,80	0,51
Angststoornis	1,52	0,47	2,39	3,03	2,24	1,79	1,21	0,55	0,36
Stemmingsstoornis	1,89	0,18	2,02	3,03	2,98	3,08	2,27	0,74	0,31
Stoornissen kinderen	2,65	2,65							
Overige stoornissen op as-I	3,00	1,50	2,88	4,39	5,37	4,20	2,39	0,96	0,39
Totaal	8,73	2,65	9,24	13,83	14,45	13,00	8,47	3,04	1,57
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	4,91	0,77	5,67	9,17	8,53	7,40	4,62	1,93	0,84
Angststoornis	3,25	0,85	6,50	7,41	4,81	3,41	2,30	1,22	0,43
Stemmingsstoornis	4,18	0,52	5,73	8,44	6,96	5,99	3,71	1,77	0,58
Stoornissen kinderen	3,70	3,70							
Overige stoornissen op as-I	4,30	1,56	6,17	7,92	7,02	6,04	3,21	1,60	0,52
Totaal	16,63	3,70	24,05	32,94	27,32	22,84	13,84	6,52	2,37

Tabel A5 Het aantal mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2010 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	2,75	0,47	2,18	3,98	4,89	4,59	3,19	0,97	0,53
Angststoornis	1,71	0,62	2,49	3,69	2,48	1,92	1,23	0,67	0,38
Stemmingsstoornis	2,30	0,25	2,36	3,51	3,83	3,85	2,66	0,85	0,33
Stoornissen kinderen	3,47	3,47							
Overige stoornissen op as-I	3,43	2,13	3,14	5,30	5,52	4,68	2,96	1,01	0,39
Totaal	10,19	3,47	10,17	16,47	16,72	15,05	10,05	3,51	1,63
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	5,71	0,96	6,97	10,60	9,77	8,88	5,21	2,13	0,93
Angststoornis	3,71	1,05	7,87	8,27	5,49	4,05	2,31	1,48	0,37
Stemmingsstoornis	4,84	0,55	6,88	9,62	7,97	7,14	4,18	2,09	0,85
Stoornissen kinderen	4,42	4,42							
Overige stoornissen op as-I	4,70	1,86	7,04	8,77	7,80	6,08	3,60	1,63	0,58
Totaal	18,96	4,42	28,75	37,26	31,03	26,14	15,30	7,33	2,72

Tabel A6 Het aantal mensen met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2011 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders).

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	2,08	0,33	1,77	3,13	3,77	3,14	2,46	0,87	0,55
Angststoornis	2,11	0,65	2,85	4,32	3,31	2,47	1,66	0,96	0,30
Stemmingsstoornis	2,90	0,29	2,56	4,42	4,88	4,79	3,62	1,24	0,57
Stoornissen kinderen	3,45	3,45							
Overige stoornissen op as-I	3,87	2,18	3,75	5,68	6,61	5,53	3,03	1,38	0,57
Totaal	10,95	3,45	10,93	17,55	18,57	15,92	10,77	4,45	1,99
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	4,55	0,72	5,48	8,41	7,83	6,84	4,49	1,92	0,68
Angststoornis	4,75	1,35	8,86	10,97	6,93	5,09	3,63	1,88	0,56
Stemmingsstoornis	6,29	0,75	8,62	12,39	10,27	9,08	5,85	3,06	1,19
Stoornissen kinderen	4,98	4,98							
Overige stoornissen op as-I	5,51	2,17	7,66	9,81	9,33	7,68	4,35	1,99	0,65
Totaal	21,10	4,98	30,62	41,58	34,35	28,69	18,32	8,84	3,08

Tabel A7 Het aantal mensen met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2012 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	0,60	0,16	0,58	0,74	1,01	1,07	0,63	0,29	0,12
Angststoornis	2,58	1,01	3,31	4,95	3,97	3,09	2,28	1,10	0,43
Stemmingsstoornis	3,67	0,62	3,41	5,44	6,10	5,96	4,57	1,58	0,78
Stoornissen kinderen	4,16	4,16							
Overige stoornissen op as-I	4,08	2,37	4,34	6,19	6,56	5,49	3,70	1,44	0,65
Totaal	10,94	4,16	11,64	17,32	17,64	15,61	11,19	4,41	1,98
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aanpassingsstoornis	1,23	0,18	1,54	2,39	2,02	1,85	1,25	0,52	0,20
Angststoornis	5,80	1,74	10,51	12,58	8,69	6,53	4,44	2,51	0,97
Stemmingsstoornis	7,69	1,17	9,96	15,01	13,00	10,74	7,28	3,71	1,65
Stoornissen kinderen	5,46	5,46							
Overige stoornissen op as-I	5,67	2,37	7,33	10,55	9,63	7,67	4,57	2,05	0,70
Totaal	20,40	5,46	29,35	40,54	33,35	26,80	17,54	8,78	3,52

Tabel A8 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ-instellingen in 2009, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	5,71	19,38	6,37	3,06	1,93	0,90	0,33	0,08	0,03
Aanpassingsstoornis	3,59	2,12	2,91	4,16	4,92	5,26	3,66	2,02	2,99
Angststoornis	3,62	2,36	4,49	6,03	5,12	4,37	2,32	1,64	1,51
Depressieve stoornis	5,10	0,95	3,49	4,85	6,75	8,86	7,08	4,93	5,51
Overige stoornissen in de kindertijd	1,21	5,15	0,49	0,10	0,05	0,03	0,03	0,00	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	2,29	0,05	2,05	4,25	4,27	3,62	1,95	0,93	0,79
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	4,55	14,86	6,08	2,23	1,37	1,08	0,51	0,13	0,09
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,24	0,17	4,56	8,68	7,56	5,84	3,47	1,99	1,33
Overige stoornissen op as-I	15,12	6,72	13,43	17,68	19,96	19,97	13,90	11,85	27,22
Totaal	45,43	51,76	43,86	51,03	51,92	49,92	33,25	23,58	39,48
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,11	5,92	3,51	1,92	1,51	0,70	0,22	0,07	0,03
Aanpassingsstoornis	5,81	2,57	6,63	8,89	8,42	7,76	4,92	3,57	4,13
Angststoornis	5,98	3,08	10,88	11,28	8,45	6,52	3,65	2,81	2,01
Depressieve stoornis	9,22	1,55	8,72	12,36	12,72	13,44	9,54	9,48	9,79
Overige stoornissen in de kindertijd	0,70	3,07	0,53	0,06	0,04	0,02	0,01	0,01	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	4,46	0,19	7,39	10,17	7,72	5,95	2,77	1,38	1,22
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,02	3,32	1,85	0,62	0,36	0,24	0,08	0,03	0,02
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,97	0,12	1,58	3,36	4,23	4,85	4,26	3,51	2,84
Overige stoornissen op as-I	15,08	7,89	18,91	16,58	16,88	17,12	12,01	11,69	28,18
Totaal	47,35	27,70	60,00	65,25	60,34	56,60	37,46	32,54	48,23

Tabel A9 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ-instellingen in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	6,53	21,99	7,61	3,67	2,34	1,15	0,36	0,06	0,07
Aanpassingsstoornis	3,68	2,47	2,98	4,30	4,96	5,08	3,69	2,14	3,09
Angststoornis	3,83	2,52	4,92	6,46	5,48	4,41	2,59	1,65	1,51
Depressieve stoornis	5,12	0,91	3,70	5,03	6,79	8,74	7,15	4,73	5,45
Overige stoornissen in de kindertijd	1,32	5,69	0,51	0,10	0,05	0,04	0,02	0,02	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	2,39	0,05	2,19	4,45	4,53	3,77	2,02	0,92	0,79
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,04	16,34	6,78	2,44	1,68	1,32	0,65	0,21	0,08
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,20	0,17	4,21	8,59	7,60	5,85	3,59	1,92	1,36
Overige stoornissen op as-I	15,66	7,15	14,07	18,71	20,35	20,60	14,51	12,07	27,31
Totaal	47,77	57,29	46,97	53,75	53,78	50,96	34,59	23,70	39,66

Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,54	7,00	4,48	2,33	1,84	0,97	0,27	0,07	0,03
Aanpassingsstoornis	5,95	2,76	6,74	8,79	8,53	7,97	5,12	3,73	4,47
Angststoornis	6,26	3,21	11,33	12,05	8,86	6,76	3,98	2,81	2,05
Depressieve stoornis	9,19	1,50	8,67	12,34	12,77	13,26	9,79	9,19	9,78
Overige stoornissen in de kindertijd	0,79	3,50	0,56	0,07	0,06	0,03	0,01	0,01	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	4,67	0,18	7,79	10,79	8,12	6,16	2,92	1,44	1,25
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,14	3,69	2,08	0,75	0,42	0,27	0,11	0,03	0,02
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,88	0,10	1,57	3,18	4,12	4,69	4,16	3,42	2,77
Overige stoornissen op as-I	15,26	8,12	19,12	17,01	16,52	17,24	12,36	11,88	28,41
Totaal	48,69	30,05	62,34	67,30	61,25	57,33	38,73	32,58	48,79

Tabel A10 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ-instellingen in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	4,68	14,97	6,56	3,33	2,31	1,15	0,34	0,08	0,04
Aanpassingsstoornis	4,59	2,55	4,37	6,11	6,47	6,24	4,24	2,84	3,72
Angststoornis	5,07	2,93	7,97	9,31	7,23	5,58	3,30	2,26	1,84
Depressieve stoornis	7,09	1,11	6,02	8,73	9,66	10,98	8,60	6,70	7,60
Overige stoornissen in de kindertijd	1,04	4,57	0,61	0,08	0,05	0,04	0,02	0,01	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	3,61	0,11	4,98	7,82	6,44	5,15	2,58	1,16	1,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	3,21	10,26	5,04	1,87	1,20	0,94	0,45	0,14	0,05
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,54	0,13	2,86	5,77	5,98	5,39	3,97	2,63	2,12
Overige stoornissen op as-I	14,91	7,18	16,10	17,18	17,95	18,22	13,15	11,59	26,70
Totaal	47,75	43,81	54,52	60,20	57,28	53,68	36,65	27,41	43,11
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	6,61	21,98	8,06	3,91	2,57	1,29	0,40	0,09	0,07
Aanpassingsstoornis	3,59	2,37	2,72	4,03	4,91	5,22	3,70	2,01	2,85
Angststoornis	3,81	2,51	4,74	6,42	5,53	4,51	2,62	1,57	1,41
Depressieve stoornis	5,20	0,86	3,84	5,22	6,92	9,00	7,34	4,60	5,12
Overige stoornissen in de kindertijd	1,29	5,55	0,55	0,09	0,06	0,04	0,02	0,01	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	2,42	0,04	2,14	4,55	4,65	3,88	2,08	0,93	0,67
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,21	16,38	7,48	2,83	1,87	1,54	0,75	0,24	0,09
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,22	0,17	4,24	8,39	7,77	6,05	3,67	1,94	1,24
Overige stoornissen op as-I	15,13	6,64	13,74	17,97	19,72	19,95	14,33	11,61	26,49
Totaal	47,49	56,51	47,51	53,42	54,01	51,47	34,91	23,00	37,95

Tabel A11 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ-instellingen in 2012, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	6,51	21,55	7,99	4,11	2,69	1,33	0,41	0,08	0,05
Aanpassingsstoornis	0,93	0,74	0,71	0,99	1,31	1,25	0,95	0,50	0,68
Angststoornis	3,68	2,65	4,59	5,98	5,31	4,34	2,54	1,55	1,29
Depressieve stoornis	5,20	0,92	3,82	5,42	7,26	8,86	7,24	4,34	4,71
Overige stoornissen in de kindertijd	1,23	5,36	0,59	0,08	0,05	0,04	0,02	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	2,33	0,04	2,19	4,32	4,58	3,74	2,01	0,84	0,61
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,03	15,48	7,36	2,90	2,08	1,63	0,85	0,27	0,08
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,26	0,14	3,98	8,33	8,06	6,17	3,94	2,00	1,15
Overige stoornissen op as-I	13,27	5,88	11,98	15,78	17,90	17,56	13,09	9,71	20,92
Totaal	42,45	52,76	43,21	47,91	49,23	44,91	31,05	19,29	29,51
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,93	7,93	5,31	3,08	2,19	1,12	0,29	0,08	0,03
Aanpassingsstoornis	1,42	0,87	1,60	1,95	2,08	1,81	1,14	0,90	1,05
Angststoornis	6,24	3,75	10,70	12,06	8,85	6,57	3,96	2,65	2,10
Depressieve stoornis	8,69	1,69	8,49	12,22	12,26	12,35	9,25	7,82	8,50
Overige stoornissen in de kindertijd	0,79	3,56	0,54	0,07	0,05	0,03	0,01	0,01	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	4,81	0,18	8,19	11,44	8,31	6,32	3,04	1,44	1,16
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,27	3,73	2,69	0,99	0,61	0,37	0,18	0,06	0,02
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,80	0,08	1,38	3,05	3,95	4,61	4,28	3,28	2,52
Overige stoornissen op as-I	12,78	7,09	16,12	14,60	14,39	14,36	10,66	9,48	21,68
Totaal	41,73	28,87	55,01	59,47	52,69	47,53	32,80	25,72	37,05

Tabel A12 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2009, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,49	1,42	0,68	0,34	0,25	0,17	0,07	0,01	0,01
Aanpassingsstoornis	0,54	0,18	0,34	0,61	0,89	0,98	0,69	0,22	0,08
Angststoornis	0,64	0,25	0,62	1,05	0,95	0,90	0,68	0,27	0,10
Depressieve stoornis	1,07	0,12	0,61	1,22	1,56	2,15	1,68	0,55	0,24
Overige stoornissen in de kindertijd	0,11	0,46	0,05	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,44	0,02	0,25	0,69	0,85	0,79	0,51	0,12	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,17	0,56	0,22	0,08	0,05	0,05	0,03	0,01	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,06	0,08	0,13	0,11	0,06	0,02	0,00
Overige stoornissen op as-I	1,20	0,39	0,72	1,30	2,22	2,13	1,34	0,54	0,19
Totaal	4,73	3,39	3,54	5,37	6,90	7,27	5,08	1,74	0,67

Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,21	0,51	0,37	0,23	0,19	0,12	0,03	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	0,95	0,26	0,87	1,68	1,62	1,52	0,97	0,37	0,11
Angststoornis	1,11	0,36	1,58	2,20	1,78	1,46	0,87	0,45	0,15
Depressieve stoornis	1,79	0,21	1,68	2,90	2,91	3,08	2,14	0,89	0,33
Overige stoornissen in de kindertijd	0,08	0,33	0,05	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,73	0,03	0,70	1,40	1,41	1,18	0,70	0,22	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,05	0,16	0,09	0,03	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,03	0,08	0,12	0,10	0,08	0,03	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,61	0,52	1,43	2,45	3,09	2,67	1,42	0,58	0,14
Totaal	6,59	2,37	6,81	10,98	11,14	10,15	6,22	2,56	0,78

Tabel A13 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,63	1,77	0,91	0,48	0,34	0,26	0,08	0,02	0,01
Aanpassingsstoornis	0,58	0,16	0,36	0,69	0,95	1,03	0,79	0,22	0,09
Angststoornis	0,67	0,26	0,66	1,13	0,96	0,98	0,72	0,26	0,10
Depressieve stoornis	1,11	0,12	0,63	1,20	1,68	2,22	1,73	0,57	0,28
Overige stoornissen in de kindertijd	0,20	0,85	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,49	0,01	0,30	0,76	0,96	0,86	0,57	0,15	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,25	0,79	0,34	0,11	0,09	0,08	0,04	0,02	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,07	0,00	0,05	0,09	0,14	0,13	0,06	0,02	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,35	0,54	0,79	1,46	2,39	2,40	1,49	0,64	0,18
Totaal	5,34	4,50	4,11	5,92	7,52	7,96	5,48	1,90	0,71
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,30	0,65	0,60	0,31	0,29	0,19	0,07	0,02	0,00
Aanpassingsstoornis	1,08	0,26	1,02	1,86	1,90	1,75	1,05	0,43	0,13
Angststoornis	1,25	0,37	1,82	2,48	2,05	1,61	1,06	0,48	0,15
Depressieve stoornis	1,87	0,20	1,68	2,94	3,11	3,19	2,31	0,96	0,36
Overige stoornissen in de kindertijd	0,14	0,61	0,07	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,85	0,03	0,81	1,76	1,67	1,40	0,76	0,23	0,05
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,07	0,22	0,13	0,06	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,03	0,08	0,13	0,11	0,08	0,04	0,02
Overige stoornissen op as-I	1,84	0,67	1,70	2,92	3,39	2,99	1,63	0,66	0,18
Totaal	7,46	3,00	7,85	12,42	12,58	11,27	6,97	2,82	0,89

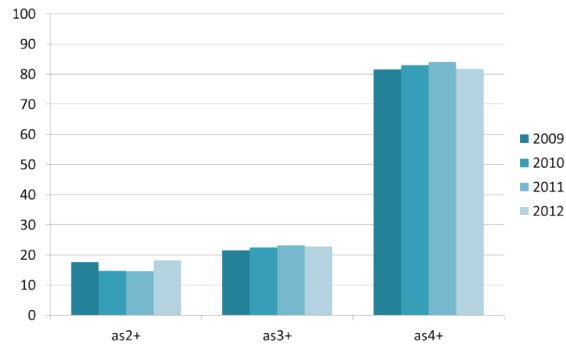
Tabel A14 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,63	1,78	0,90	0,47	0,39	0,25	0,07	0,02	0,01
Aanpassingsstoornis	0,54	0,15	0,30	0,66	0,94	0,95	0,67	0,26	0,10
Angststoornis	0,72	0,26	0,73	1,19	1,12	1,03	0,76	0,28	0,15
Depressieve stoornis	1,11	0,11	0,71	1,27	1,63	2,13	1,79	0,66	0,23
Overige stoornissen in de kindertijd	0,27	1,18	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,49	0,01	0,26	0,82	1,00	0,84	0,57	0,17	0,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,28	0,89	0,37	0,14	0,11	0,09	0,05	0,01	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,05	0,09	0,11	0,10	0,05	0,02	0,00
Overige stoornissen op as-I	1,39	0,53	0,87	1,64	2,46	2,35	1,62	0,64	0,20
Totaal	5,49	4,90	4,27	6,28	7,77	7,76	5,58	2,06	0,73
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,32	0,70	0,57	0,40	0,32	0,21	0,06	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	1,04	0,18	0,94	1,75	1,90	1,72	1,06	0,45	0,12
Angststoornis	1,39	0,40	1,97	2,93	2,22	1,82	1,14	0,56	0,13
Depressieve stoornis	1,92	0,18	1,79	3,12	3,30	3,21	2,32	1,01	0,33
Overige stoornissen in de kindertijd	0,19	0,86	0,05	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,87	0,01	0,80	1,79	1,76	1,40	0,82	0,27	0,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,08	0,25	0,15	0,06	0,04	0,04	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,05	0,00	0,03	0,06	0,11	0,09	0,07	0,04	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,94	0,66	1,99	3,05	3,57	3,08	1,73	0,73	0,21
Totaal	7,80	3,24	8,28	13,18	13,23	11,56	7,22	3,08	0,85

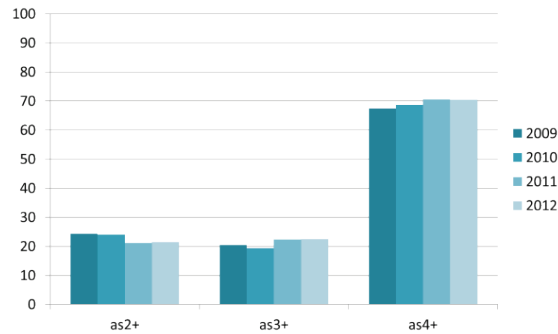
Tabel A15 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2012, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders)

Mannen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,57	1,71	0,72	0,40	0,33	0,22	0,06	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	0,15	0,05	0,10	0,16	0,25	0,27	0,22	0,06	0,02
Angststoornis	0,73	0,31	0,67	1,17	1,18	1,06	0,76	0,26	0,17
Depressieve stoornis	1,08	0,13	0,77	1,21	1,62	2,03	1,71	0,59	0,22
Overige stoornissen in de kindertijd	0,40	1,82	0,06	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,46	0,01	0,25	0,75	0,89	0,84	0,52	0,16	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,30	0,98	0,37	0,15	0,11	0,10	0,05	0,02	0,01
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,05	0,00	0,05	0,07	0,09	0,09	0,05	0,02	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,16	0,53	0,67	1,28	2,01	1,94	1,40	0,55	0,17
Totaal	4,90	5,53	3,65	5,21	6,49	6,55	4,79	1,68	0,64
Vrouwen	Totaal	0-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,29	0,72	0,46	0,32	0,27	0,16	0,05	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	0,32	0,06	0,21	0,49	0,62	0,53	0,38	0,14	0,03
Angststoornis	1,36	0,48	1,90	2,76	2,20	1,72	1,14	0,52	0,16
Depressieve stoornis	1,84	0,22	1,73	3,02	3,18	3,05	2,17	0,95	0,31
Overige stoornissen in de kindertijd	0,29	1,36	0,07	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,78	0,01	0,73	1,68	1,54	1,25	0,72	0,24	0,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,09	0,27	0,15	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,05	0,00	0,03	0,06	0,09	0,07	0,06	0,04	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,70	0,67	1,65	2,68	3,06	2,70	1,60	0,63	0,21
Totaal	6,70	3,79	6,93	11,09	11,03	9,53	6,14	2,54	0,75

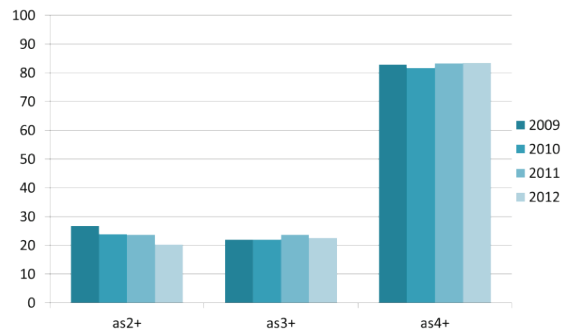
Grafiek A1 % patiënten met een aanpassingsstoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren.



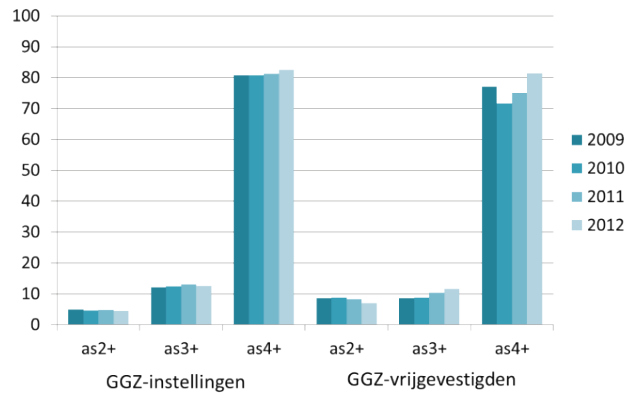
Grafiek A2 % patiënten met een angststoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010, 2011 of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren



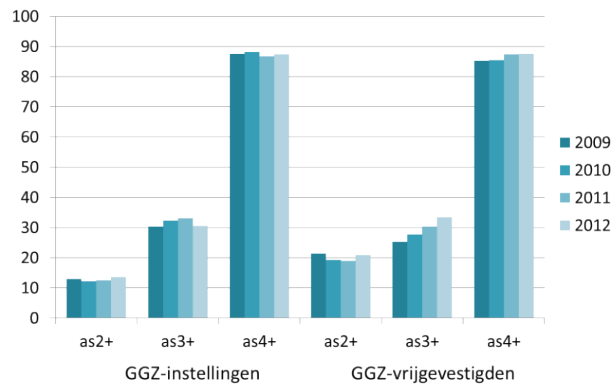
Grafiek A3 % patiënten met een stemmingsstoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010, 2011, of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren



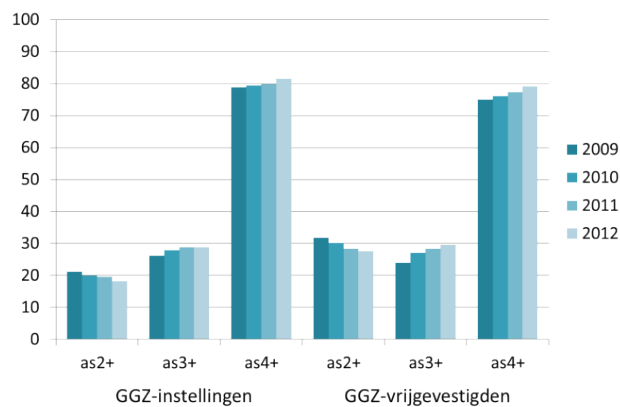
Grafiek A4 % afgesloten DBC's voor een aandachtstekortstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011, of 2012



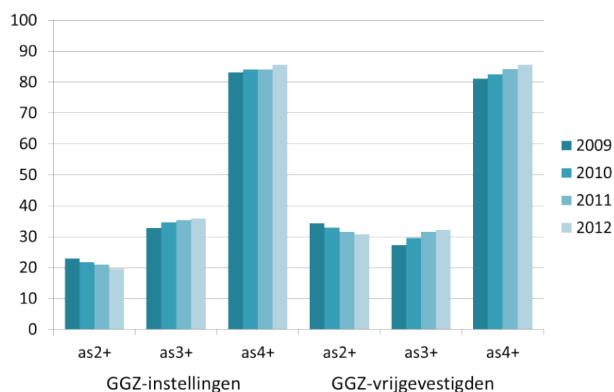
Grafiek A5 % afgesloten DBC's voor een aanpassingsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011, of 2012



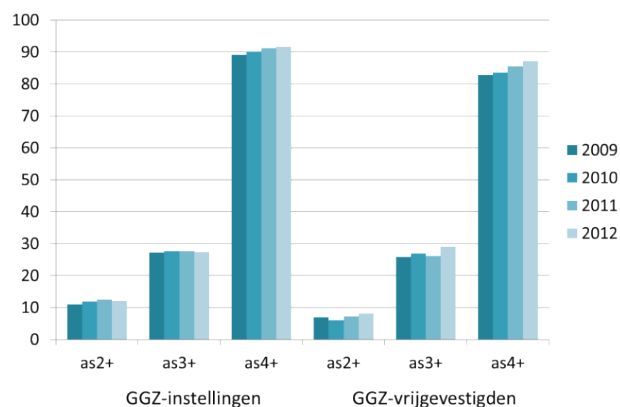
Grafiek A6 % afgesloten DBC's voor een angststoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011 of 2012



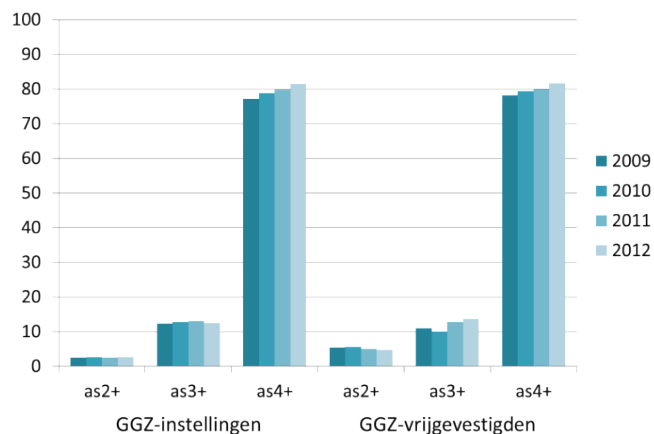
Grafiek A7 % afgesloten DBC's voor een depressieve stoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011, of 2012



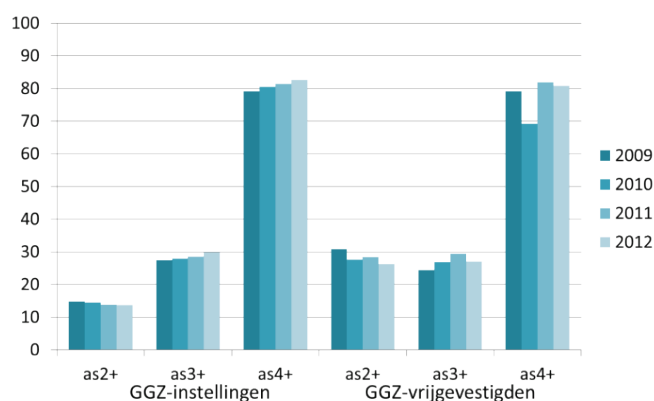
Grafiek A8 % afgesloten DBC's voor een persoonlijkheidsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 201, 2011 of 2012



Grafiek A9 % afgesloten DBC's voor een pervasieve ontwikkelingsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011 of 2012



Grafiek A10 % afgesloten DBC's voor schizofrenie of andere psychotische stoornissen bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010, 2011 of 2012



Tabel A16 Het aantal patiënten met psychische klachten waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven in 2010, 2011, of 2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Psychofarmaca	2010	2011	2012
Antidepressiva	26,08	26,87	27,27
Antipsychotica	4,83	4,75	5,21
Anxiolytica	19,50	19,73	20,27
Dementiemiddelen	0,38	0,41	0,47
Hypnotica en sedativa	4,90	5,52	5,86
Psychofarmaca	59,96	64,74	65,03

Tabel A17 Het aantal patiënten met psychische klachten die door de huisarts binnen de eerstelijns GGZ verwezen zijn in 2010, 2011, of 2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Verwijzingen	2010	2011	2012
Maatschappelijk werk	0,25	0,31	0,21
Eerstelijnspsycholoog	7,25	9,53	7,07
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	0,07	0,09	0,27
Totaal naar eerstelijns GGZ	7,57	9,93	7,54

Tabel A18 Het aantal patiënten met psychische klachten die door de huisarts naar de tweedelijns GGZ verwezen zijn in 2010, 2011, of 2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten)

Verwijzingen	2010	2011	2012
Psychiatrie	5,85	5,21	4,81
Riagg	2,03	1,26	1,38
Psychogeriatric	0,08	0,12	0,10
Totaal naar tweedelijns GGZ	7,96	6,60	6,28

Tabel A19 Het aantal patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010, 2011, of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die behandeling krijgen (per 1.000 Nederlanders)

As-I stoornis	2009	2010	2011	2012
Aanpassingsstoornis	2,94	3,46	2,74	0,73
Angststoornis	2,04	2,33	2,98	3,59
Stemmingsstoornis	2,56	2,98	3,91	4,77
Overige stoornissen op as-I	2,73	3,05	3,52	3,72
Totaal	12,30	14,06	15,36	14,63

Tabel A20 Het aantal patiënten met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010, 2011, of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die crisisinterventie krijgen (per 1.000 Nederlanders)

As-I stoornis	2009	2010	2011	2012
Aanpassingsstoornis	0,31	0,36	0,27	0,09
Angststoornis	0,13	0,16	0,17	0,26
Stemmingsstoornis	0,19	0,25	0,29	0,41
Overige stoornissen op as-I	0,30	0,34	0,40	0,42
Totaal	1,30	1,49	1,50	1,58

Tabel A21 Het aantal patiënten met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010, 2011, of 2012 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die psychofarmaca gebruiken (per 1.000 Nederlanders)

As-I stoornis	2009	2010	2011	2012
Aanpassingsstoornis	0,56	0,60	0,44	0,11
Angststoornis	0,63	0,68	0,81	0,90
Stemmingsstoornis	0,96	1,04	1,32	1,32
Overige stoornissen op as-I	0,58	0,65	0,69	0,71
Totaal	3,03	3,29	3,58	3,30

Tabel A22 Het aantal patiënten met een DSM-IV as-I stoornis die in 2009, 2010, 2011, of 2012 door een eerstelijnspsycholoog zijn verwezen naar eerstelijns GGZ of tweedelijns GGZ (per 1.000 Nederlanders)

As-I stoornis	2009		2010		2011		2012	
	Eerste-lijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Eerste-lijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Eerste-lijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Eerste-lijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ
Aanpassingsstoornis	0,09	0,17	0,11	0,21	0,06	0,14	0,02	0,04
Angststoornis	0,08	0,26	0,11	0,28	0,08	0,34	0,11	0,40
Stemmingsstoornis	0,10	0,39	0,13	0,48	0,11	0,60	0,14	0,63
Overige stoornissen op as-I	0,12	0,34	0,15	0,39	0,13	0,42	0,14	0,46
Totaal	0,48	1,32	0,62	1,55	0,48	1,70	0,49	1,71

Tabel A23 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per stoornis, geassocieerd op DSM-IV in de GGZ instellingen in 2009, 2010, 2011, en 2012

As-I stoornis	Diagnostiek				Steunend en structurerend				Psychotherapie			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Aandachtstekortstoornis	275	275	272	278	204	240	248	254	73	92	168	91
Aanpassingsstoornis	185	195	245	66	268	242	245	68	70	88	90	32
Angststoornis	269	236	256	264	356	351	352	331	231	213	231	212
Depressieve stoornis	370	342	360	315	796	637	544	529	156	304	194	202
Overige stoornissen in de kindertijd	84	96	116	112	64	75	84	75	17	19	20	20
Persoonlijkheidsstoornis	168	266	178	157	472	497	454	424	183	250	262	263
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	196	209	207	193	247	333	297	334	81	60	48	54
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	124	132	307	144	526	601	573	621	12	16	19	19
Overige stoornissen op as-I	690	679	863	655	968	1.170	1.096	1.002	321	336	350	329
Totaal	2.362	2.430	2.805	2.184	3.902	4.146	3.892	3.638	1.143	1.380	1.382	1.222
As-I stoornis	Farmacotherapie				Crisis opvang							
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012				
Aandachtstekortstoornis	61	61	94	99	8	9	10	10				
Aanpassingsstoornis	15	17	19	7	30	32	32	7				
Angststoornis	38	44	49	66	23	25	27	33				
Depressieve stoornis	91	91	119	102	57	59	61	69				
Overige stoornissen in de kindertijd	4	5	5	18	2	2	2	2				
Persoonlijkheidsstoornis	34	41	44	49	39	55	45	50				
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	22	28	32	35	8	10	24	13				
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	83	127	103	82	110	115	95	110				
Overige stoornissen op as-I	118	170	181	210	119	109	125	128				
Totaal	464	584	646	668	394	416	421	422				

Tabel A24 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per DSM-IV stoornis bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2009, 2010, 2011, en 2012

As-I stoornis	Diagnostiek				Steunend en structurerend				Psychotherapie			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Aandachtstekortstoornis	13	21	22	21	2	4	6	7	13	27	22	19
Aanpassingsstoornis	18	22	21	5	4	5	7	3	67	80	80	30
Angststoornis	19	22	25	28	6	7	11	14	87	107	121	141
Depressieve stoornis	25	29	33	36	11	12	19	22	138	159	163	177
Overige stoornissen in de kindertijd	7	16	21	31	1	4	10	15	6	9	9	10
Persoonlijkheidsstoornis	12	15	15	15	5	5	7	8	93	112	119	127
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	6	10	12	12	1	2	4	6	5	7	8	9
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2
Overige stoornissen op as-I	32	47	52	56	7	9	13	17	119	142	156	152
Totaal	132	182	202	205	39	51	80	94	531	646	681	667
As-I stoornis	Farmacotherapie				Crisis opvang							
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012				
Aandachtstekortstoornis	4,65	6,09	6,40	6,99	0,02	0,05	0,08	0,08				
Aanpassingsstoornis	1,34	1,33	1,20	0,48	0,13	0,13	0,12	0,05				
Angststoornis	4,63	5,01	5,72	5,90	0,26	0,35	0,38	0,43				
Depressieve stoornis	10,57	11,70	12,78	12,77	0,45	0,58	0,56	0,55				
Overige stoornissen in de kindertijd	0,11	0,16	0,14	0,21	0,01	0,01	0,01	0,02				
Persoonlijkheidsstoornis	1,91	2,16	2,20	1,97	0,40	0,37	0,37	0,44				
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,85	1,77	1,91	2,52	0,02	0,05	0,05	0,04				
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1,10	1,21	1,07	1,09	0,19	0,07	0,04	0,06				
Overige stoornissen op as-I	3,15	3,62	3,70	3,57	0,90	0,60	0,47	0,40				
Totaal	28,32	33,05	35,12	35,50	2,38	2,22	2,07	2,07				

Tabel A25 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per beroepsgroep bij GGZ-instellingen in 2009, 2010, 2011, en 2012

	Diagnostiek				Steunend en structurerend				Psychotherapie			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Agogische beroepen	153,1	179,6	486,6	160,8	612,6	672,9	747,0	810,2	109,9	90,4	81,7	82,1
Medische beroepen	540,3	591,9	548,0	610,3	294,9	339,6	300,0	299,8	81,8	91,9	93,3	89,5
Somatische beroepen (wet BIG)	23,4	35,9	22,1	22,0	30,9	58,5	22,8	20,4	1,1	1,2	0,9	1,5
Psychologische beroepen												
GZ-psycholoog	305,3	364,3	326,8	372,6	544,9	498,7	379,5	301,3	162,0	356,1	217,2	231,0
Klinisch psycholoog	47,6	55,1	59,9	48,2	43,5	31,0	34,4	29,7	75,4	98,5	119,2	120,9
Klinisch neuropsycholoog	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overige psychologische beroepen	663,4	711,8	698,7	631,5	396,2	393,7	406,7	366,4	177,7	220,7	372,4	276,0
Psychotherapeuten	315,6	126,3	151,4	84,9	154,7	71,4	67,4	48,4	478,9	444,3	416,4	341,5
Verpleegkundige beroepen												
Specialisme	325,0	414,4	283,2	239,1	1202,0	1317,8	1153,5	933,0	26,0	32,8	39,6	39,7
Overig	71,2	79,1	83,5	86,1	520,6	617,1	629,0	707,9	13,9	20,3	18,5	19,2
Vaktherapeutische beroepen	56,9	46,1	274,5	31,2	133,7	157,5	159,4	126,6	22,6	27,3	26,2	22,4
Totaal	2502	2604	2935	2287	3934	4158	3900	3644	1149	1384	1385	1224
	Farmacotherapie				Crisis opvang							
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012				
Agogische beroepen	3,4	4,0	5,0	6,6	18,9	20,4	33,1	21,4				
Medische beroepen	391	480	521	499	133	128	132	139				
Somatische beroepen (wet BIG)	5,5	7,2	7,9	21,6	1,3	1,6	1,4	1,3				
Psychologische beroepen												
GZ-psycholoog	0,5	1,0	0,9	0,9	6,4	7,2	8,0	8,3				
Klinisch psycholoog	0,2	0,3	0,2	0,2	0,9	1,0	1,2	1,2				
Klinisch neuropsycholoog	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
Overige psychologische beroepen	1,7	1,8	1,9	2,2	11,3	10,6	9,8	8,8				
Psychotherapeuten	0,7	1,3	1,2	1,3	4,5	4,1	4,1	3,0				
Verpleegkundige beroepen												
Specialisme	15,3	18,0	20,6	24,7	174,1	178,8	192,5	208,1				
Overig	47,3	70,7	88,5	112,0	88,4	112,8	84,8	89,3				
Vaktherapeutische beroepen	0,5	0,5	0,2	0,3	1,4	1,5	2,7	2,0				
Totaal	466	585	647	669	440	466	470	483				

Tabel A26 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per beroepsgroep bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2009, 2010, 2011, en 2012

	Diagnostiek				Steunend en structurerend				Psychotherapie			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Agogische beroepen	0,97	9,20	15,50	16,34	0,18	2,90	6,11	7,08	3,14	27,61	59,81	72,19
Medische beroepen	36,95	42,80	42,51	35,72	23,42	22,64	26,39	27,59	107,11	115,56	113,05	102,28
Somatische beroepen (wet BIG)	0,51	2,46	2,33	10,25	0,02	0,45	0,47	0,57	0,01	0,89	0,12	0,11
Psychologische beroepen												
GZ-psycholoog	3,13	9,14	14,90	28,48	0,57	1,68	6,82	7,63	4,30	8,41	14,25	18,59
Klinisch psycholoog	18,09	27,10	32,07	29,80	1,16	2,60	4,00	4,00	43,78	62,28	78,55	82,99
Klinisch neuropsycholoog	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Overige psychologische beroepen	8,25	21,40	28,62	40,48	0,60	4,08	11,98	17,42	12,19	15,42	23,00	38,04
Psychotherapeuten	77,52	89,07	87,81	70,05	9,75	10,14	13,06	14,37	364,30	416,43	390,38	359,35
Verpleegkundige beroepen												
Specialisme	1,31	2,70	3,43	3,81	3,01	6,54	11,73	15,64	0,23	1,15	1,94	3,84
Overig	0,26	0,31	0,15	0,44	0,37	0,12	0,48	1,57	0,04	0,00	0,01	0,01
Vaktherapeutische beroepen	0,71	1,97	1,60	1,44	0,17	0,16	0,27	0,44	0,81	1,77	1,85	1,40
Totaal	147,7	206,3	229,1	237,1	39,3	51,3	81,3	96,3	535,9	650,0	683,6	679,5
	Farmacotherapie				Crisis opvang							
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012				
Agogische beroepen	0,01	0,37	0,36	0,80	0,01	0,06	0,15	0,15				
Medische beroepen	26,87	30,36	32,25	32,58	0,84	0,77	0,99	0,82				
Somatische beroepen (wet BIG)	0,00	0,34	0,27	0,31	0,00	0,02	0,01	0,00				
Psychologische beroepen												
GZ-psycholoog	0,00	0,01	0,01	0,04	0,01	0,03	0,02	0,04				
Klinisch psycholoog	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,06	0,14	0,18				
Klinisch neuropsycholoog	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
Overige psychologische beroepen	0,02	0,01	0,02	0,06	0,01	0,02	0,02	0,01				
Psychotherapeuten	1,59	2,01	2,20	1,72	1,44	1,16	0,65	0,76				
Verpleegkundige beroepen												
Specialisme	0,01	0,07	0,04	0,38	0,04	0,09	0,08	0,13				
Overig	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00				
Vaktherapeutische beroepen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00				
Totaal	28,5	33,2	35,2	35,9	2,4	2,2	2,1	2,1				