



Psychische stoornissen in Nederland

Overzicht van de resultaten van NEMESIS

WILMA VOLLEBERGH
RON DE GRAAF
MARGREET TEN HAVE
CASPER SCHOEMAKER
SASKIA VAN DORSSELAER
JAN SPIJKER
AARTJAN BEEKMAN

Trimbos-
instituut

*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*

Ti

Psychische stoornissen in Nederland

Overzicht van de resultaten van NEMESIS



Psychische stoornissen in Nederland

Overzicht van de resultaten van NEMESIS

WILMA VOLLEBERGH
RON DE GRAAF
MARGREET TEN HAVE
CASPER SCHOEMAKER
SASKIA VAN DORSSELAER
JAN SPIJKER
AARTJAN BEEKMAN

Trimbos-instituut
Utrecht, augustus 2003

Financiering

Ministerie van VWS

Auteurs

Mevr. prof. dr. W.A.M. Vollebergh

Dhr. dr. ir. R. de Graaf

Mevr. drs. M. ten Have

Dhr. dr. C.G. Schoemaker

Mevr. drs. S. van Dorsselaer

Dhr. dr. J. Spijker

Dhr. prof. dr. A.T.F. Beekman

Eindredactie

Dhr. dr. C.G. Schoemaker

Dhr. drs. P.A.M. Anzion

Productiebegeleiding

Dhr. drs. P.A.M. Anzion

ISBN 90-5253-446-2

Vormgeving

Carta, grafisch ontwerpers, Utrecht

Druk

Stolwijk, Amsterdam

Bestellen

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl (klik op producten) of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0474.

De prijs van dit boek is € 10,-. U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2003 Trimbos-instituut, Utrecht

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



Inhoud

	VOORWOORD	7
1	INLEIDING	9
2	TIEN MISVERSTANDEN OVER NEMESIS	15
3	METHODE	21
4	HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN	29
5	HET ONTSTAAN VAN NIEUWE PSYCHISCHE STOORNISSEN	39
6	HET SAMENGAAN VAN MEERDERE PSYCHISCHE STOORNISSEN	45
7	DE GEVOLGEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN	53
8	ZORGGEBRUIK EN ZORGBEHOEFTE	61
9	VAN ONDERZOEK NAAR PRAKTIJK	71
	BIJLAGE 1: NEMESIS-PUBLICATIES	79
	BIJLAGE 2: EEN GREEP UIT BELEIDSPUBLICATIES MET NEMESIS-GEGEVENS	87



Voorwoord

In dit boekje maakt u kennis met de in de afgelopen jaren uitgevoerde studie NEMESIS. Deze afkorting staat voor de Engelstalige naam *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. Deze studie heeft voor het eerst in Nederland de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking in kaart gebracht. U zult kennis nemen van de manier waarop het programma Epidemiologie van het Trimbos-instituut dit onderzoek heeft opgezet. De eerste voorbereidingen hiervoor werden bijna 10 jaar geleden gedaan, in 1994. Bij het opzetten van dit onderzoek speelde, naast de begeleidingscommissie, het voormalige hoofd van dit programma, dr. Rob Bijl, een belangrijke rol.


Dit boekje geeft u ook inzage in de belangrijkste resultaten zoals die door onderzoekers binnen en buiten het Trimbos-instituut zijn gepubliceerd. Deze gegevens zijn op een toegankelijke manier bij elkaar gezet voor mensen die geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van dit onderzoek, maar die niet de tijd of de gelegenheid hebben om de internationale wetenschappelijke literatuur bij te houden, waarin veel van de resultaten gepresenteerd zijn.

Om de resultaten goed op hun waarde te kunnen schatten, wordt in de inleiding ingegaan op de context waarbinnen de studie ontstond, en op de wijze waarop de studie zich positief onderscheidt van ander onderzoek naar psychische problematiek. Het is nu al bijna niet meer voor te stellen, maar vóór 1997 was maar zeer globaal en hoofdzakelijk op basis van internationaal onderzoek bekend hoeveel volwassen Nederlanders lijdten aan een psychische stoornis en wat daar precies de gevolgen van zijn. We wisten wel hoeveel mensen er in behandeling kwamen in de GGZ, en ook dat dat slechts een topje van de ijsberg was. Het grootschalig bevolkingsonderzoek NEMESIS heeft daarin duidelijk verandering gebracht. We weten nu met redelijk grote nauwkeurigheid dat psychische stoornissen veel voorkomende problemen zijn, dat deze vaak chronisch zijn en ernstige gevolgen hebben, en dat ze een belangrijke plaats innemen onder de meest voorkomende ziekten. Bekend is nu ook dat het overgrote deel van de mensen met psychische stoornissen nooit in de GGZ terechtkomt.

Zowel voor beleidsmakers als behandelaars biedt NEMESIS dan ook belangrijke informatie. Regelmatige monitoring van de geestelijke gezondheid van de bevolking is belangrijk om veranderingen hierin zichtbaar te maken. Het belang van een dergelijke monitoring wordt in dit boekje duidelijk gemaakt.

PROF.DR. PAUL SCHNABEL

VOORZITTER VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD VAN DE NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE
GEZONDHEID



I Inleiding

Het Trimbos-instituut heeft in 2002 een start gemaakt met de ontwikkeling van de Nationale Monitor voor de Geestelijke gezondheid (NMG). In het kader van deze monitor wordt systematisch het overzicht gehouden van de belangrijkste gegevensbronnen op het terrein van de geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Een belangrijk onderdeel van deze monitor is het instrument van algemene bevolkingsstudies, die een beeld moeten geven van de geestelijke gezondheid van de algemene Nederlandse bevolking, van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg, en van de vraagkant van de zorg. Basis voor de ontwikkeling van dit onderdeel van de monitor is de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), de eerste landelijke studie naar geestelijke gezondheid in de algemene bevolking in Nederland. NEMESIS werd uitgevoerd in de jaren 1996-1999, en leverde in de loop van de tijd een grote hoeveelheid gegevens op, waar tot op de dag van vandaag beleidsmakers, professionals en universitaire onderzoekers hun voordeel mee doen.

ACHTERGROND VAN NEMESIS

NEMESIS werd ontwikkeld in reactie op de vraag naar goede beleidsinformatie op het terrein van de geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg. In Nederland bleek geen goede informatie over de geestelijke gezondheidstoestand van de algemene bevolking te bestaan, een gat in de informatievoorziening dat geconstateerd werd door verschillende deskundigen op dit terrein: het RIVM, het Trimbos-instituut, het ministerie van VWS en universitaire groepen in de psychiatrische epidemiologie. Het resultaat van deze constatering was dat het ministerie van VWS opdracht gaf aan het Trimbos-instituut om een landelijk representatieve bevolkingsstudie naar geestelijke gezondheid en zorggebruik in de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren. Dit was de start van NEMESIS.

In NEMESIS werd een grote representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking (18-64 jaar) longitudinaal onderzocht. De belangrijkste doelstellingen van het onderzoek laten zich als volgt omschrijven:

- Overzicht geven van de stand van zaken van de geestelijke gezondheid in de algemene bevolking (het vóórkomen en ontstaan van psychische stoornissen en hun onderlinge samenhang)
- Opsporen van determinanten van psychische stoornissen en daarmee een bepaling van de belangrijkste risico-indicatoren en -groepen
- Inzicht geven in de gevolgen van psychische stoornissen, niet alleen voor personen, maar ook voor de samenleving als geheel (functionele beperkingen, kosten)
- Onderzoeken van de hulpvragen (vraagkant van de zorg, mate van zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte)
- Bestuderen van de toegankelijkheid en bereik van de geestelijke gezondheidszorg en de mogelijke selectie-effecten (wie maakt het meest gebruik van de zorg, wordt de zorg wel evenredig verdeeld?)

STERKE PUNTEN VAN NEMESIS

Uitvoering van NEMESIS heeft zichtbaar gemaakt dat niet alleen de oorspronkelijke doelstelling werd gehaald, maar dat de studie ook in tal van additionele informatiebehoeften heeft kunnen voorzien. Dat is te danken aan de kwalitatief hoogwaardige manier waarop de studie werd uitgevoerd, en aan het brede scala van onderwerpen dat in de studie aan de orde kon komen.

Eerste bevolkingsstudie naar geestelijke gezondheid in Nederland

NEMESIS was de eerste nationale bevolkingsstudie naar geestelijke gezondheid en leverde daarmee voor het eerst een beeld van de mate waarin geestelijke gezondheidsproblemen in de bevolking voorkomen en van de gevolgen van deze problemen voor de gezondheid en aan gezondheid gerelateerde thema's (bijvoorbeeld arbeid, zorg en kwaliteit van leven). Door het nationale karakter van de studie was het mogelijk om een landelijk beeld te schetsen, en daarbij ook de relevantie van mogelijke regionale verschillen na te gaan. Deze regionale verschillen bleken vooral voor het zorggebruik aanzienlijk. Dat maakt iets zichtbaar van de mogelijke vertekeningen die regionale studies met zich mee kunnen brengen, en onderstreept het belang van een landelijk representatieve studie voor het geven van een antwoord op de door ons gestelde vragen.

Longitudinale design van de studie

Door het longitudinale design van de studie (drie metingen over drie jaar) was het mogelijk om causale analyses te maken van deze relaties. Dat is met eenmalig uitgevoerde studies niet mogelijk. NEMESIS is, ook internationaal, een van de eerste studies waarin mensen in de loop van het onderzoek psychische problemen kregen, zodat veel beter is na te gaan wat de determinanten van psychische problemen zijn. Bij eenmalig onderzoek is immers niet uit te maken of risico-indicatoren voorafgaan aan stoornissen, of hiervan mogelijk een gevolg zijn. Vergelijkbare analyses konden gemaakt worden van de toegang tot de zorg en van het zoeken van hulp nadat psychische problemen zich hadden gemanifesteerd.

Onvervulde zorgbehoefte: indicatie voor potentiële groei in de zorgvraag

Naast het geven van een beeld van de geestelijke gezondheid kon worden aangegeven welke zorgbehoefte er in de bevolking bestaat voor hulp bij de onderzochte problemen, en vooral de mate waarin onvervulde zorgbehoeften worden geformuleerd door mensen met psychische stoornissen. Die onvervulde zorgbehoefte bleek aanzienlijk te zijn. Dit geeft een indicatie van de potentiële groei in de zorgvraag in de komende jaren.

Vraagkant van de geestelijke gezondheidszorg

Er kon ook een indicatie worden gegeven van de mate waarin mensen met de betreffende problemen met eerstelijns- en meer gespecialiseerde professionele geestelijke gezondheidszorg in aanraking komen. Kort samengevat: NEMESIS bracht de vraagkant van de geestelijke gezondheidszorg in kaart en liet zien welke selectie-effecten er in de toegang tot de zorg werkzaam zijn. Het hoofdstuk over zorggebruik geeft van deze selectie-effecten verschillende voorbeelden. Deze gegevens waren niet eerder beschikbaar voor Nederland. De grote aantallen onderzoeken naar patiëntenpopulaties of bij cliënten zijn niet in staat om iets van deze selectie-effecten zichtbaar te maken. Immers, daarvoor is een vergelijking nodig tussen mensen die wèl en mensen die geen zorg ontvangen, terwijl ze vergelijkbare problemen hebben.

Hoge wetenschappelijke kwaliteit

De wetenschappelijke kwaliteit van NEMESIS is onbetwist. Het team is er in geslaagd om de resultaten van NEMESIS in internationaal toonaangevende tijdschriften te rapporteren. De kwaliteit van de studie betekent dat de gegevens als betrouwbaar worden gekarakteriseerd, zodat zij door partners (ministeries, instituten, universiteiten) als waardevolle informatiebron zijn gebruikt.

De kwaliteit is mede te danken aan de wetenschappelijke partners met wie het NEMESIS-team in de loop van de afgelopen jaren samenwerkingsverbanden heeft weten te realiseren. Het team werkt samen met de toonaangevende universitaire onderzoeksgroepen in de psychiatrische epidemiologie, ook buiten Nederland, en met andere nationale instituten waaronder het RIVM. Het Trimbos-instituut realiseerde in dit onderzoek nationale (en internationale), universiteitoverschrijdende, samenwerking van onderzoekers op het gebied van de psychiatrie.

Grote toepassingsmogelijkheden van de informatie

Tot slot maakte NEMESIS zichtbaar, dat sprake was van grote toepassingsmogelijkheden van de informatie. Ook hiervan geeft dit boekje vele voorbeelden. De resultaten van NEMESIS werden gebruikt door verschillende ministeries, door regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg voor ondersteuning van de door hen te ontwikkelen regiovisies, door de commissie Donner voor analyse van aan arbeid gerelateerde psychische problemen en door vele anderen. Nog steeds worden de NEMESIS-data gebruikt voor analyses voor additionele projecten, of voor internationale vergelijkingen. Achterin het boek staat een lijst met de belangrijkste beleidsrapporten waarin de NEMESIS-uitkomsten een prominente rol spelen.

Dit korte overzicht illustreert het grote belang van NEMESIS, niet alleen voortzetting van de analyse van de al beschikbare gegevens, die nog niet volledig zijn benut, maar ook voortzetting van dit type studie voor het realiseren van een permanente en regelmatig terugkerende monitoractiviteit op het terrein van de geestelijke gezondheid. Dit boek geeft vele voorbeelden.

LEESWIJZER

Dit boek geeft een overzicht van de opzet van de studie en van de belangrijkste resultaten. Het begint met een korte bespreking van de meest gehoorde misverstanden over NEMESIS. In de afgelopen jaren hebben wij gemerkt dat veel mensen de studie en de belangrijkste resultaten kennen, maar ook dat er bij sommigen misverstanden over de studie bestaan. De meeste misverstanden zijn overigens eenvoudig te weerleggen. In hoofdstuk 2 zetten we onze belangrijkste argumenten nog eens op een rij. Vervolgens bespreken we kort de opzet van de studie (hoofdstuk 3). Daarna gaan we over tot een bespreking van de belangrijkste resultaten: het vóórkomen en ontstaan van psychische stoornissen (hoofdstukken 4 en 5), de mate waarin psychische

stoornissen tegelijkertijd voorkomen, de zogenoemde comorbiditeit van stoornissen (hoofdstuk 6), de gevolgen van stoornissen (hoofdstuk 7), en tot slot de zorgbehoefte en het zorggebruik van mensen met psychische stoornissen (hoofdstuk 8). In hoofdstuk negen wordt teruggeblikt op de studie, en wordt de relevantie ervan voor beleid en praktijk besproken. Vrijwel ieder hoofdstuk bevat enkele kaders waarin telkens een saillante deelstudie in wat meer detail wordt besproken.

Dit boek geeft slechts een globaal overzicht van NEMESIS; niet iedere deelstudie wordt gedetailleerd besproken. Ieder hoofdstuk eindigt daarom met een korte lijst met relevante literatuurverwijzingen. Daarnaast vindt u achterin het boek een overzicht van alle publicaties die tot nu toe over het onderzoek zijn geschreven. In al deze artikelen kunt u de details van de verschillende analyses en resultaten terugvinden.



2 Tien misverstanden over NEMESIS

De resultaten van NEMESIS hebben vanaf de eerste publicaties, in 1997, hun weg gevonden in wetenschappelijke publicaties, in beleidsrapporten en in de media. De belangrijkste resultaten zijn zo algemeen bekend en aanvaard, dat ze inmiddels zonder bronvermelding worden gebruikt. Doorgaans is er over de resultaten van NEMESIS weinig discussie. Toch hebben we in de loop der jaren gemerkt dat er nog altijd enkele misverstanden en misvattingen zijn. In dit hoofdstuk zullen we proberen die punten te verduidelijken, aan de hand van tien veelgehoorde uitspraken.

Een kwart van de bevolking gestoord? Dat kan niet waar zijn.

Een van de meest besproken uitkomsten van NEMESIS is dat in het afgelopen jaar een kwart van de volwassen bevolking leed aan een psychische stoornis. Het gaat dan om depressieve stoornissen, angststoornissen, schizofrenie, eetstoornissen, of stoornissen in verband met alcohol en drugs. Dit hoge percentage heeft, naast bezorgdheid, ook geleid tot vragen over de juistheid van dit gegeven. Mensen gaan met dit percentage in het achterhoofd heel anders naar hun eigen omgeving kijken. Als dat werkelijk zo zou zijn, waarom zien we dat dan niet? Daar zijn twee belangrijke oorzaken voor: het beeld dat wij hebben van mensen met psychische stoornissen, en het taboe op psychische stoornissen.

Bij psychische stoornissen denken veel mensen aan psychiatrische patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrische inrichting, bijvoorbeeld met schizofrenie. Maar dat is niet terecht: het begrip psychische stoornissen is veel breder en omvat ook mildere vormen die vrijwel niet leiden tot opname in een kliniek, zoals sociale fobie en alcoholmisbruik. Van enkele van deze stoornissen is het de vraag of het label psychische stoornis terecht is. Een klein deel van deze mensen, met name jonge mannen, drinkt in het weekend zoveel dat ze voldoen aan de psychiatrische criteria voor alcoholmisbruik. Het is de vraag of dit in het dagelijks spraakgebruik een psychische stoornis genoemd wordt. Datzelfde geldt voor mensen die alleen lijden aan een

enkelvoudige fobie. Dit verklaart overigens maar een deel van het eerdergenoemde hoge percentage. Wanneer dergelijke groepen niet meegeteld zouden worden, dan rest nog een percentage tussen 15 en 20.

Bij veel mensen met psychische stoornissen speelt daarnaast ook schaamte een belangrijke rol: ook al weet iemand het zelf, hij komt er niet voor uit. Met name bij alcohol en drugsproblemen kunnen mensen heel lang blijven ontkennen dat er een probleem is. Dus in werkelijkheid kan het heel goed dat een op de vier volwassenen zo'n psychische stoornis heeft. Alleen, het is vaak niet zichtbaar, omdat ze dat liever voor zichzelf houden.

Ach, iedereen is wel eens bang, of heeft een dipje. Dat is toch geen stoornis. De laatste decennia zijn veel termen uit de psychiatrie en psychologie terechtgekomen in het dagelijks spraakgebruik. Daarbij is de betekenis van de woorden fobie en depressie in het dagelijks spraakgebruik wat opgerekt: lang niet alle mensen die zelf zeggen dat ze 'een fobie' hebben, hebben dat ook volgens een psychiater.

Om dergelijke misverstanden te voorkomen, doet NEMESIS alleen uitspraken over stoornissen volgens de officiële internationale psychiatrische definities. Dat heeft als bijkomend voordeel dat we de resultaten kunnen vergelijken met die in andere landen. Dus, als we melden dat 7% van de bevolking in het afgelopen jaar leed aan een enkelvoudige fobie, dan wordt daarmee de vrij strenge officiële psychiatrische definitie voor zo'n fobie bedoeld: een hardnekkige onredelijke angst, die maanden tot jaren kan duren, en die het normale gedrag en de sociale activiteiten flink in de weg zit. Ook voor andere stoornissen geldt dat de in NEMESIS gebruikte definitie veel strenger is dan die in het dagelijks spraakgebruik.

Psychische stoornissen zijn alleen vast te stellen door echte psychiaters. Het vaststellen van psychische stoornissen volgens de internationale diagnostische regels is een vak apart. Psychiaters volgen niet voor niets jarenlang onderwijs om dat te leren. Voor NEMESIS hadden we heel graag gebruik gemaakt van goed opgeleide psychiaters om de diagnoses te stellen. Helaas was dat praktisch onmogelijk. Dit soort onderzoek zou onbetaalbaar worden. Daarbij, er is al een tekort aan psychiaters. Om in enkele jaren 16.000 interviews te doen zouden in Nederland zoveel psychiaters vrij moeten worden gemaakt, dat het gewone klinische werk er door zou worden geschaad.

Daarom hebben we gekozen voor een gestructureerd interview, de *Composite International Diagnostic Interview*, ontwikkeld door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Deze vragenlijst is afgeleid van de DSM, het officiële diagnostisch handboek van de Amerikaanse psychiaters. Deze wordt afgenomen door getrainde interviewers die geen clinici zijn. Dit instrument

wordt ook in veel toonaangevend internationaal onderzoek gebruikt. Uit testen in veldonderzoek blijken de diagnoses van de CIDI redelijk vergelijkbaar met die van echte psychiaters. Het instrument heeft zelfs een voordeel: de persoon van de interviewer heeft veel minder invloed op de uitslag, waardoor het resultaat objectiever is. De echte psychiaters doen het voor het vaststellen van de psychotische ziektebeelden, zoals schizofrenie, overigens wel beter. Daarom zijn in NEMESIS door psychiaters extra interviews afgenomen wanneer er sprake was van psychotische symptomen. Voor de objectiviteit hebben ze allemaal dezelfde standaard-vragenlijst gebruikt voor het stellen van de diagnose schizofrenie.

Meedoen aan NEMESIS leidt juist tot psychische problemen.

Aan het eind van het derde interview werd de vraag gesteld of deelnemers het als heel belastend hadden ervaren. Slechts 2,7% van de respondenten zei hierop ja. Over het algemeen waren de reacties positief. Mensen met psychische klachten zijn soms zelfs verbaasd dat onderzoekers zo goed de symptomen kunnen omschrijven zoals zij die zelf ervaren. In sommige gevallen helpt het interview ook om de zaken voor zichzelf eens op een rijtje te zetten. Naar eigen zeggen ging 6% van de respondenten dankzij de interviews beter met hun problemen om. Ruim 3% gaf aan makkelijker hulp te zoeken. In de context van het interview werd ook het oprakelen van vroegere onplezierige dingen niet belastend gevonden.

Voor de duidelijkheid, de geïnterviewden kregen niet te horen aan welke stoornis ze volgens de CIDI leden. Ook de interviewers wisten dat niet: de diagnoses werden pas achteraf door de onderzoekers gesteld aan de hand van computerberekeningen. De onderzoekers konden de gevonden stoornissen niet koppelen aan de namen van de geïnterviewden, omdat alleen de onderzoekers de geanonimiseerde resultaten onder ogen kregen. Zo werd de anonimiteit in alle gevallen gewaarborgd.

NEMESIS geeft een beeld van alle psychische stoornissen.

Was het maar waar. Maar NEMESIS beperkt zich tot een deel van alle psychische stoornissen volgens de DSM. Het diagnostisch classificatiesysteem DSM-III-R onderscheidt vijf assen:

- As-I de klinische stoornissen (bijvoorbeeld depressie en alcoholverslaving)
- As-II de persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen
- As-III somatische aandoeningen
- As-IV de psychosociale en omgevingsproblemen
- As-V de algehele beoordeling van het functioneren.

In NEMESIS werden alleen de As-I diagnoses gemeten (inclusief alcohol- en drugsproblemen) omdat deze met behulp van de CIDI goed vast te stellen zijn. Er is wel informatie vergaard over de meeste overige assen, maar niet met de CIDI.

In NEMESIS zitten geen allochtonen en geen opgenomen psychiatrische patiënten. Het is dus niet representatief.

NEMESIS is een bevolkingsonderzoek onder de volwassen bevolking van Nederland van 18 tot 65 jaar. Voor deze groep is NEMESIS representatief. Elk grootschalig bevolkingsonderzoek kent echter hiaten. Bij elke stoornis kan de vraag gesteld worden welke invloed dit heeft op de werkelijke prevalentie in de Nederlandse bevolking.

Omdat de uitnodigingen voor een interview alleen zijn verstuurd naar huisadressen, vallen mensen die duurzaam in een psychiatrische inrichting verblijven buiten de studie. Daarmee zijn mensen met zeer ernstige psychische stoornissen, zoals schizofrenie, ondervertegenwoordigd. Gelukkig is deze groep vrij klein: door het niet interviewen van mensen in psychiatrische ziekenhuizen ligt de gemeten prevalentie van schizofrenie in NEMESIS slechts 0,05% te laag. Dat verschil is verwaarloosbaar.

Omdat de interviews alleen in het Nederlands werden afgenomen zijn allochtonen in NEMESIS sterk ondervertegenwoordigd. Doordat sommige groepen allochtonen minder alcohol gebruiken zou het zo kunnen zijn dat de werkelijke prevalentie van alcoholstoornissen in de gehele volwassen Nederlandse bevolking lager is. Dat betekent dat, om uitspraken te doen over allochtone Nederlanders, speciaal voor dat doel opgezet (kleinschalig) onderzoek in deze groepen waarschijnlijk betrouwbaarder informatie oplevert. De representativiteit is uiteraard een belangrijk aandachtspunt in de opzet van een nieuw epidemiologisch onderzoek.

De informatie uit NEMESIS is ook te halen uit de registratiegegevens in de GGZ.

Iedereen die zich aanmeldt bij een GGZ-instelling komt in de statistieken terecht. Als iemand wat wilt weten over mensen met psychische stoornissen, dan lijken deze registraties voldoende. Helaas is dat om drie redenen niet mogelijk.

- De registratiesystemen in de GGZ zijn nog in ontwikkeling. Op dit moment zijn betrouwbare cijfers over aantallen mensen die zich aanmelden met een bepaalde stoornis, op deze manier niet te verkrijgen.
- Uit NEMESIS blijkt dat het grootste deel van de mensen met psychische stoornissen zich niet bij de GGZ aanmeldt. Dus, stel dat die systemen over enkele jaren wel werken, dan nog bieden ze onvoldoende inzicht. Een belangrijk deel zoekt hulp in de eerstelijns (huisarts, bedrijfsarts of maatschappelijk werk), of bij vrijgevestigde psychologen en psychiaters. De registraties van al deze hulpverleners zijn slecht op elkaar afgestemd, laat staan dat ze allemaal betrouwbare DSM-diagnoses bevatten.
- De belangrijkste reden om bevolkingsonderzoek naar psychische stoornis-

sen te doen, is dat het grootste deel van de mensen met psychische stoornissen helemaal niet wordt behandeld door hulpverleners. De vraag waarom ze dat niet doen, waar ze wel hulp zoeken (bijvoorbeeld bij familie en vrienden, alternatieve genezers, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisaties, pastor), en wat er van hen wordt, is uitermate beleidsrelevant. Belangrijke beleidsvragen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen met psychische stoornissen kunnen alleen met bevolkingsonderzoek als NEMESIS worden beantwoord.

NEMESIS levert geen relevante informatie op over de geestelijke gezondheidszorg zelf.

NEMESIS zou alleen een gedetailleerd beeld geven van het vóórkomen van psychische stoornissen en niet van de zorg, waarin beleidsmakers vooral geïnteresseerd zijn. NEMESIS was ook met dat doel opgezet: vooral inzicht geven in het vóórkomen van psychische stoornissen en de consequenties ervan, uitgedrukt in meerdere indicatoren waarvan zorggebruik er maar één is. Toch valt er veel over de zorg te zeggen met de NEMESIS-data. Zo zijn in NEMESIS vragen opgenomen over het zorggebruik op alle drie meetmomenten. Daarbij is het zorggebruik bewust breed gedefinieerd om te kunnen laten zien waar volwassenen met psychische stoornissen hulp zoeken: in de geestelijke gezondheidszorg maar ook daarbuiten, zoals eerstelijnszorg en informele zorg. Op het tweede en het derde meetmoment is meer gedetailleerd ingegaan op de omvang van het gebruik (aantal contacten, type hulp, etcetera). NEMESIS geeft geen gedetailleerd inzicht in de intramurale zorg (omdat langdurig opgenomen patiënten niet zijn geïnterviewd), maar wel in het gebruik van ambulante zorg en de eerstelijns; en dit is het type zorg waar de meeste Nederlanders gebruik van maken.

NEMESIS geeft alleen een momentopname van psychische stoornissen.

In de berichtgeving rond NEMESIS is zo de nadruk komen te liggen op de resultaten van de eerste meting, dat veel mensen niet weten dat dezelfde groep volwassenen meerdere jaren is gevolgd. Eén jaar én drie jaar later is vrijwel hetzelfde interview bij dezelfde mensen herhaald. Daarmee kan in NEMESIS ook het ontstaan en beloop van psychische stoornissen globaal in beeld worden gebracht. Zo zijn in NEMESIS op het derde meetmoment meer gedetailleerde vragen opgenomen over het beloop van stemmingsstoornissen, en depressie in engere zin in het bijzonder. Tot voor kort was dit beloop alleen bekend van vaak kleine en zeer selectieve groepen van patiënten, namelijk van mensen met stemmingsstoornissen die meerdere keren voor hun klachten in de geestelijke gezondheidszorg zijn opgenomen.

Dankzij NEMESIS weten we voorlopig alles over psychische stoornissen in Nederland.


De interviews voor NEMESIS vonden plaats in 1996, 1997 en 1999. De drie metingen leverden ongeveer dezelfde resultaten op over aantallen mensen met stoornissen. Gezien de kleine verschillen tussen 1996 en 1999 is het niet aannemelijk dat het aantal mensen met psychische stoornissen sindsdien sterk is veranderd. Met andere woorden: in 2003 en 2004 zijn de NEMESIS-gegevens zeker nog niet verouderd.

Dat zal niet altijd zo blijven. We zijn ons ervan bewust dat er ooit een moment zal komen dat de resultaten wel verouderd zullen zijn. In de epidemiologie geldt daarvoor ongeveer een periode van 10 jaar. Om die reden zou een herhaling van een soortgelijke studie eigenlijk al moeten beginnen in 2006.

Zo'n onderzoek zou opnieuw een overzicht moeten geven van het aantal mensen met psychische stoornissen in de volwassen Nederlandse bevolking. Daarnaast zou opnieuw gekeken moeten worden naar de gevolgen en het zorggebruik. Met name op dat laatste punt verwachten we door veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg belangrijke verschillen, die uiterst beleidsrelevant zijn.

Het is verstandig om in zo'n vervolgstudie enkele lacunes uit de eerste studie te vullen. Zo was in de eerste studie de respons onder allochtonen vrij laag als gevolg van taalproblemen; hier zou extra aandacht aan moeten worden besteed. Daarnaast was er onvoldoende aandacht voor externaliserende psychische stoornissen, zoals antisociale persoonlijkheidsstoornis. Wanneer we meer weten over het voorkomen van dergelijke stoornissen zal het beter mogelijk worden een link te leggen tussen psychische stoornissen en brandende maatschappelijke kwesties als overlast en normoverschrijdend gedrag.

3 Methode



NEMESIS is het eerste onderzoek waarbij een volledig gestructureerd psychiatrisch interview is afgenomen bij een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar. Het is een longitudinaal onderzoek met drie meetmomenten: 1996, 1997 en 1999. Dit betekent dat alle respondenten, zowel degenen met als zonder stoornis op het eerste meetmoment, drie jaar werden gevolgd.

DIAGNOSTISCH INSTRUMENT

De diagnoses zijn gebaseerd op de DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, derde herziene versie), een recent classificatiesysteem van psychische stoornissen. Het diagnostisch interview dat is gebruikt om deze diagnoses vast te stellen is de CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), versie 1.1. De CIDI is een door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) ontwikkeld gestructureerd interview. Het is ontworpen om te worden gebruikt door getrainde interviewers die geen medici zijn. Inmiddels wordt de CIDI wereldwijd toegepast. Uit testen in veldonderzoek van de WHO blijkt het een goed instrument voor bijna alle diagnoses. Alleen acute psychotische ziektebeelden kunnen moeilijk worden bepaald in een gestructureerd interview. In NEMESIS zijn daarom extra interviews afgenomen door medici (psychiaters-in-opleiding) wanneer er sprake was van psychotische symptomen, waarbij gebruik is gemaakt van vragen uit de Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), een instrument voor het stellen van onder andere de diagnose schizofrenie.

De CIDI bevat vragen naar symptomen van een psychische stoornis. Op basis van de antwoorden op de vragen naar symptomen, en de last die mensen daarvan ondervinden, wordt bepaald of een respondent voldoet aan alle criteria van een stoornis. Ook wordt gevraagd wanneer de stoornis voor het eerst en voor het laatst optrad. We hadden naast gegevens over de stoornissen dus ook gegevens over de verschillende symptomen. Met dat laatste kon-

den we bijvoorbeeld het ontstaan van bepaalde symptomen van schizofrenie onderzoeken (zoals wanen), maar ook het vóórkomen van suïcidegedachten en -pogingen, die symptomen zijn van depressie.

WELKE PSYCHISCHE STOORNISSEN ZIJN IN NEMESIS ONDERZOCHT?

Stemmingsstoornissen

- *Depressie*

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

- *Dysthymie*

Iemand heeft een depressieve stemming die minstens twee jaar duurt, maar die niet altijd even sterk aanwezig is. Hij heeft daarnaast nog twee klachten zoals: slechte eetlust of te veel eten, moeite met slapen, vermoeidheid of verlies aan energie en gevoelens van waardeloosheid.

- *Bipolaire stoornis*

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

Angststoornissen

- *Paniekstoornis*

Iemand heeft aanvallen van ernstige ongefundeerde angst, die optreedt zonder dat daar directe aanleiding voor is, en die gepaard gaan met een aantal andere klachten, zoals ademnood, hartkloppingen, transpireren en angst om de controle over zichzelf te verliezen. Wanneer iemand uit vrees voor nieuwe paniekaanvallen menigten gaat mijden en situaties waar hij niet snel genoeg uit weg kan komen, is er sprake van agorafobie (ook wel pleinvrees genoemd).

- *Sociale fobie*

Iemand is heel bang voor bepaalde sociale situaties, vooral als daar een prestatie van hem of haar wordt verwacht. Hij is bijvoorbeeld niet in staat in het openbaar te spreken. Vaak heeft hij gevoelens van schaamte en angst voor afwijzing. Als hij kan, probeert hij de situatie te vermijden.

- *Specifieke of enkelvoudige fobie*

Iemand heeft een grote angst voor één bepaald ding, dier of situatie (bijvoor-

beeld angst voor spinnen, wateroppervlakten, vliegen). De angst moet wel zo groot zijn dat iemand daardoor in het dagelijks leven beperkt wordt.

- *Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)*

Iemand heeft gedachten die steeds terugkeren of voert bepaalde handelingen dwangmatig uit. Dwanggedachten zijn gedachten of ideeën die telkens terugkomen en beleefd worden als opgedrongen. Daarom probeert de betrokkene deze gedachten te negeren of te onderdrukken, of te neutraliseren door een andere gedachte of handeling. Dwanghandelingen zijn zich herhalende gedragingen als reactie op een dwanggedachte (bijvoorbeeld zeer herhaald controleren van de buitendeur of handenwassen).

- *Gegeneraliseerde angststoornis*

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

Middelenstoornissen

- *Alcohol- en drugsmisbruik*

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

- *Alcohol- en drugsafhankelijkheid*

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

Eetstoornissen

- *Anorexia nervosa of magerzucht*

Iemand is buitensporig bang om aan te komen, ook als het lichaamsgewicht al veel te laag is. Er is sprake van een stoornis in de lichaamsbeleving. Dit uit zich in ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht, een vertekend beeld van het eigen lichaam, of in een onevenredig groot belang van het gewicht of lichaamsvorm voor het gehele zelfbeeld.

- *Boulimia nervosa*

Iemand heeft veelvuldig vreetbuien, en doet pogingen gewichtstoename te voorkomen door het eenmaal ingeslikte voedsel op onnatuurlijke wijze snel weer kwijt te raken, bijvoorbeeld door een vinger in de keel te steken, te vasten of laxeermiddelen te gebruiken.

Schizofrenie

Iemand heeft symptomen als wanen (hij beeldt zich iets in dat niet klopt met de werkelijkheid), hallucinaties (hij heeft waarnemingen die niet door anderen worden gedeeld, zoals stemmen horen), negatieve symptomen (zoals afgestompte gevoelens en emoties) of onsaamhangende spraak en chaotisch gedrag.

WELKE ANDERE ASPECTEN WERDEN GEMETEN?

Om te bepalen welke aspecten samenhangen met het vóórkomen, het ontstaan en een ongunstig beloop van bepaalde psychische stoornissen is naast de diagnoses ook een aantal andere vragenlijsten afgenomen. Bij de keuze van deze zogenoemde risicofactoren hebben we ons laten leiden door het zogenoemde stress-kwetsbaarheidmodel. Dit geeft aan dat bij het ontstaan van psychische stoornissen naast stressvolle gebeurtenissen psychische kwetsbaarheid een rol speelt.

We hebben daarom naast de diagnoses de volgende aspecten gemeten in NEMESIS.

- *Sociaal-demografische kenmerken*
Geslacht, leeftijd, opleiding, urbanisatiegraad, woonsituatie, werksituatie
- *Levensgebeurtenissen*
Het hebben meegemaakt van recente positieve levensgebeurtenissen, negatieve levensgebeurtenissen, slepende conflicten en recente of minder recente traumatische gebeurtenissen
- *Kwetsbaarheidsfactoren*
Jeugdtrauma (verwaarlozing, psychische of fysieke mishandeling, of seksueel misbruik in de jeugd), aanwezigheid van stoornissen bij de ouders, sociale steun en persoonlijkheidskenmerken, (zoals externe of interne beheersingsoriëntatie – *mastery* –, neuroticisme, zelfwaardering) en somatische aandoeningen

HOE WERD DE STEEKPROEF GETROKKEN?

In NEMESIS werd gebruik gemaakt van een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure. Eerst werd een steekproef van 90 gemeenten getrokken. Daarna werd binnen deze gemeenten een aselechte steekproef van privé-huishoudens (adressen) getrokken uit het bestand van PTT-postafgiftepunten. In grote gemeenten werden meer huishoudens getrokken dan in kleine gemeenten.

De geselecteerde huishoudens kregen een introductiebrief met een oproep tot deelname. Deze was ondertekend door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Direct daarna volgde een telefonische benadering door de interviewers. Huishoudens zonder telefoon of met een geheim nummer (18%) werden thuis bezocht.

Per huishouden werd aselekt één respondent gekozen; degene die het laatst jarig was geweest. Deze moest tenminste 18 en ten hoogste 64 jaar zijn en de Nederlandse taal voldoende beheersen. Personen die niet direct bereikbaar waren (vanwege ziekenhuisopname, op reis, detentie en dergelijke)

werden op een later tijdstip opnieuw benaderd. Respondenten kregen geen financiële vergoeding, maar slechts een kleine attentie na afloop van het gesprek.

Bij het veldwerk was een groot aantal interviewers betrokkenen: in de eerste ronde waren dit 90 interviewers, allen ervaren in wetenschappelijke gegevensverzameling. Zij hadden een vierdaagse training gehad op het WHO-CIDI-trainingscentrum van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

De kwaliteit van het veldwerk werd continu gecontroleerd. Zo is met 1270 aselect gekozen respondenten persoonlijk contact opgenomen om hun oordeel te vragen over het interview en de interviewer. Verder werd van iedere interviewer zijn gerealiseerde interviewrespons bijgehouden, en zijn alle binnengekomen interviews door de onderzoekers gecontroleerd op eventuele onvolkomenheden en toelichtingen bij antwoorden. Al deze maatregelen maakten een constante bewaking van de voortgang en de kwaliteit van het veldwerk mogelijk.

TABEL 3.1 OVERZICHT VAN DE RESPONS BIJ DE DRIE METINGEN VAN NEMESIS

	<i>Eerste meting</i>	<i>Tweede meting</i>	<i>Derde meting</i>
Aantal respondenten	7076	6518	4796
Respons	70%	79%	85%
Ondervertegenwoordigd	18-24-jarigen	18-24-jarigen	18-24-jarigen

RESPONS EN REPRESENTATIVITEIT

De eerste meting

In totaal zijn in de eerste meting 7076 personen geïnterviewd, met een respons van 70%. Vergeleken met de Nederlandse bevolking kwamen de respondenten goed overeen qua sekse, burgerlijke staat en mate van urbanisatie. Alleen 18-24-jarigen waren ondervertegenwoordigd.

Bij de eerste meting deed 70% van de benaderden mee. Het is niet uit te sluiten dat juist de weigeraars leden aan psychische stoornissen. Om dat na te gaan werd aan de weigeraars gevraagd of ze een korte vragenlijst over psychische problematiek, de GHQ-12 (*General Health Questionnaire* met 12 vragen), wilden laten afnemen. Bij 44% van de weigeraars konden die gegevens worden verzameld. De GHQ-score verschilde nauwelijks tussen respondenten

en weigeraars. Dus waarschijnlijk hebben de weigeraars niet meer psychische stoornissen dan de mensen in het onderzoek.

Respons en kenmerken van non-responders bij de tweede meting

Van de 7076 respondenten die aan het eerste interview hadden deelgenomen konden er een jaar later 5618 (79%) succesvol opnieuw worden geïnterviewd. We onderzochten de kenmerken van de uitvallers, en maakten een onderscheid naar:

- Personen die niet te achterhalen waren (18 %)
 Onbereikbaarheid kwam vaker voor bij jongeren, bewoners van stedelijke gebieden en mensen die niet met een vaste partner wonen.
- Personen die verdere deelname weigerden (76%)
 Weigering kwam ook vaker voor bij jongeren en daarnaast bij lager opgeleiden en mensen zonder betaald werk.
- Personen die te ziek waren om aan het onderzoek deel te nemen of overleden waren (6%)
 Een hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau en geen betaald werk hebben verklaarden uitval door ziekte of sterfte.

Voor het meedoen aan de tweede meting maakte het niet veel uit of iemand op het eerste meetmoment een psychische stoornis had.

Respons en kenmerken van de non-responders bij de derde meting

In totaal konden van de 5618 personen die aan de tweede meting hadden deelgenomen er 4796 (85%) opnieuw worden geïnterviewd. De uitval bij de derde meting was dus kleiner dan bij de tweede meting, ondanks het feit dat tussen de tweede en derde meting twee jaar zat.

De redenen van non-respons verschilden bij de derde meting licht van de tweede meting. De groep weigeraars was afgenomen en de groep onbereikbaren en de groep uitvallers wegens ziekte of sterfte iets toegenomen. Ook bij deze derde meting bleek bij de leeftijdscategorie 18-24 jaar iets meer uitval te bestaan.

Weer werd berekend of de uitval samenhang met psychische stoornissen op de tweede meting. In het algemeen gold dat het hebben van minstens één stoornis niet samenhang met de deelname aan de derde meting. Per stoornis apart vonden we wel kleine verschillen. Mensen met depressie, dysthymie en alcoholafhankelijkheid op de tweede meting, deden in verhouding iets minder mee met de derde meting.

CONCLUSIE

In Nederland is NEMESIS het eerste onderzoek naar psychische stoornissen dat onder de algemene bevolking is gehouden waarbij mensen een langere tijd werden gevolgd. De respons van alle drie meetmomenten was goed. Alle drie metingen laten een ondervertegenwoordiging zien van 18-24-jarigen. Uitvallers hadden nauwelijks vaker een psychische stoornis.

LITERATUUR

- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2448-52.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 581-586.
- Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WAM. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology* 2000; 152: 1039-1047.



4 Het vóórkomen van psychische stoornissen

In dit hoofdstuk bespreken we het voorkomen van verschillende psychische stoornissen in de bevolking, in welke mate dit verschilt van andere landen, welke groepen een verhoogd risico lopen op het hebben van psychische stoornissen, en wat dit alles betekent voor hulpverlening en beleid.

HOE VAAK KOMEN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN DE BEVOLKING VOOR?

Op het eerste meetmoment had 41% van de volwassenen één of meerdere malen in hun leven een psychische stoornis gehad. Bij een op de vier volwassenen (ruim 23%) ging het om een stoornis in de afgelopen 12 maanden. Het meest kwamen angststoornissen, stemmingsstoornissen en problemen met verslavende middelen voor (zie tabel 4.1).

Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad en 12% de afgelopen 12 maanden. Binnen de groep van angststoornissen komen de enkelvoudige fobie en de sociale fobie het meeste voor; de obsessief-compulsieve stoornis is vrij zeldzaam.

Eveneens een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een stemmingsstoornis gehad, ruim 7% de afgelopen 12 maanden. Binnen de groep van stemmingsstoornissen komen de depressie in engere zin en dysthymie het meeste voor; de bipolaire stoornis het minst.

Een op de zes Nederlanders heeft ooit problemen met alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid gehad, een op de twaalf de afgelopen 12 maanden. Misbruik en afhankelijkheid van drugs kwamen minder vaak voor, namelijk samen bij 3% van de bevolking ooit in het leven. Daarnaast zijn er tal van andere psychische stoornissen, zoals eetstoornissen (boulimie en anorexia nervosa) en psychoses (bijvoorbeeld schizofrenie), maar die zijn veel zeldzamer.

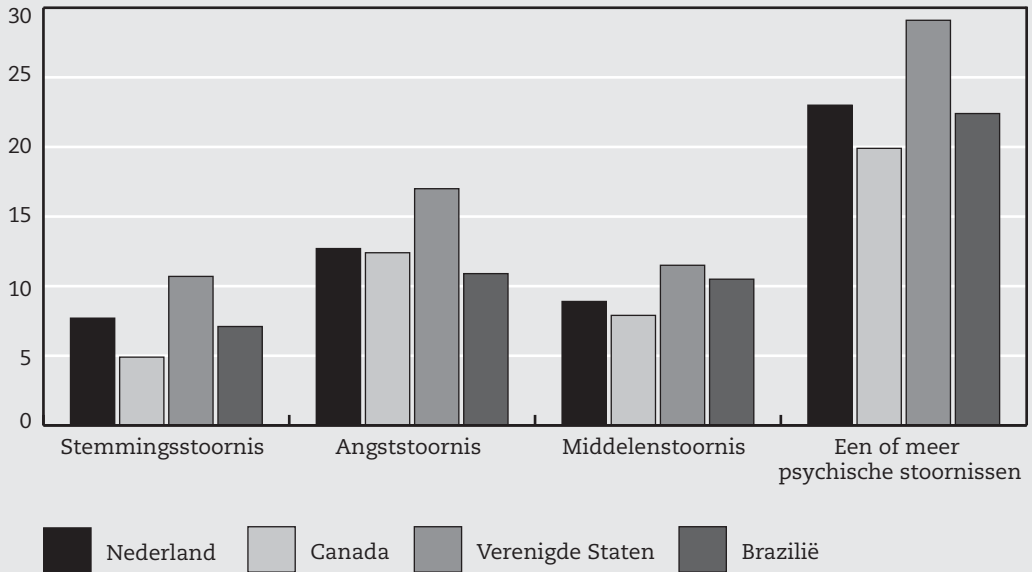
TABEL 4.1 VOLWASSENEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS, OOIT IN HET LEVEN EN IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN [IN %]

DSM-III-R diagnose	Ooit in het leven %	In de afgelopen 12 maanden %
Stemmingsstoornis	19,0	7,6
Angststoornis	19,3	12,4
Alcoholmisbruik/-afhankelijkheid	17,2	8,2
Drugsmisbruik/-afhankelijkheid	3,1	1,3
Schizofrenie	0,4	0,2
Eetstoornis	0,7	0,4
Een of meer psychische stoornissen	41,2	23,5

NEDERLANDERS ZIJN PSYCHISCH NIET ZIEKER DAN INWONERS VAN ANDERE LANDEN

De methodiek van NEMESIS is ook in enkele andere landen gevolgd. Daardoor kon de Wereld Gezondheidsorganisatie die landen onderling vergelijken op de mate waarin psychische stoornissen voorkomen. Voor angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelenstoornissen (misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs) neemt ons land een middenpositie in (figuur 4.1). In de Verenigde Staten bijvoorbeeld is het percentage mensen dat de afgelopen 12 maanden een psychische stoornis had hoger, namelijk 29. In Canada was dit percentage lager, namelijk 20.

FIGUUR 4.1 PERCENTAGE VOLWASSENEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN. EEN VERGELIJKING VAN NEDERLAND MET CANADA, VERENIGDE STATEN EN BRAZILIË



Risicogroepen en -factoren voor psychische stoornissen

Iedereen kan een psychische stoornis hebben, maar de kans is groter bij:

Bepaalde demografische kenmerken

- Jongvolwassenen
- Stedelingen
- Alleenstaanden en alleenstaande ouders

Bepaalde sociaal-economische kenmerken

- Lager opgeleiden
- Volwassenen met een laag of gemiddeld inkomen
- Huisvrouwen en huismannen
- Werklozen en arbeidsongeschikten

Een problematische voorgeschiedenis

- Kinderen van ouders met een psychische stoornis
- Volwassenen die vroeger mishandeld of verwaarloosd zijn

WELKE GROEPEN HEBBEN EEN VERHOOGD RISICO OP PSYCHISCHE STOORNISSEN?

De risicogroepen voor het hebben van angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelenstoornissen komen in grote lijnen overeen. Toch zijn er enkele, noemenswaardige verschillen. Zo komen middelenstoornissen niet vaker voor bij lager opgeleiden, volwassenen met een laag of gemiddeld inkomen, huisvrouwen en -mannen, en komen angststoornissen bij stedelingen even vaak voor als bij plattelandbewoners.

Jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) hadden in NEMESIS ruim tweemaal zo vaak een psychische stoornis als ouderen (55 tot 65 jaar): 34% tegen 15%. Debet aan dit verschil was vooral het hoge aandeel (21%) jongvolwassenen bij wie sprake was van misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs, veel meer dan bij de bedoelde oudere volwassenen (3%). Kijken we alleen naar het voorkomen van stemmingsstoornissen dan hebben volwassenen in de leeftijd van 35-44 jaar twee keer zoveel kans op een stemmingsstoornis als 55 tot 65 jarigen.

Bij stedelingen komen bijna twee keer zo vaak middelenstoornissen voor als bij plattelandbewoners. Mensen die weinig sociale steun krijgen, zoals alleenstaanden en alleenstaande ouders, hebben twee tot tweeëneuhalf keer zoveel kans op een psychische stoornis. Mensen die in een lagere sociaal-economische positie verkeren, zoals lager opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten, kampen twee tot drie keer zovaak met een psychische stoornis. Bij lager opgeleiden zien we vooral angststoornissen; bij werklozen stemmingsstoornissen. Volwassenen met traumatische jeugdervaringen waaronder mishandeling en verwaarlozing zijn ook extra kwetsbaar voor psychische stoornissen: zij hebben bijna vier keer zoveel kans op een stemmingsstoornis.

Over het geheel gezien komen psychische stoornissen bij vrouwen en bij mannen even vaak voor. De aard van de problemen verschilt echter. Vrouwen lopen naar verhouding bijna twee keer zoveel kans op stemmingsstoornissen (depressie in engere zin, dysthymie) en angststoornissen, terwijl mannen vier maal zo vaak misbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs kennen.

Homoseksuelen hebben meer kans op psychische stoornissen

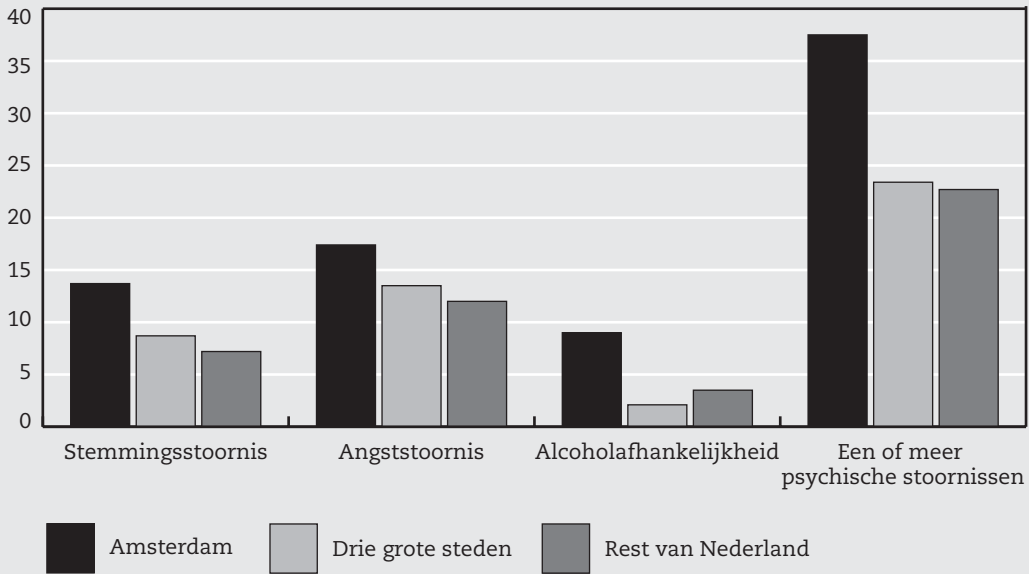
Homoseksuele mannen hebben een grotere kans op stemmingsstoornissen dan heteroseksuele mannen (39% van hen lijdt ooit in het leven aan een stemmingsstoornis tegenover 13% van de heteroseksuele mannen); hetzelfde geldt voor angststoornissen (32% tegenover 13%). Daarnaast lijden lesbische vrouwen vaker aan stemmingsstoornissen en middelenstoornissen (respectievelijk 49% en 26% ooit in het leven) dan heteroseksuelen (respectievelijk 24% en 7%). Homoseksuele mannen en vrouwen hadden ook vaker twee of meer psychische stoornissen gedurende het gehele leven dan heteroseksuelen. Seksuele voorkeur op zich hoeft niet oorzaak te zijn van deze verschillen. Een grotere psychosociale kwetsbaarheid kan mede oorzaak zijn van het grotere risico op psychische stoornissen bij homoseksuele mannen en vrouwen.

AMSTERDAMMERS ZIJN PSYCHISCH VAKER ZIEK DAN INWONERS VAN ANDERE STEDEN EN DORPEN

Bij stedelingen komen vaker stemmingsstoornissen en angststoornissen voor, maar dit geldt niet voor alle inwoners van grote steden. Zo is de omvang van psychische stoornissen in Amsterdam significant hoger dan in de rest van Nederland, terwijl dit niet het geval is voor de drie overige grote steden Den Haag, Rotterdam en Utrecht. In Amsterdam heeft ruim een op de drie in de afgelopen 12 maanden een psychische stoornis gehad tegenover één op de vier in de drie overige steden en de rest van Nederland. De grootste verschillen tussen Amsterdam en de rest van Nederland zien we bij het voorkomen van stemmingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid (zie figuur 4.2). Deze verschillen blijven bestaan na correctie voor verschillen in bevolkingsopbouw (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen) tussen Amsterdam en de rest van Nederland. Aanvullend onderzoek kan uitwijzen of de grote stad ziekmakend is of dat mensen met problemen naar de grote stad trekken.

FIGUUR 4.2

PERCENTAGE VOLWASSENEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN: VERGELIJKING AMSTERDAM, DRIE GROTE STEDEN EN REST VAN NEDERLAND

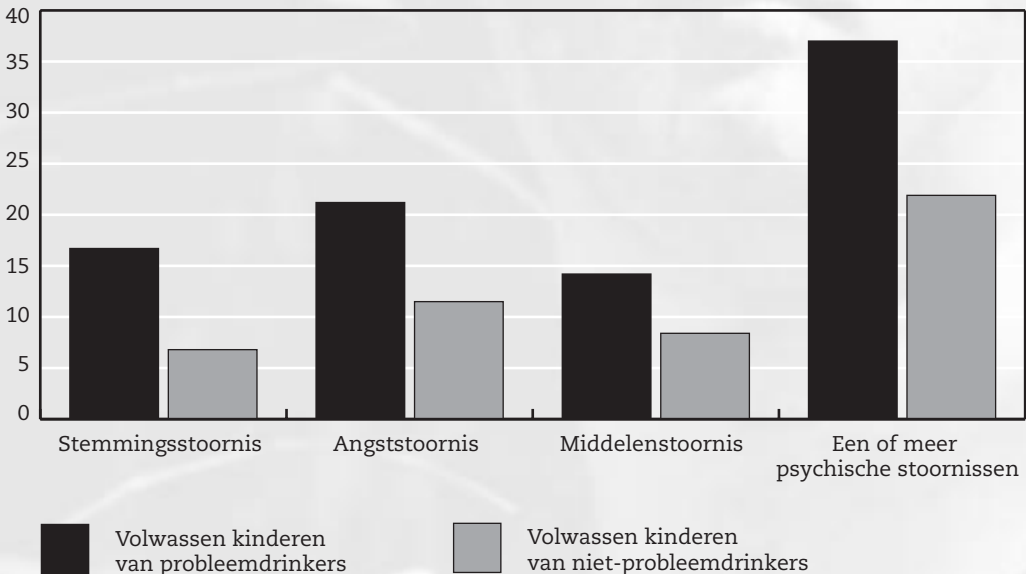


Volwassen kinderen van probleemdrinkers hebben meer kans op psychische stoornissen

Volwassen kinderen van probleemdrinkers, in het bijzonder vaders, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een of meer psychische stoornissen. Zo heeft ruim een op de vijf van deze volwassen kinderen in de afgelopen 12 maanden een angststoornis gehad tegenover een op de tien volwassen kinderen van niet-probleemdrinkers. Voor alle stoornissen samen zijn deze verhoudingsgetallen ruim een op de drie tegenover een of de vijf volwassen kinderen (zie figuur 4.3).

Volwassen kinderen van probleemdrinkers krijgen doorgaans ook eerder psychische stoornissen. Zo lag bij hen de gemiddelde leeftijd bij het ontstaan van een stemmingsstoornis of een angststoornis drie jaar eerder dan bij volwassen kinderen van niet-probleemdrinkers (respectievelijk 25 jaar tegenover 28,5 jaar en 16 jaar tegenover 19 jaar). Beide groepen verschillen niet in de gemiddelde leeftijd bij het ontstaan van middelenstoornissen (misbruik en afhankelijkheid van alcohol of drugs).

FIGUUR 4.3 **PERCENTAGE VOLWASSENEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN NAAR PROBLEMATISCH DRANKGEBRUIK VAN DE OUDERS**



CONCLUSIE

NEMESIS laat zien dat veel volwassenen in hun leven een psychische stoornis doormaken. Deze cijfers komen overeen met buitenlands onderzoek. Bepaalde bevolkingscategorieën lopen een verhoogd risico op het krijgen van een psychische stoornis, zoals jongvolwassenen, alleenstaanden, werklozen en arbeidsongeschikten. De risicogroepen voor angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelenstoornissen komen in grote lijnen overeen. Toch zijn er belangrijke verschillen in risicogroepen tussen de verschillende psychische stoornissen. Daarom is het voor preventiewerkers en beleidsmakers van belang om risicogroepen te onderscheiden naar de afzonderlijke psychische stoornissen.

LITERATUUR

- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2453-2460.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 587-595.
- Bijl RV, Graaf R de, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen H-U. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 2003; 22: 122-133 .
- Cuijpers P, Langendoen Y, Bijl RV. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset, and comparison with other risk factors. *Addiction* 1999; 94: 1489-98.
- Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 85-91.
- Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. Psychiatrische morbiditeit in de grote steden. Een vergelijking van Amsterdam in het bijzonder met de drie overige grote steden (Den Haag, Rotterdam en Utrecht) tezamen en de rest van Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2001; 79: 155-161.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Bijl R, Kessler RC, Demler O, Walters E, Kylyc C, Offord D, Bedirhan Üstün T, Wittchen H-U). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *The International Journal of Public Health* 2000; 78: 413-426.

5

Het ontstaan van nieuwe psychische stoornissen

Het ontstaan van (psychische) aandoeningen, voor het eerst in het leven of in een bepaalde periode, wordt incidentie genoemd. Om incidentie te bepalen is longitudinaal onderzoek noodzakelijk. Grootschalige longitudinale psychiatrisch-epidemiologische studies onder de algemene bevolking zijn echter zeer schaars. Met de NEMESIS-gegevens van het eerste en tweede meetmoment konden we bepalen hoe vaak zich in een periode van 12 maanden psychische stoornissen ontwikkelden bij mensen die een bepaalde stoornis nog niet eerder hadden gehad. Incidentie wordt hier gedefinieerd als het aantal personen dat in de onderzoeksperiode voor het eerst in hun leven een stoornis krijgt, gedeeld door het totaal aantal personen dat bij het begin van die periode deze stoornis nooit eerder heeft gehad.

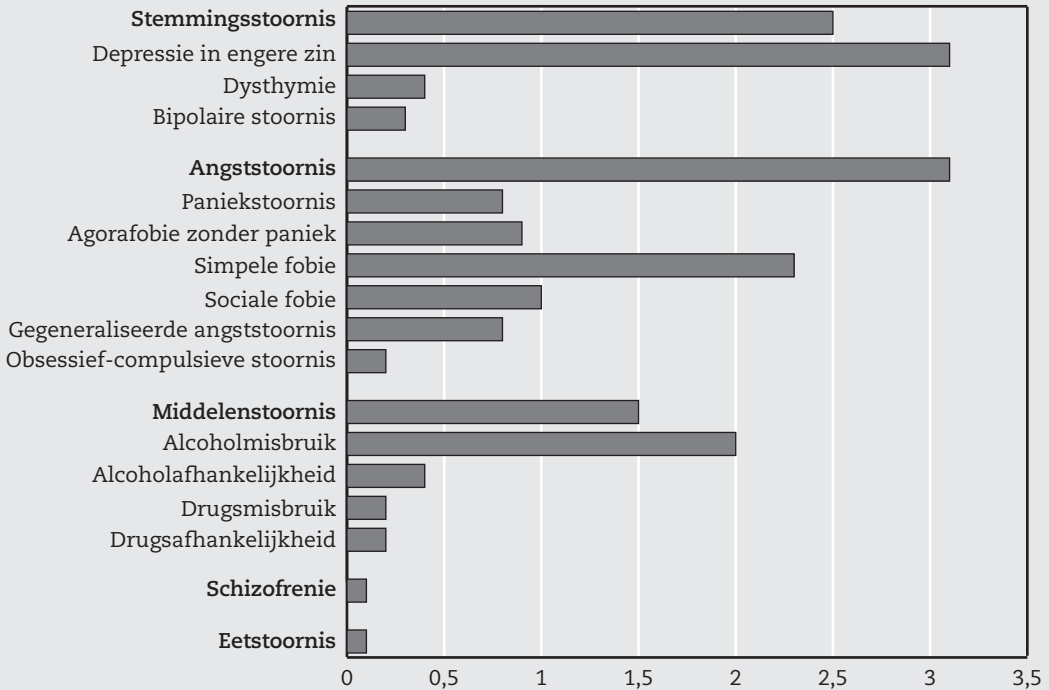
Met de NEMESIS-gegevens konden in de algemene bevolking ook de risicogroepen en risico-indicatoren van psychische stoornissen worden geïdentificeerd. De omstandigheden waarin de stoornissen ontstonden, werden immers gemeten vóór de stoornis zich openbaarde. Kennis van deze risico-indicatoren is van belang voor het nemen van maatregelen ter preventie van het ontstaan van psychische stoornissen. Als bijvoorbeeld blijkt dat (volwassen) kinderen van ouders met een psychiatrische verleden meer risico lopen op psychische stoornissen, dan is het belangrijk bij deze groep specifieke preventiemaatregelen te nemen.

Risico-indicatoren voor het ontstaan van psychische stoornissen werden onderverdeeld in kwetsbaarheidsfactoren, zoals vroege jeugdervaringen en persoonlijkheid, en uitlokkende factoren, zoals recente, stressvolle levensgebeurtenissen.

HOE VAAK ONTSTAAN NIEUWE PSYCHISCHE STOORNISSEN?

Het staafdiagram laat het percentage nieuwe gevallen van afzonderlijke stoornissen en hoofdgroepen van stoornissen zien.

FIGUUR 5.1 PERCENTAGE VOLWASSENEN MET EEN NIEUWE PSYCHISCHE STOORNIS IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN



De incidentie van een hoofdgroep heeft betrekking op het ontstaan van een nieuwe stoornis uit deze hoofdgroep, bij mensen die op het eerste meetmoment nooit een stoornis uit dezelfde hoofdgroep hebben gehad. Een voorbeeld: iemand die nu voor het eerst sociale fobie krijgt, en vroeger ooit last had van een enkelvoudige fobie, wordt niet meegeteld bij het bepalen van de incidentie van de hoofdgroep angststoornissen, omdat er immers eerder al sprake was van een angststoornis.

De incidentie van een afzonderlijke stoornis heeft betrekking op het ontstaan van een nieuwe stoornis, ongeacht of iemand in het verleden een andere stoornis uit dezelfde hoofdgroep heeft gehad. De persoon uit het bovenstaande voorbeeld wordt nu wel meegeteld bij het bepalen van de

incidentie van sociale fobie, maar niet voor de incidentie in de hoofdgroep. De incidentie van een hoofdgroep kan dus lager uitvallen dan de incidentie van een afzonderlijke stoornis uit die hoofdgroep.

Van de hoofdgroepen komen nieuwe angststoornissen het meest frequent voor, gevolgd door stemmingsstoornissen en middelenstoornissen.

Depressie, simpele fobie en alcoholmisbruik zijn de meest frequente afzonderlijke incidentie stoornissen.

RISICOFACTOREN VAN NIEUWE STEMMINGS-, ANGST- EN MIDDELENSTOORNISSEN

Omdat de incidenties van de meeste psychische stoornissen vanuit statistisch oogpunt zeer laag zijn, komen hier alleen determinanten aan bod van incidentie van de belangrijkste hoofdgroepen stoornissen, namelijk stemmings-, angst- en middelenstoornissen.

Vrouwen, en mensen die niet met een vaste partner wonen, lopen een grotere kans een nieuwe stemmingsstoornis te ontwikkelen. De sterkste voorspellers hiervan zijn negatieve levensgebeurtenissen en langdurige conflicten. Een hoge mate van neuroticisme en een lage zelfwaardering hangen ook samen met deze incidentie. De symptomen slaapproblemen, verlies aan energie, en interesseverlies in het verleden zijn ook sterke voorspellers.

Incidentie van angststoornissen komt ook vaker voor bij vrouwen.

Daarnaast zijn mensen zonder betaalde baan en mensen met somatische ziekten vatbaarder voor deze psychische stoornissen. Ook hier zijn negatieve levensgebeurtenissen en langdurige conflicten significante voorspellers, echter minder sterk dan bij stemmingsstoornissen. Er is ook een samenhang met neuroticisme en zelfwaardering.

Incidentie van middelenstoornissen laat een beduidend ander beeld zien: demografische risicofactoren spelen de grootste rol. Nieuwe middelenstoornissen komen beduidend vaker voor bij mannen en jongvolwassenen, en vaker bij mensen die niet met een vaste partner wonen.

Levensgebeurtenissen hebben nauwelijks invloed op het ontstaan van deze stoornissen. Ook persoonlijkheidsfactoren spelen nauwelijks een rol. Symptomen van middelenstoornissen, zoals niet-succesvolle pogingen in het verleden om het alcoholgebruik te beperken, zijn wel significante voorspellers.

Depressie ontstaat eerder bij mensen die daarvan al symptomen hadden

Mensen die wel een aantal symptomen van een bepaalde stoornis hebben, maar niet genoeg om daadwerkelijk aan de diagnose te voldoen, hebben een grotere kans om in de toekomst deze stoornis te krijgen dan mensen die geen symptomen hebben. We onderzochten dit voor depressie.

Minor depression wordt gedefinieerd als een depressie met minder symptomen dan de gewone depressie (ook wel *major depression* genoemd). In NEMESIS vonden we dat *minor depression* vaak voorkomt: 8% van de respondenten had dit in het jaar voorafgaand aan de tweede meting, terwijl dit voor *major depression* 3% was. Met een toename van het aantal symptomen van depressie steeg de mate van beperking en het zorggebruik. Bij mensen die een *minor depression* hadden was het risico dat men twee jaar later voor het eerst in het leven *major depression* kreeg 8%, terwijl dat voor mensen zonder depressieve symptomen slechts 2% was.

RISICOFACTOREN VAN NIEUWE PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN EN SCHIZOFRENIE

Naast risicofactoren van incidente stemmings-, angst- en middelenstoornissen werden ook verschillende risicofactoren van schizofrenie en psychotische symptomen onderzocht. Psychotische symptomen wil zeggen dat iemand niet de volledige diagnose van schizofrenie heeft. Het ervaren van een jeugdtrauma (verwaarlozing, psychische of fysieke mishandeling of seksueel misbruik) bleek verband te houden met het latere ontstaan van psychotische symptomen en schizofrenie. Neuroticisme en een lage zelfwaardering verhogen de kans op psychotische symptomen en schizofrenie. Het ontstaan van de daadwerkelijke diagnose schizofrenie bij mensen met ervaringen met hallucinaties (zonder de diagnose schizofrenie) hangt ook samen met het eerder hebben gehad van een stemmingsstoornis.

Bij mensen die cannabis gebruiken wordt vaker schizofrenie gezien. Het is de vraag of mensen die cannabis gebruiken meer kans hebben om schizofreen te worden, of dat cannabis gebruikt door schizofrenen ter verbetering van de eigen stemming. Dit kon worden onderzocht bij mensen die in de eerste meting nog nooit psychotische symptomen hadden ervaren. Cannabisgebruik blijkt de kans op het later ontstaan van psychotische symptomen en ook van schizofrenie te vergroten. Hoe vaker iemand gebruikt, hoe groter ook die kans.

Tot slot is nagegaan of het vaker ervaren van discriminatie psychose-achtige fenomenen kan veroorzaken, waardoor men risico loopt om daadwerkelijk schizofrenie te ontwikkelen. In NEMESIS werd onderzocht of mensen met

ervaringen met discriminatie wegens leeftijd, sekse, seksuele voorkeur, etnische achtergrond, handicap of uiterlijk, vaker later psychotische symptomen ontwikkelen dan mensen zonder die ervaringen. Dit werd inderdaad gevonden voor wanen, maar niet voor hallucinaties. Mogelijk ligt hier een verklaring voor het feit dat schizofrenie onder etnische minderheden vaker blijkt voor te komen.

CONCLUSIE

Van de afzonderlijke nieuwe stoornissen komen depressie, simpele fobie en alcoholmisbruik het meest voor. Van de hoofdgroepen komen nieuwe angststoornissen het meest frequent voor. Geconcludeerd kan worden dat nieuwe stemmings- en angststoornissen sterker samenhangen met levensgebeurtenissen; en middelenstoornissen sterker met demografische factoren. Jeugdtrauma, neuroticisme, lage zelfwaardering, eerdere stemmingsstoornissen, cannabisgebruik en ervaringen met discriminatie vergroten de kans op psychotische symptomen en/of schizofrenie. Preventiemaatregelen ter voorkoming van het ontstaan van nieuwe psychische stoornissen zou van de kennis van deze risicofactoren gebruik moeten maken.

LITERATUUR

- Bijl RV, Graaf R de, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 372-379.
- Cuijpers P, Graaf R de, Dorsselaer S van. Quality of life, health care use and risk of getting major depression in first incidence minor depression: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*. In druk.
- Graaf R de, Bijl RV, Ravelli A, Vollebergh WAM. Predictors of incidence of first-onset psychiatric disorders among adults: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 303-313.
- Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, McKenzie K, Os J van. Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182:71-76.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. Childhood abuse as a risk factor for schizophrenia. Aangeboden.
- Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Os J van. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 1-6.
- Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Graaf R de, Vollebergh WAM, Bak M, Os J van. Depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. Aangeboden.
- Os J van, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, Graaf R de, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology* 2002; 156: 319-327.
- Smit F, Vollebergh WAM, Bijl RV, Graaf R de. Early risk factors for anxiety disorders: Results from a population-based prospective study. Aangeboden.

6

Het samengaan van meerdere psychische stoornissen

Het vóórkomen in een bepaalde tijdsperiode van meer dan één stoornis, hier psychische stoornissen, wordt comorbiditeit genoemd. Uit verschillende bevolkingsonderzoeken blijkt dat psychische comorbiditeit geregeld voorkomt. *The Epidemiologic Catchment Area Program* en *the National Comorbidity Study*, beide in de Verenigde Staten uitgevoerd, rapporteren dat 54%, respectievelijk 56% van de respondenten met een geschiedenis van tenminste één DSM-III(-R) stoornis ook een of meer andere psychische stoornissen hadden. In Nederland was dat percentage 45%. Comorbiditeit heeft belangrijke consequenties. Het is geassocieerd met ernstigere klachten, meer functionele beperkingen en langere duur van de stoornis. Mensen die lijden aan meerdere stoornissen tegelijk maken ook meer gebruik van de gezondheidszorg dan mensen met maar één stoornis.

HOE VAAK KOMEN STOORNISSEN SAMEN VOOR?

Psychische stoornissen komen in de bevolking geregeld voor: 24% van de volwassen bevolking heeft in het jaar voorafgaand aan het interview tenminste één psychische stoornis gehad. Ruim eenderde van hen had twee of meer stoornissen. Bijna de helft van deze mensen (46%) had in het afgelopen jaar zelfs drie of meer stoornissen.

Middelenstoornissen, met uitzondering van drugsafhankelijkheid, komen minder vaak voor in combinatie met andere stoornissen. Ongeveer 25% van de respondenten met een middelenstoornis in het afgelopen jaar had daarnaast een andere stoornis.

Combinaties van stemmings- en/of angststoornissen komen het meest voor. Ongeveer 60% van de respondenten met stemmingsstoornissen in het afgelopen jaar had daarnaast een andere stoornis. Voor angststoornissen was dit ongeveer 40%.

RISICOFACTOREN VAN ENKELVOUDIGE EN COMORBIDE STOORNISSEN

We onderzochten de samenhang tussen een aantal demografische en lange termijn kwetsbaarheidsfactoren en het hebben van een enkelvoudige of comorbide stoornis. De patronen van deze verbanden waren voor enkelvoudige en comorbide stoornissen duidelijk verschillend. Comorbide stoornissen zijn ernstiger, en hingen duidelijker samen met een aantal factoren dan enkelvoudige stoornissen. Zo hadden vrouwen, jongeren, lageropgeleiden en werklozen meer kans op stemmingsstoornissen met angststoornissen, maar niet meer kans op alleen stemmingsstoornissen. De volgende groepen hadden zowel vaker enkelvoudige stemmingsstoornissen, als stemmingsstoornissen die comorbide zijn met angststoornissen: mensen die niet met een vaste partner wonen, mensen met een chronische somatische aandoening, mensen met trauma's uit hun kindertijd en mensen van wie een van hun ouders psychische problemen had. Wel was de kans op een comorbide stoornis vaak groter.

VOLGORDE IN HET ONTSTAAN VAN STOORNISSEN

Bovengenoemde gegevens zeggen nog niets over de volgorde waarin psychische stoornissen ontstaan. Aan respondenten die bepaalde psychische stoornissen hadden gehad gedurende hun leven werd gevraagd wanneer deze stoornissen ontstonden. Zo kon de tijdsvolgorde van psychische stoornissen worden bepaald.

Zoals gezegd komen stemmingsstoornissen vaak in samenhang met andere stoornissen voor: 46% van de mannen en 57% van de vrouwen met een stemmingsstoornis had in hun leven een geschiedenis van angststoornissen, en 43% van de mannen en 15% van de vrouwen met middelenstoornissen. De meerderheid van de respondenten met zowel angst- als stemmingsstoornissen, kreeg de stemmingsstoornis volgend op de angststoornis. De stemmingsstoornis is in dat geval vaak het gevolg van de angststoornis. Voor middelenstoornissen werd geen eenduidig patroon gezien.

Jeugdtrauma's leiden tot comorbiditeit bij boulimia nervosa

De rol van nare jeugdervaringen in het ontstaan van de eetstoornis boulimia nervosa is complex. Mensen die in hun jeugd zowel op psychisch, seksueel als lichamelijk gebied nare ervaringen hebben gehad, hebben een grotere kans later een psychische stoornis te krijgen, waaronder boulimia. Wanneer boulimia volgt op nare jeugdervaringen, dan zijn er vaak ook andere psychische stoornissen. Om dit te verklaren is de zelf-medicatietheorie ontwikkeld. Deze zegt dat nare jeugdervaringen in eerste instantie leiden tot angst- en/of stemmingsstoornissen. De klachten en de herinneringen zijn vervolgens zo erg dat mensen manieren zoeken om die gedachten, al is het maar voor even, kwijt te zijn: ze vluchten in alcohol, drugs, of vreetbuien. Want vreetbuien, het belangrijkste kenmerk van boulimia, leiden tot het tijdelijk vervlakken van emoties.

We vonden in de NEMESIS-gegevens steun voor deze zelf-medicatiehypothese. Met name psychisch en meervoudige nare jeugdervaringen bleken een specifieke risicofactor voor het optreden van een dubbele diagnose, met zowel psychische als verslavingsstoornissen. Vrijwel alle boulimiapatiënten (94%) die dit hadden meegemaakt, hadden ook een comorbide angst- of stemmingsstoornis.

OVERGANGEN VAN ENKELVOUDIGE NAAR COMORBIDE STOORNISSEN

Van alle respondenten volgden we degenen die bij het eerste interview in het afgelopen jaar een enkelvoudige stoornis hadden. Drie subgroepen (mensen met enkelvoudige stemmingsstoornissen, angststoornissen of middelenstoornissen) volgden we drie jaar, om te zien bij wie de enkelvoudige stoornis verergerde tot comorbide stoornissen. Ook konden we zo onderzoeken welke factoren hiermee samenhangen.

Bij 15% van de 99 respondenten met enkelvoudige stemmingsstoornissen, 11% van de 220 respondenten met enkelvoudige angststoornissen en 7% van de 192 respondenten met enkelvoudige middelenstoornissen ontstond comorbiditeit. Het eerste hing samen met persoonlijke en sociale kwetsbaarheid (externe mastery, lage sociale steun) en psychische en sociale functionele beperkingen. De overgang vanuit enkelvoudige angststoornissen naar comorbide stoornissen wordt daarentegen bepaald door levensgebeurtenissen (negatieve levensgebeurtenissen, slepende conflicten), fysieke functionele beperkingen en het niet hebben van betaald werk. De risicofactoren van zo'n comorbide overgang van enkelvoudige middelenstoornissen zijn persoonlijke en sociale kwetsbaarheid (hoge mate van neuroticisme, externe mastery, lage sociale steun), maar ook levensgebeurtenissen spelen een rol.

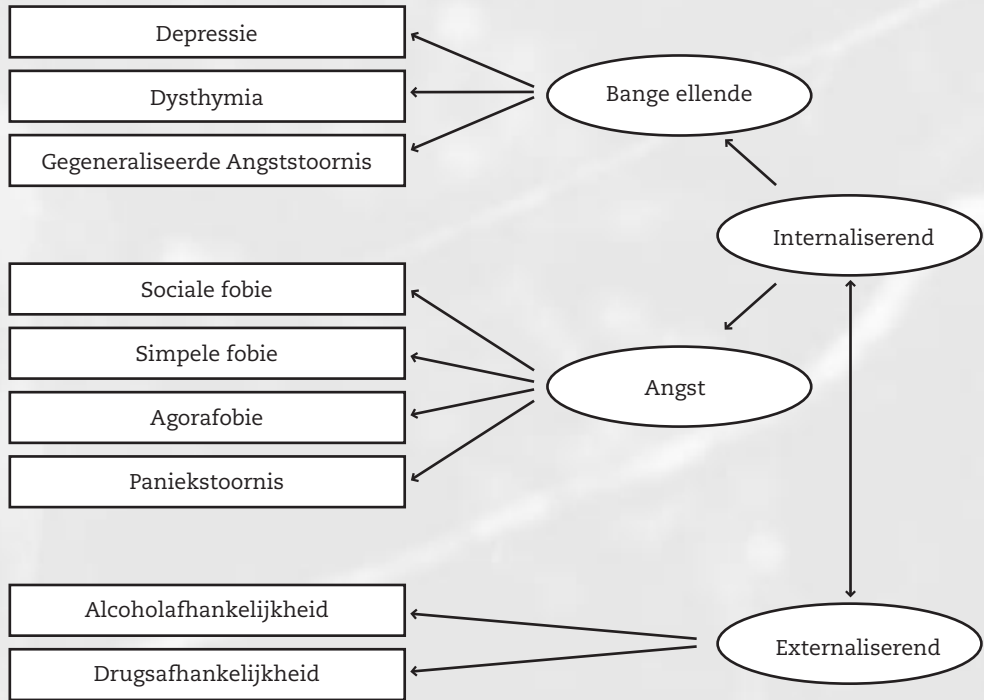
De onderliggende structuur van veel voorkomende psychische stoornissen

Het tegelijkertijd voorkomen van psychische stoornissen roept de vraag op of de verschillende stoornissen wel als afzonderlijke stoornissen gezien moeten worden. Immers, als het samengaan van bepaalde stoornissen eerder regel dan uitzondering blijkt te zijn, dan zouden deze stoornissen ook verschillende manifestaties van eenzelfde onderliggend probleem kunnen zijn, verschillende verschijningsvormen van één onderliggende dimensie.

In toonaangevend onderzoek in het buitenland werd deze hypothese verschillende keren onderzocht met behulp van bevolkingsstudies die veel lijken op NEMESIS. Deze studies ondersteunen de hypothese van onderliggende dimensies. Ook voor de NEMESIS-respondenten werden deze analyses uitgevoerd, en ditmaal voor het eerst met gebruikmaking van de resultaten van twee metingen, zodat tegelijkertijd kon worden nagegaan of de onderliggende dimensies wel stabiel zijn. Deze gegevens ondersteunen de hypothese van onderliggende dimensies. Ook blijkt dat de stabiliteit van deze dimensies gedurende een jaar heel hoog is. De onderliggende dimensies lijken veel op de indeling in hoofdgroepen van stoornissen, zij het met één verschil: stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie) vormen samen met de gegeneraliseerde angststoornis één dimensie. Deze dimensie hebben we 'bange ellende' genoemd (*anxious-misery*), de overige angststoornissen vormen samen een dimensie angst (*fear*). Het gaat hier vooral om fobieën. Deze twee dimensies hangen bovendien sterk samen, zodat ze samen als één dieperliggende dimensie kunnen worden gezien. Middelendoornissen (alcohol- en drugsafhankelijkheid) vormen ten slotte ook samen één dimensie. Onderzoek in het buitenland heeft laten zien dat deze derde dimensie ook sterk samengaat met meer externaliserend probleemgedrag, bijvoorbeeld met antisociale stoornissen.

Deze resultaten maken duidelijk dat de veel voorkomende psychische stoornissen misschien wel niet gezien moeten worden als afzonderlijke stoornissen met elk hun eigen profiel van determinanten, gevolgen en beloopvarianten, maar meer als manifestaties van twee of drie onderliggende vormen van stoornissen of kwetsbaarheid. Nader onderzoek in de komende jaren zal hierover meer uitsluitsel geven.

FIGUUR 6.1 DIMENSIES VAN PSYCHOPATHOLOGIE



CONCLUSIE

De onderzoeksresultaten laten zien dat psychische stoornissen vaak samengaan en dat het samengaan van stoornissen leidt tot veel ziektelast en beperkingen in het functioneren. Het onderzoek naar het ontstaan van comorbide stoornissen geeft mogelijk aangrijpingspunten voor preventie. Immers, wanneer voorkomen kan worden dat mensen met enkelvoudige stoornissen vervolgens meerdere stoornissen krijgen, dan kan de individuele en maatschappelijke schade worden beperkt. Omdat de risicofactoren van comorbide transities variëren bij mensen met een primaire stemmings-, angst- of middelenstoornis, moeten bij de ontwikkeling van dergelijke preventieve interventies per stoornis aparte risicofactoren gebruikt worden.

LITERATUUR

- Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 620-629.
- Graaf R de, Bijl RV, Vollebergh WAM, Spijker J. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 1-11.
- Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman ATF, Vollebergh, WAM. Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. Aangeboden.
- Marquenie LA, Schadé A, Balkom AJLM van, Comijs HC, Graaf R de, Dyck R van, Vollebergh WAM, Brink W van den. The origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings from a general population study. Aangeboden.
- Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola S, Bijl R, Borghes G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen H-U, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 893-907.
- Ravelli A, Bijl RV, Zessen G van. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40: 531-544.
- Schoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebergh WAM. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 381-388.
- Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, De Graaf R, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS-study. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 597-603.

7

De gevolgen van psychische stoornissen

Psychische stoornissen beïnvloeden het leven van de persoon zelf en van mensen uit zijn omgeving. Hoe ernstiger de stoornis, des te groter de beperkingen in het dagelijks functioneren. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven aan, in vele opzichten (familie, partner, werk, sociale contacten, lichamelijk functioneren) en zijn vaak langdurig. Daarnaast zijn ze vaak de oorzaak van kort of langer durend ziekteverzuim of van arbeidsongeschiktheid. Al deze gevolgen zijn in NEMESIS onderzocht.

GEVOLGEN VOOR HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN: HET MEETINSTRUMENT

In NEMESIS is de kwaliteit van leven gemeten met vragen die betrekking hebben op het dagelijks functioneren van de respondent in de laatste vier weken. Er zijn zeven schalen gemaakt die de functionele beperkingen weergeven die deze persoon op verschillende terreinen ondervindt:

- *Algemene gezondheid*
Perceptie van eigen gezondheid
- *Psychisch rolfunctioneren*
Beperkingen bij het werk of andere bezigheden door emotionele of psychische problemen
- *Sociaal functioneren*
Beperkingen door lichamelijke, emotionele of psychische problemen op sociaal gebied: omgaan met vrienden of familie
- *Vitaliteit*
In hoeverre voelt iemand zich levenslustig en energiek
- *Lichamelijk functioneren*
Dit zijn eenvoudige dagelijkse activiteiten zoals traplopen, bukken, zich wassen, wandelen
- *Lichamelijk rolfunctioneren*
Beperkingen bij het werk of andere bezigheden door lichamelijke problemen
- *Pijn*
Beperkingen bij het werk of andere bezigheden door pijn.

Een hoge score op een schaal betekent dat iemand goed functioneert en dus weinig beperkingen heeft op het bijbehorende gebied.

PSYCHISCHE STOORNISSEN HEBBEN GEVOLGEN VOOR HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

Tabel 7.1 laat per stoornis zien hoe de gemiddelde scores op de schalen voor kwaliteit van leven verschillen van die van mensen zonder enige psychische stoornis. Op alle gebieden ondervinden mensen met psychische stoornissen beperkingen, zelfs op het gebied van lichamelijk functioneren en pijn.

TABEL 7.1 FUNCTIONELE BEPERKINGEN ALS GEVOLG VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

	<i>Algemene gezondheid</i>	<i>Psychisch rolfunctio- neren</i>	<i>Sociaal functioneren</i>	<i>Vitaliteit</i>	<i>Lichamelijk functioneren</i>	<i>Lichamelijk rolfunctio- neren</i>	<i>Pijn</i>
<i>Geen diagnose</i>	75,9	95,4	91,7	73,8	92,3	87,3	86,7
Stemmingsstoornis	-	---	--	--	-	--	-
Angststoornis	-	--	-	-	-	-	-
Middelenstoornis	-	-	-	-	0	0	-
Schizofrenie	--	---	---	---	0	---	0
Eetstoornis	---	---	--	--	-	---	--

De schalen zijn van 0 tot 100. Een hogere score betekent beter functioneren op dit terrein.

0 Geen verschil

- Slechter functioneren, verschil tot 15 punten op een schaal van 0 tot 100 in vergelijking tot mensen zonder diagnose

-- Slechter functioneren; verschil 16-25 op de schaal in vergelijking tot mensen zonder diagnose

--- Slechter functioneren; verschil meer dan 25 op de schaal in vergelijking tot mensen zonder diagnose

Het grootst zijn echter de verschillen op het gebied van sociaal functioneren en beperkingen door emotionele en psychische problemen. Mensen met verschillende stoornissen ondervinden daar in verschillende mate gevolgen van. De beperkingen van een stemmingsstoornis zijn op elk gebied zichtbaar en zijn in vergelijking met de groep angststoornissen ernstiger: op elke schaal is het functioneren minder, niet alleen in vergelijking tot psychisch gezonde

mensen maar ook in vergelijking tot mensen met een angststoornis. Van de hoofdgroepen stoornissen grijpt een stemmingsstoornis zonder twijfel het meest in op het dagelijks functioneren.

Hoewel de beperkingen van angststoornissen minder zijn dan van stemmingsstoornissen, is ook bij deze groep op elk gebied het functioneren minder dan van de gezonde groep. De paniekstoornis en de obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis) brengen de meeste beperkingen met zich mee. Enkelvoudige fobieën zoals hoogtevrees en claustrofobie hebben het minste effect op het functioneren.

Mensen met een middenstoornis lijken meer op mensen zonder stoornis als het gaat om beperkingen. In tegenstelling tot de andere stoornissen zijn er geen verschillen in lichamelijk functioneren en pijn en is ook het sociaal en psychisch functioneren aanmerkelijk beter. De meeste mensen in deze groep stoornissen hebben een alcoholgerelateerde stoornis en kennelijk is dit beter te verenigen met het dagelijks leven dan de andere stoornissen.

Zoals te verwachten was, brengen de ernstige stoornissen schizofrenie en eetstoornissen heel veel beperkingen met zich mee, vooral in vitaliteit en in beperkingen als gevolg van lichamelijk problemen.

Beperkingen bij psychische aandoeningen vergeleken met somatische aandoeningen

In vergelijking met mensen in NEMESIS met één of meer somatische klachten in het laatste jaar zijn er meer beperkingen bij mensen met psychische stoornissen op de gebieden vitaliteit, sociaal functioneren en psychisch functioneren. Dit beeld wordt bevestigd door een vergelijking van de NEMESIS-resultaten met de kwaliteit van leven van mensen met een gediagnosticeerde somatische aandoening. Mensen met een stemmingsstoornis hebben meer beperkingen op het gebied van sociaal functioneren dan mensen met bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of met een spierziekte.

MEER STOORNISSEN BETEKENT MEER BEPERKINGEN

Het vergelijken van functionele beperkingen van mensen met een enkele stoornis met die van mensen met meer dan één stoornis geeft een indicatie van de ernst van comorbiditeit en het invaliderende effect ervan. Voor alle gebieden geldt: hoe meer stoornissen des te meer beperkingen. Het grootste zijn de beperkingen door emotionele of psychische problemen. Mensen met

drie stoornissen hebben op dit gebied een schaalscore van bijna de helft van die van mensen zonder psychische stoornissen. De combinatie van twee stemmingsstoornissen, twee angststoornissen of de combinatie stemmingsstoornis en angststoornis brengt vooral veel beperkingen met zich mee.

Meer symptomen van depressie gaan gepaard met meer beperkingen

Een van de criteria voor depressie in engere zin is dat een respondent uit een lijst van negen symptomen van depressie, er minstens vijf of meer moet hebben gehad gedurende minstens twee weken. Met de NEMESIS-gegevens is gekeken naar de gevolgen van een verschillend aantal depressie-symptomen voor het dagelijks functioneren. Er werden vijf groepen respondenten onderscheiden met een oplopend aantal depressieve symptomen: geen symptomen, één symptoom, twee tot vier symptomen, vijf of zes en de zwaarste groep met zeven tot en met negen symptomen van depressie.

Er was een duidelijk patroon te zien bij psychisch functioneren, vitaliteit en sociaal functioneren. Het functioneren op deze gebieden nam af naarmate men meer symptomen had. Op het gebied van lichamelijk rolfunctioneren en lichamelijke beperkingen waren er minder grote verschillen te zien en bij algemene gezondheid was er wel een afname van de schaalscore, samenhangend met het aantal symptomen, maar deze was niet altijd significant.

PSYCHISCHE STOORNISSEN OOK OP LANGERE TERMIJN VAN INVLOED OP DAGELIJKS FUNCTIONEREN

Er is met de NEMESIS-gegevens ook gekeken naar de gevolgen van een psychische stoornis op de langere termijn. Respondenten die meer dan twaalf maanden geleden een stoornis hadden, werden vergeleken met mensen die nog nooit een stoornis hadden gehad. Hoewel een angst- of stemmingsstoornis al minstens een jaar niet was opgetreden rapporteerde de eerste groep op de eerste meting nog steeds meer functionele beperkingen op alle gebieden. De blijvende gevolgen van een stoornis in alcohol- of drugsgebruik zijn minder merkbaar op de langere termijn. Tenslotte blijkt comorbiditeit ook op de langere termijn gepaard te gaan met meer beperkingen.

PSYCHISCHE STOORNISSEN EN ZIEKTEVERZUIM

Psychische klachten zijn belangrijke oorzaken van ziekteverzuim. Van alle werknemers die het afgelopen jaar verzuimden ziet 13% hiervoor een psychische oorzaak. Werknemers met angst- of stemmingsstoornissen functioneren relatief minder goed op het werk. Daarnaast verzuimen ze gemiddeld vaker en langer. Er is echter geen één-op-één-verband tussen het hebben van een stoornis en ziekteverzuim. Er is zowel een aanzienlijke groep die een stoornis heeft volgens de DSM maar niet verzuimt, als een groep die geen DSM-stoornis heeft maar wel verzuimt om psychische redenen. In de laatste groep gaat het waarschijnlijk vooral om spanningsklachten en burnout.

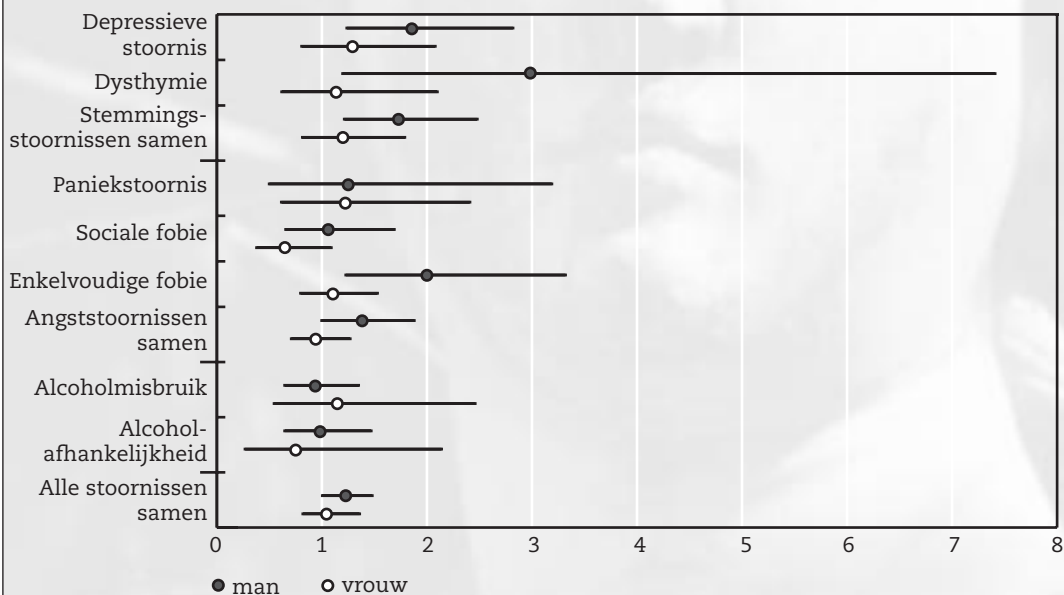
Sekseverschil in arbeidsverzuim om psychische redenen

Er zijn belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen als het gaat om psychisch arbeidsverzuim:

- Verzuim om psychische redenen komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen,
- Als een man om psychische redenen verzuimt, duurt dit langer dan bij vrouwen.
- De aanwezigheid van psychische stoornissen heeft bij mannen meer effect op het verzuim dan bij vrouwen.

Dit laatste is geïllustreerd in figuur 7.1. Hierbij zijn de relatieve kansen, de zogenoemde odds ratio's berekend: de kans op verzuim bij een psychische stoornis gedeeld door de kans op verzuim zonder de betreffende stoornis. Bijvoorbeeld een odds ratio van 2 betekent dat bij een bepaalde stoornis de kans op verzuim twee keer zo groot is als zonder deze stoornis. Bij een odds ratio van 1 doet de aanwezigheid van de stoornis er niet toe.

FIGUUR 7.1 KANS OP ZIEKTEVERZUIM NAAR 12-MAANDSPREVALENTIES VAN DE DSM-III-R STOORNISSEN



Bij mannen wijken de odds ratio's duidelijk meer af van de waarde één dan bij vrouwen. Dit betekent dat bijvoorbeeld depressie bij mannen gepaard ging met een verdubbeling van de kans op verzuim ($OR=1.87$), terwijl bij vrouwen in dat geval de kans op verzuim slechts met 30% toenam ($OR=1.29$). Met andere woorden, bij mannen zijn psychische stoornissen een belangrijkere risicofactor voor ziekteverzuim dan bij vrouwen.

CONCLUSIE

Inzicht in de gevolgen van psychische stoornissen op het functioneren van mensen in het dagelijks leven geeft veel informatie over de zwaarte van diverse stoornissen. Het laat zien dat een psychische stoornis niet alleen invloed heeft op het psychisch functioneren, maar ook op sociaal en lichamelijk gebied. In vergelijking met mensen met een somatische aandoening zoals hart- en vaatziekten en spierziekten ervaren mensen met een psychische stoornis meer beperkingen in het sociaal functioneren.

Psychische stoornissen brengen op allerlei terrein beperkingen met zich mee, zelfs waar dit niet zo snel verwacht zou worden: lichamelijk functioneren en pijn. Dit geldt vooral voor de grote groep mensen met een stemmingsstoornis. Bij mensen met een angststoornis zijn de gevolgen weliswaar minder, maar nog steeds aanzienlijk. Middenstoornissen brengen de minste gevolgen met zich mee bij het dagelijks functioneren.

Ook op langere termijn zijn er nog meetbare gevolgen van voornamelijk stemmingsstoornissen en angststoornissen. Dat geeft onder andere aan dat deze groep mensen kwetsbaar is en mogelijk behoed zou kunnen worden voor een hernieuwde episode van de stoornis. Door nabehandeling met aandacht voor juist de sociale beperkingen zou preventie versterkt kunnen worden.

LITERATUUR

- Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological Medicine* 2000; 30: 657-668.
- Cuijpers P, Graaf R de, Dorsselaer S van. Quality of life, health care use and risk of getting major depression in first incidence minor depression: A prospective study. In druk.
- Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 71-77.
- Laitinen-Krispijn S, Bijl R. *Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- Veerman T, Schoemaker C, Cuelenaere B, Bijl R. *Psychische arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers*. Doetinchem, Elsevier bedrijfsinformatie 2001.

8

Zorggebruik en zorgbehoefte

In dit hoofdstuk bespreken we het zorggebruik vanwege psychische problemen in de bevolking, welke groepen vaker een beroep doen op de zorg, in welke mate volwassenen onvervulde hulpbehoeften rapporteren, en wat dit alles betekent voor hulpverlening en beleid.

Op het eerste meetmoment is zorggebruik vastgesteld met de vraag 'Heeft u voor uzelf vanwege psychische problemen of wegens alcohol- of drugsproblemen ooit een bezoek gebracht aan ...?'. Per bezochte zorgvoorziening is vervolgens gevraagd wanneer de respondent daar voor het laatst was geweest. Op soortgelijke wijze is het zorggebruik op de twee andere meetmomenten bepaald. Dit maakt het mogelijk om onder andere incidentele zorggebruikers te karakteriseren. Dit zijn mensen die gedurende het NEMESIS-onderzoek voor het eerst in hun leven zorg hebben gebruikt vanwege psychische of verslavingsproblemen.

Het is belangrijk om voor ogen te houden dat het hieronder gaat om zorggebruik vanwege psychische problemen of wegens alcohol- of drugsproblemen. Bezoek aan de huisarts vanwege een griepje of een verstuipte enkel vallen hierbuiten. Dat betekent ook dat deze cijfers niet zomaar te vergelijken zijn met andere zorggebruikcijfers.

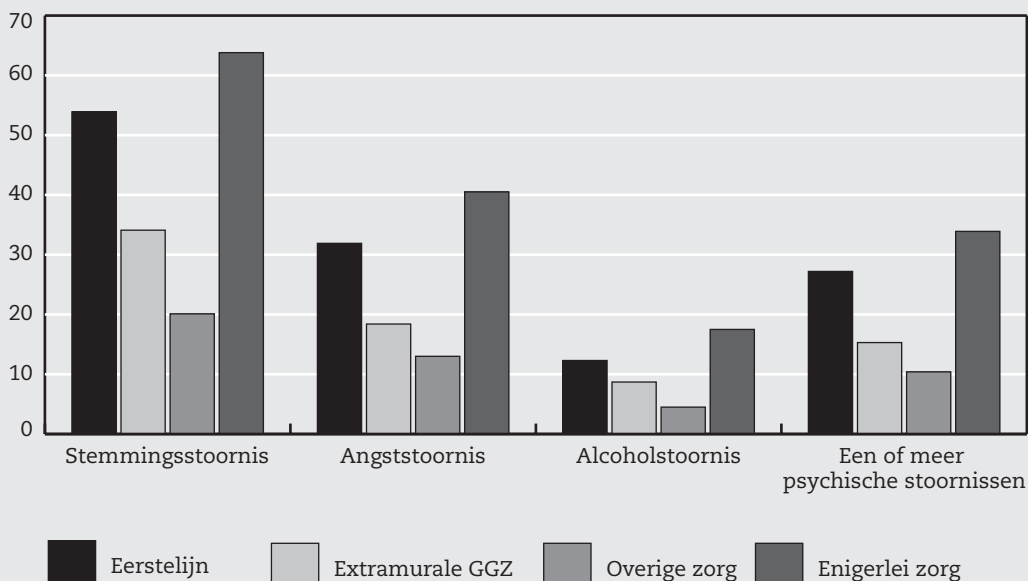
IN HOEVERRE SPELEN ZIEKTEKENMERKEN EEN ROL BIJ ZORGGEBRUIK?

Van alle volwassenen heeft ongeveer 15% in de 12 maanden voor het eerste meetmoment enigerlei hulp gezocht voor psychische problemen. Deze hulp varieerde van eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg tot zogenoemde informele zorg, zoals alternatieve genezers, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisaties, pastor. Van de mensen met minstens één psychische stoornis zocht één op de drie dergelijke hulp. Slechts een minderheid van de mensen met psychische stoornissen zocht hiervoor hulp: twee van de drie volwassenen met een psychische stoornis riep daarvoor dus geen hulp in.

Of mensen hulp zochten, hangt sterk af van de aard van hun stoornis. Mensen met een stemmingsstoornis of een angststoornis deden een boven-

gemiddeld beroep op hulp (respectievelijk 64% en 40%), mensen met alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid juist veel minder (18%). Niet alleen de aard van de stoornis, ook het aantal psychische stoornissen bepaalt de mate waarin hulp wordt gezocht. Van de mensen met één stoornis riep een kwart enige hulp in, van de mensen met twee of meer stoornissen ruim de helft.

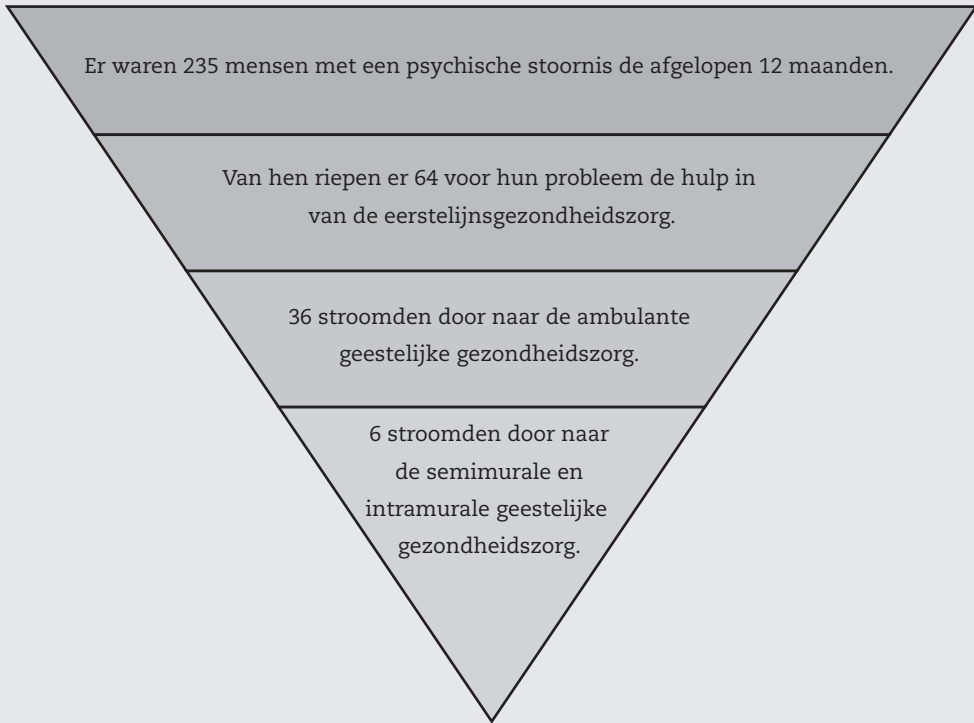
FIGUUR 8.1 **PERCENTAGE VOLWASSENEN DAT ZORG HEEFT GEBRUIKT IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN NAAR PSYCHISCHE STOORNIS**



Van de mensen met een psychische stoornis die hulp zochten, wendde 80% zich tot de eerstelijnsgezondheidszorg, meestal de huisarts. Deze groep maakte bovendien vaak tegelijkertijd gebruik van andere voorzieningen. Naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg ging 45% van de hulpvragers. Slechts één op de zes mensen met een psychische stoornis komt dus terecht in de gezondheidszorg.

Deze cijfers zijn vertaald in een filtermodel (figuur 8.2). Met semimurale geestelijke gezondheidszorg wordt hier bedoeld: beschermd wonen en dagbehandeling. Echter, lang niet iedereen maakt de gang in getoonde volgorde.

FIGUUR 8.2 WAAR WORDEN MENSEN MET PSYCHISCHE STOORNISSEN GEHOLPEN? [GETALLEN PER DUIZEND NEDERLANDERS]

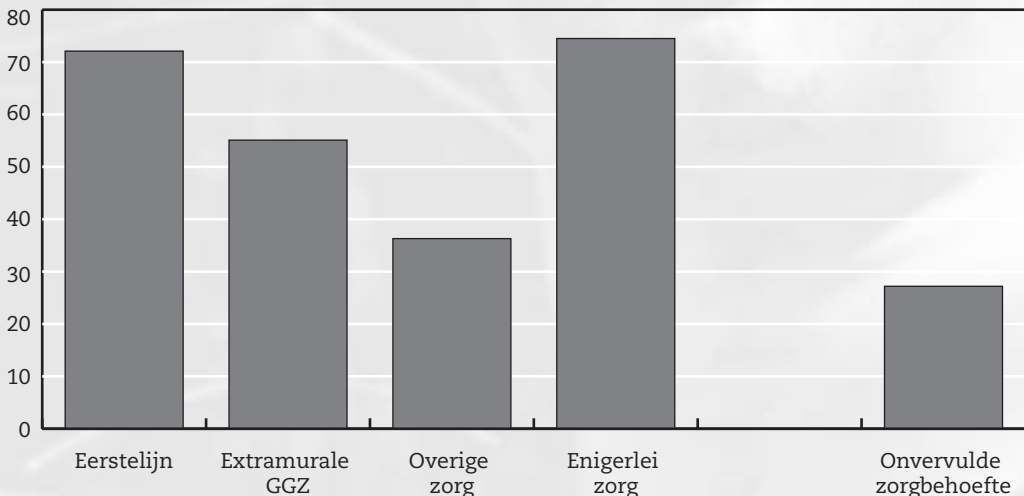


Onderbehandeling van volwassenen met een bipolaire stoornis

De bipolaire (manisch-depressieve) stoornis wordt gekenmerkt door het optreden van één (of meer) manische of hypomane episoden die veelal afgewisseld worden met depressieve episoden. Ongeveer 2% van de volwassenen, mannen en vrouwen in gelijke mate, heeft een bipolaire stoornis ooit in het leven gehad.

Over het algemeen wordt de bipolaire stoornis als een ernstige en invaliderende ziekte beschouwd. Desondanks zoekt niet iedereen hiervoor professionele hulp. Van de mensen met een bipolaire stoornis heeft 26% nog nooit voor problemen hulp gezocht: niet in de algemene en geestelijke gezondheidszorg, en ook niet in het informele circuit, zoals alternatieve genezers, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisaties, pastor. Gevraagd naar het zorggebruik in de afgelopen 12 maanden gaf 27% aan wel behoefte aan professionele hulp te hebben gehad, maar deze hulp niet gezocht te hebben, de zogenoemde onvervulde zorgbehoefte (figuur 8.3). De vier meest genoemde redenen hiervoor waren: 'Ik wilde mijn problemen alleen oplossen', 'Ik dacht dat het probleem wel vanzelf zou overgaan', 'Ik had geen vertrouwen in de hulpverlening waar ik naar toe zou moeten', en 'Ik vond dat toch niemand mij kon helpen'.

FIGUUR 8.3 **PERCENTAGE VOLWASSENEN MET EEN BIPOLAIRE STOORNIS DAT OOI ZORG HEEFT GEBRUIKT**



De mensen met een bipolaire stoornis die nooit hulp in de geestelijke gezondheidszorg hebben gezocht verschilden niet naar sociaal-demografische kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, woon- en werksituatie, opleidingsniveau en inkomen, van de bipolaireren met ervaring in de geestelijke gezondheidszorg. Zij lijken zich daarentegen wel te onderscheiden door een geringere ernst van hun ziekte. Zo hadden zij vaker een bipolaire stoornis niet anders omschreven (NAO), de lichtere variant van de ziekte, en was er minder vaak sprake van comorbiditeit.

IN HOEVERRE SPELEN ANDERE KENMERKEN DAN DE ZIEKTE EEN ROL BIJ ZORGGEBRUIK?

Mensen met psychische stoornissen maken meer gebruik van zorgvoorzieningen. Er hangen ook andere kenmerken samen met hulpvragen. De vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg vanwege psychische problemen komt naar verhouding bovengemiddeld voor bij vrouwen, stedelingen, en 35- tot 45-jarigen. Deze bevolkingscategorieën maken anderhalf keer zovaak gebruik van eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen (onder constanthouding van psychische stoornissen) dan respectievelijk mannen, plattelandbewoners en 55- tot 65-jarigen. De cliënten van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg telt naar verhouding veel hoger opgeleiden, alleenstaanden en alleenstaande ouders, werklozen en arbeidsongeschikten. Mensen met tenminste een voltooide Havo-opleiding maken twee tot tweeëneenhalf keer zo vaak gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (onder constanthouding van psychische stoornissen) dan mensen met een lagere school of LBO-opleiding. Als we de verschillen in voorkomen van psychische stoornissen tussen bevolkingscategorieën weer uitsluiten dan maken alleenstaande ouders en werklozen twee keer zo vaak gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen als respectievelijk samenwonenden (met of zonder kinderen) en werkenden.

VROUWEN DOEN VAKER EEN BEROEP OP DE ZORG DAN MANNEN

Vrouwen zoeken vaker hulp in de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg voor psychische problemen dan mannen, ook na correctie voor het voorkomen van één of meerdere psychische stoornissen (respectievelijk 35% en 19% tegenover 19% en 12%). De vraag waarom dit zo is, blijft vooralsnog onbeantwoord. Diverse verklaringen zijn denkbaar, zoals de wijze waarop

vrouwen met problemen omgaan en de beperkingen die zij ervaren van psychische problemen. Mogelijk schamen mannen zich meer om te vragen naar professionele hulp.

OPLEIDING BEPAALT IN WELKE SECTOR HULP WORDT GEZOCHT

Lager opgeleiden zoeken vaker hulp voor psychische problemen in de eerste-lijn, hoger opgeleiden vaker in de geestelijke gezondheidszorg. Deze verschillen zijn niet toe te schrijven aan het vaker voorkomen van psychische stoornissen of aan het ervaren van meer beperkingen van lichamelijke en/of psychische problemen bij een van deze groepen. Volwassenen met minstens één psychische stoornis die ook lager opgeleid zijn, hadden zelfs een extra verhoogde kans om eerstelijnszorg in te schakelen. Deze verschillen zijn op basis van de nu beschikbare analyses niet te verklaren.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG GEEFT ANTWOORD OP NIET-MEDISCHE BEHOEFTE

Volwassenen die minder sociale steun ervaren, zoeken vaker professionele hulp voor psychische problemen dan degenen die voldoende steun ervaren. Zo woonde ruim 25% van de geestelijke gezondheidszorggebruikers alleen en rapporteerde 43% een tekort aan sociale steun tegenover respectievelijk 15% en 20% bij degenen die niet in zorg kwamen.

Volwassenen met minstens één psychische stoornis die alleen wonen of minder sociale steun ervaren, hadden zelfs een extra verhoogde kans om geestelijke gezondheidszorg in te schakelen. Dit betekent dat de geestelijke gezondheidszorg deels als een substituut kan dienen voor een tekort aan sociale relaties (een partner of andere vormen van sociale steun).

Hoe ziet de groep nieuwe zorggebruikers eruit?

Van de volwassenen die op het eerste meetmoment niet eerder voor psychische problemen professionele hulp (eerstelijnszorg of geestelijke gezondheidszorg) hebben gezocht, gaf ruim 4% op het tweede meetmoment aan dit voor het eerst gedaan te hebben. Van deze nieuwe zorggebruikers bezocht ruim 80% uitsluitend de eerstelijns, ongeveer 6% raadpleegde alleen een geestelijke gezondheidszorgvoorziening en 13% bezocht beide voorzieningen.

Deze nieuwe cliëntengroep telde naar verhouding veel vrouwen, lager opgeleiden, lichamelijk zieken, en mensen die problemen bij hun werk, andere dagelijkse bezigheden of in hun sociale contacten en activiteiten hebben ervaren door lichamelijke en/of psychische problemen.

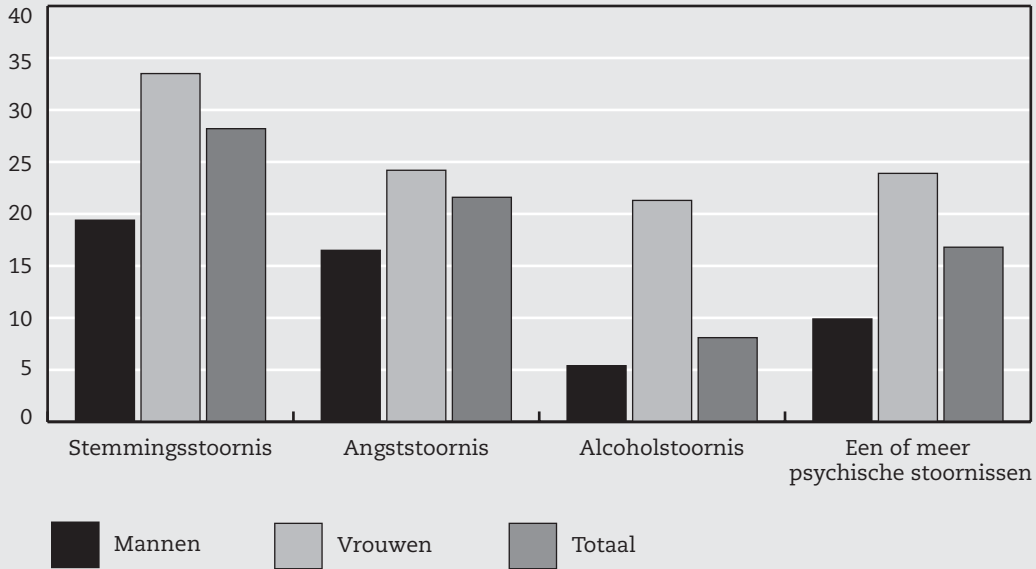
Deze nieuwe zorggebruikers onderscheiden zich van de volwassenen die al vaker professionele hulp hebben ingeroepen voor psychische problemen. De frequente zorggebruikers hadden vaker stemmingsstoornissen en angststoornissen, waren gemiddeld ouder, vaker alleenwonend en hadden vaker een lager inkomen.

WIE ZOEKEN GEEN HULP MAAR HEBBEN WEL BEHOEFTE AAN HULP?

Van alle volwassenen rapporteerde ongeveer 6% in de 12 maanden vóór het eerste meetmoment behoefte te hebben gehad aan professionele hulp vanwege psychische problemen maar deze niet gezocht te hebben. Van de mensen met minstens één psychische stoornis had 17% een dergelijke onvervulde hulpbehoefte.

Mensen met een stemmingsstoornis uitten bovengemiddeld onvervulde hulpbehoeften (29%), mensen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid juist minder (8%). Van de mensen met twee of meer stoornissen gaf ruim een vierde aan niet op zoek te zijn gegaan naar professionele hulp, terwijl zij er wel behoefte aan hadden.

FIGUUR 8.4 **PERCENTAGE VOLWASSENEN MET ONVERVULDE HULPBEHOEFTE IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN NAAR PSYCHISCHE STOORNIS EN SEKSE**



Onvervulde hulpbehoeften komen naar verhouding bovengemiddeld voor bij vrouwen, stedelingen, alleenstaanden en alleenstaande ouders, werklozen en arbeidsongeschikten.

Opvallend is, dat dit ook de grootste groepen gebruikers zijn van eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg voor psychische problemen.

Volwassenen met onvervulde hulpbehoeften ondervonden meer dan gemiddeld beperkingen van lichamelijke en/of psychische problemen en verzuimden vaker van het werk. Niet tijdig hulp zoeken lijkt dus gepaard te gaan met onnodige kosten.

CONCLUSIE

In de meeste studies naar zorggebruik is vooral de samenhang met het voorkomen van psychische stoornissen onderzocht. NEMESIS laat zien dat ook de beperkingen die mensen ondervinden van hun psychische stoornissen een belangrijke verklaring zijn voor verschillen in zorggebruik. Daarnaast spelen ook niet-medische factoren een belangrijke rol. Zo hebben volwassenen die alleen wonen of minder sociale steun ervaren een verhoogde kans om geestelijke gezondheidszorg in te schakelen en zoeken hoger opgeleiden vaker hulp in deze sector dan in de eerstelijnsgezondheidszorg. Verklaringen voor verschillen in eerstelijnszorggebruik zijn niet zonder meer geldig voor die in de geestelijke gezondheidszorg. Bij onderzoek naar zorggebruik is het daarom van belang om onderscheid te maken naar de sector waarin hulp wordt gezocht. Ten slotte, de hoge percentages volwassenen die onvervulde hulpbehoeften rapporteren laten zien dat een deel van de potentiële cliënten niet wordt bereikt door de geestelijke gezondheidszorg. Het niet tijdig hulpzoeken gaat gepaard met onnodige extra kosten.

LITERATUUR

- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 1998; 76: 446-57.
- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence study. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 602-607.
- Have M ten, Vollebergh W, Bijl RV, Graaf R de. Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 141-149.
- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine* 2002; 32: 311-123.
- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 203-213.
- Have M ten, Schoemaker C, Vollebergh WAM. Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002; 44: 367-375.
- Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 178-187.



9 Van onderzoek naar praktijk

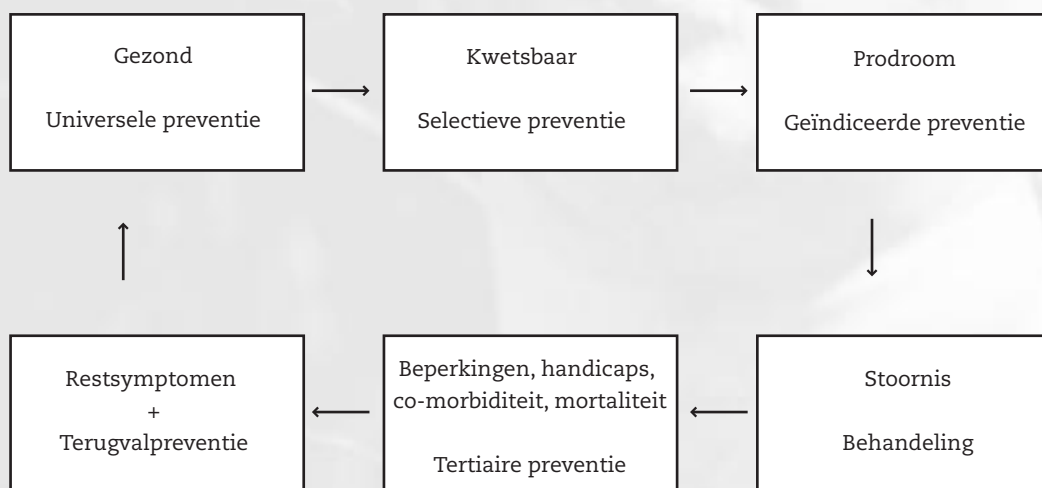
In de voorgaande hoofdstukken zijn de belangrijkste resultaten van NEMESIS samengevat. De cijfers geven een helder beeld van de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking. Als onderzoeksprogramma is NEMESIS zeer geslaagd te noemen. De resultaten zijn in toonaangevende internationale tijdschriften gepubliceerd. Dit laat zien dat er veel waardering is voor het werk van de afgelopen jaren. In de kenniscyclus is daarmee de eerste stap gezet. We hebben een goed beeld van de aard en de omvang van de meest belangrijke geestelijke gezondheidsproblemen in de Nederlandse bevolking en weten wie de meeste risico's lopen. Het is nu tijd om de volgende stap te zetten; de stap van onderzoek naar de praktijk. Wat is de relevantie van de NEMESIS-gegevens voor preventie, de praktijk van de gezondheidszorg, voor gezondheidszorgbeleid en voorlichting?

Preventie kan aangrijpen op alle stadia van ontwikkeling van ziekte.

Systematische preventie van psychische stoornissen veronderstelt kennis van de factoren die de overgangen van het ene stadium in het andere in figuur 9.1 bepalen. Toegespitst op bijvoorbeeld depressiever stoornissen kan met de NEMESIS-gegevens bepaald worden welke factoren bepalen wie er kwetsbaar is om depressief te worden. Dit zijn de mensen voor wie selectieve preventie zinvol kan zijn. Een grote groep mensen uit de bevolking heeft wel depressieve symptomen, maar nog geen echte stoornis (prodromale fase). Uit NEMESIS blijkt dat deze mensen een zeer groot risico lopen om een stoornis te krijgen; voor hen is geïndiceerde preventie zinvol.

Systematisch onderzoek naar de verschillende factoren die de overgangen uit figuur 9.1 bepalen is in gang en laat zien dat ze per fase verschillen. Ze verschillen ook per stoornis. Doordat er parallel aan NEMESIS studies lopen naar de effectiviteit van preventieve interventies, gericht op specifieke overgangen uit figuur 1, kan bekeken worden wat de kosten en baten zijn als deze interventies op grotere schaal geïmplementeerd zouden worden.

FIGUUR 9.1 STADIA VAN ONTWIKKELING VAN ZIEKTE



PREVENTIE

Epidemiologische gegevens zijn steriel als ze niet ingebed zijn in een streven naar preventie. De cijfers over prevalentie, incidentie, beloop en gevolgen van psychische stoornissen laten zien dat de betekenis van psychische stoornissen voor de volksgezondheid groot is. Dit geldt met name voor de grote drie: depressiever stoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen.

Voorkomen is meestal beter dan genezen. De vraag is echter of het haalbaar is om iets te doen waardoor het ontstaan van psychische stoornissen substantieel afneemt. De NEMESIS-gegevens zijn zeer geschikt om factoren te identificeren die de verschillende fasen van ontwikkeling van stoornissen bepalen. Met simulatiemodellen kan berekend worden hoe groot het effect op de prevalentie van stoornissen, en daarmee op de volksgezondheid zou zijn, als een bepaald percentage van het effect van een factor zou kunnen worden weggenomen met een interventie. Omdat de kosten van de meeste interventies bekend zijn, kunnen zo kosten-baten-analyses gemaakt worden van diverse preventie-strategieën. Hieruit kunnen de meest kansrijke interventies geselecteerd worden, om vervolgens getoetst te worden in interventiestudies.

NEMESIS is uniek, omdat er grote groepen mensen met nieuw-ontstane stoornissen uit de algemene bevolking zijn gevolgd. Dit zijn drie voorwaarden om betrouwbare schattingen te kunnen maken van het potentiële effect van interventies. Geen enkel ander onderzoek heeft dit eerder kunnen doen. Met dit type analyses is door het NEMESIS-team inmiddels begonnen.

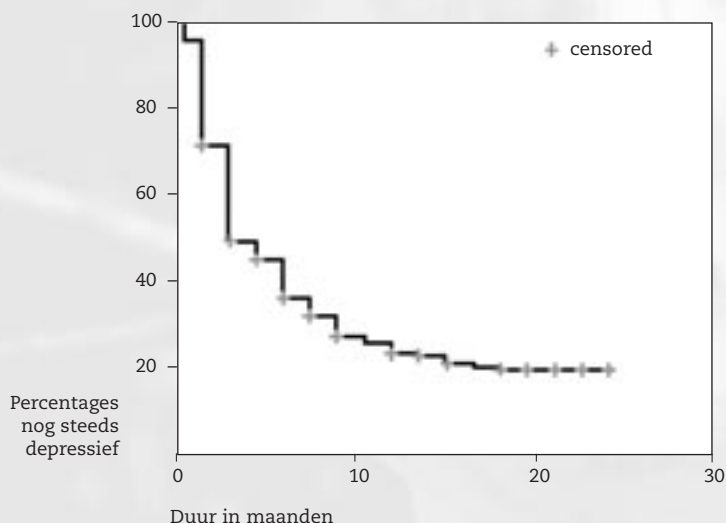
BEHANDELING

De afgelopen decennia zijn er voor vrijwel alle psychische stoornissen effectieve interventies ontwikkeld. Inmiddels zijn de beroepsgroepen druk bezig de kennis uit onderzoek om te zetten in richtlijnen voor behandeling. De gegevens van NEMESIS zijn ook daarbij waardevol omdat ze laten zien hoe het beloop is in de algemene bevolking. Nemen we depressieve stoornissen als voorbeeld: in onderstaand kader wordt beschreven dat 50% van de depressies binnen drie maanden opklaart. Na het eerste jaar knapte vrijwel niemand meer op. Dit beloop kon vrij goed worden voorspeld aan de hand van gegevens die gemakkelijk te verkrijgen zijn. Dat betekent dat, voor depressies die door de huisarts gezien worden, het behandelbeleid vooral bepaald zou moeten worden aan de hand van de duur van de depressie en een aantal andere klinische criteria. Inmiddels worden de NEMESIS-gegevens ook daadwerkelijk gebruikt bij de herziening van Nederlandse richtlijnen voor de behandeling van depressie. Dit voorbeeld laat zien hoe belangrijk de NEMESIS-gegevens kunnen zijn voor de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg.

De duur van depressieve episoden in de algemene bevolking

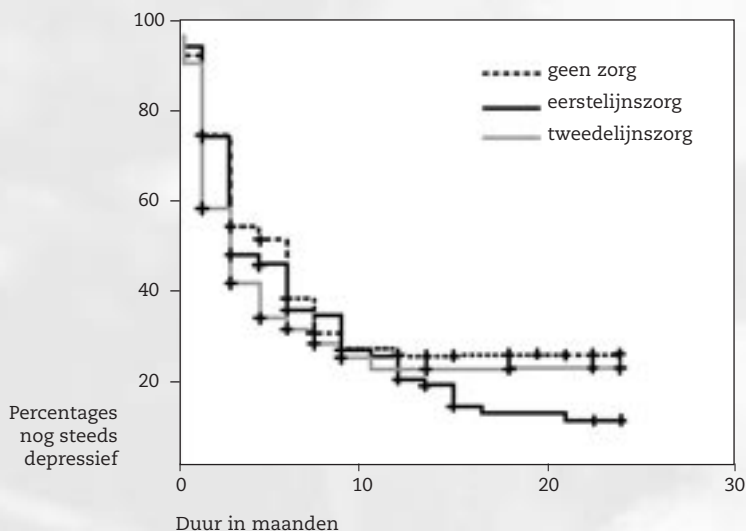
Voor veel mensen is depressie een chronische ziekte, met terugkerende episoden waarin ze voldoen aan de DSM-III-R-criteria voor depressie in engere zin. Voor veel anderen is depressie een eenmalige aangelegenheid, een kortstondige ernstige dip. In NEMESIS werd voor het eerst onderzocht hoe lang een depressieve episode gemiddeld duurt, en welke factoren de duur beïnvloeden bij de 250 respondenten die tussen de tweede en derde meting een nieuwe depressieve episode meemaakten.

FIGUUR 9.2 SURVIVAL CURVE VAN DE TIJD TOT HERSTEL VAN EEN COHORT [N=250] MET NIEUW ONTSTANE EPISODEN VAN DSM-III-R DEPRESSIE IN ENGERE ZIN IN DE ALGEMENE BEVOLKING.



Het natuurlijk beloop van depressie in de algemene bevolking was opmerkelijk: de helft van de mensen met een depressie herstelde snel binnen drie maanden. Na zes maanden was dat 63%. Na een jaar was een kwart niet hersteld, en na twee jaar was bijna 20% nog steeds depressief. Anders gezegd, bij een op de vijf mensen met depressie kent de ziekte een chronisch verloop.

FIGUUR 9.3 SURVIVAL CURVES VAN TIJD TOT HERSTEL VAN EEN COHORT [N=250] MET NIEUW ONTSTANE EPISODEN VAN DSM-III-R DEPRESSIE IN ENGERE ZIN IN DE ALGEMENE BEVOLKING INGEDEELD NAAR ZORG



Van de onderzochte mensen met depressie bleek tweederde professionele hulp ontvangen te hebben tussen de tweede en derde meting, waarvan 40% alleen eerstelijnszorg en 30% ook GGZ. In figuur 9.3 worden de survival curves afgebeeld voor de tijd tot herstel voor de drie groepen; geen hulp gezocht, alleen in eerstelijns en in behandeling in de tweedelijns. De drie curves laten vrijwel geen verschillen zien. Dit is opmerkelijk en waarschijnlijk toe te schrijven aan het gegeven dat de mensen die behandeling zoeken voor hun depressie over het algemeen ernstiger ziek zijn. Doordat er dan behandeling wordt ingezet, is de duur van de depressie niet langer dan van mensen met een lichtere vorm van depressie die geen hulp hebben gezocht.

De belangrijkste voorspellers voor de duur van een depressieve episode zijn: een grotere ernst van depressie en een langere duur van eerdere episode. Het feit dat iemand al eerder eens depressief was geweest voorspelt juist een kortere duur van deze episode. Dit laatste betekent waarschijnlijk dat de duur van de episode bij terugkerende depressies korter is, maar dat na het herstel van een episode, er ook weer snel een nieuwe episode komt. Ook chronische lichamelijke aandoeningen en gebrek aan sociale steun voorspellen dat de depressie langer gaat duren.

Wat zijn de mogelijke implicaties van de bevindingen vanuit het perspec-

tief van de eerstelijnsgezondheidszorg, waar immers de meeste mensen met een depressie worden gezien en behandeld? De helft van de mensen met een depressieve episode blijkt, al dan niet met hulp, na drie maanden weer hersteld te zijn. Als het herstel echter langer duurt, dan is er een aanzienlijk risico op een chronisch beloop. Het is daarom van groot belang dat de bestaande duur van depressie nadrukkelijk wordt betrokken in de indicatiestelling voor behandeling. Depressies met een duur langer dan 12 maanden kunnen eigenlijk al beschouwd worden als chronisch en moeten dan ook intensief behandeld worden. Het is waarschijnlijk raadzaam deze behandelingen bij voorkeur in de tweede lijn te laten plaats vinden of op zijn minst consultatie in de tweede lijn te vragen. Depressies met een duur tussen 6 en 12 maanden neigen tot chroniciteit en een snelle verbetering van symptomen moet nagestreefd worden. Bij recent ontstane depressies met een duur korter dan drie maanden is het beleid afhankelijk van de aanwezigheid van de risicofactoren voor chroniciteit. Als deze niet aanwezig zijn is een afwachtend beleid verantwoord, omdat spontaan herstel op korte termijn een reële optie is.

BELEID

De gegevens over de gevolgen van psychische stoornissen zijn duidelijk. Ook internationaal is er steeds meer besef dat psychische stoornissen essentieel zijn voor de volksgezondheid. Depressieve stoornissen staan volgens de wereldbank qua ziektelast momenteel op de vierde plaats van alle ziekten. Verwacht wordt een stijging naar de tweede plaats in de komende decennia. Er zijn signalen dat de prevalentie van depressieve stoornissen toeneemt en dat mensen die depressies krijgen hun eerste episode op jongere leeftijd ontwikkelen. De NEMESIS-gegevens passen in dat beeld. Immers, de prevalentie van de meeste stoornissen neemt af met de leeftijd. Om uitspraken te kunnen doen over trends in het voorkomen of de ontwikkeling van stoornissen moet op gezette tijden (om de tien jaar) een peiling gedaan worden van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Dit impliceert dat een studie als NEMESIS om de tien jaar herhaald zou moeten worden om te kunnen bepalen hoe de geestelijke volksgezondheid zich in Nederland ontwikkelt.

De gegevens over zorggebruik laten zien dat een groot deel van de mensen met stoornissen daarvoor hulp krijgt. De Nederlandse gezondheidszorg lijkt daarmee beter te functioneren dan die in bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Echter, de toegankelijkheid van voorzieningen varieert per stoornis, per regio en is ook afhankelijk van factoren als sekse, opleidingsniveau en sociale

steun. Ondanks de goede toegankelijkheid van de zorg wordt een substantieel deel van de mensen die baat zouden kunnen hebben bij behandeling niet bereikt. NEMESIS biedt zodoende gegevens die kunnen helpen de schaarse middelen in de gezondheidszorg beter te verdelen.

VOORLICHTING

Voorlichting omvat verspreiding van kennis. Een korte excursie naar het web leert dat er een enorme explosie is van beschikbare kennis.

Wetenschappelijke gegevens over psychische stoornissen zijn gemakkelijk te vinden. Echter, wie de weg heeft gevonden naar een elektronische databank, zoals MEDLINE, en argeloos het woord depressie invoert, wordt overstelpt met informatie. Op 19 maart 2003 was het resultaat een verbijsterend aantal van 138.325 hits. De vraag rijst of de kennis daarmee toegankelijker is geworden. Ook de resultaten van NEMESIS zijn op het web te vinden. De vertaling van de wetenschappelijke artikelen en rapporten voor de verschillende doelgroepen is in volle gang. Dit boek is een van de producten die bedoeld zijn om de gegevens van NEMESIS op een toegankelijke manier onder de aandacht te brengen.

Toegespitst op publieksvoorlichting over psychische stoornissen spelen de resultaten van NEMESIS een belangrijke rol. Een voorbeeld is het bestrijden van het taboe op psychische stoornissen. Voorlichting is een belangrijk wapen om te bereiken dat mensen met psychische stoornissen echt geaccepteerd worden in de maatschappij. Dit is weer een noodzakelijke voorwaarde voor zaken als vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. De gegevens over de hoge prevalentie en het te verwachten beloop werken ontvullend: het is helemaal niet zo uitzonderlijk om een psychische stoornis te krijgen, en het beloop is in de meeste gevallen verre van hopeloos.

CONCLUSIE

Met een zeer beperkte greep uit de resultaten van NEMESIS wordt al snel duidelijk welke rol beschrijvende gegevens kunnen spelen in diverse praktijkvelden: preventie, behandeling, beleid en voorlichting. Zowel in wetenschappelijke als in praktische zin gold de geestelijke gezondheidszorg lange tijd als achterstandsgebied. NEMESIS is een exponent en een bevestiging van het besef dat geestelijke volksgezondheid van groot belang is, en dat betrouwbare gegevens over de stand van de geestelijke volksgezondheid een noodzakelijke voorwaarde zijn voor enige vorm van interventie.



Bijlage I

NEMESIS-publicaties

NEDERLANDSTALIGE PUBLICATIES

1997

- Bijl RV. *Schizofrenie*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 293-299.
- Bijl RV, Rijk C de. *Depressie*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 300-308.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2453-2460.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2448-2452.
- Zessen G van, RV Bijl, Ravelli A, Rijk K de. *Voorkomen van psychische stoornissen: het NEMESIS project*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 860-869.
- Zessen G van. *Seksueel gedrag*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 700-706.
- Zwart W de, Bijl RV. *Afhankelijkheid van alcohol, drugs en andere middelen*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 323-335.

1998

Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte.

Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 1998; 76: 446-457.

Ravelli A, Bijl RV, Zessen G van. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40: 531-544.

1999

Camp K van de, Bijl RV. *Psychische problemen, zorggebruik en behoefte aan zorg in Noord-Holland: 1999 en 2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 1999.

2000

Dorsselaer S van, Bijl RV. *Zorggebruik en zorgbehoefte in regio Oostelijk Utrecht, 2000 – 2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2000.

Perenboom R, Oudshoorn K, Herten L van, Hoeymans N, Bijl RV.

Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: Bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12. Leiden, TNO Preventie en gezondheid, 2000 (TNO-rapport PG/VGZ/99.067).

2001

Have M ten, Bijl RV, Camp K van de. *Behoefte en bereik. Kwantitatieve verkenning van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Oostelijk Zuid-Limburg, 1996-2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001.

Have M ten, Vollebergh WAM. *Psychiatrische problematiek in drie grote steden van Nederland*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001.

Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. *Psychiatrische morbiditeit in de grote steden. Een vergelijking van Amsterdam in het bijzonder met de drie overige grote steden (Den Haag, Rotterdam en Utrecht) tezamen en de rest van Nederland*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2001; 79: 155-161.

2002

Have M ten, Dorsselaer S van, Giesbers H, Veen A van der, WAM Vollebergh.

AGGZ op de kaart. Vraag en aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg in regionaal perspectief. Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.

Have M ten, Schoemaker C, Vollebergh WAM. *Gendersverschillen in psychiatrische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002; 44: 367-375.

- Laitinen-Krispijn S, Bijl R. *Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.
- Peen J, Bijl RV, Spijker J, Dekker J. Neemt de prevalentie van psychiatrische stoornissen toe met de stedelijkheidsgraad? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002; 44: 225-235.
- Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. III. Psychiatrische stoornissen vaker bij homo- dan bij heteroseksuele personen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 146: 1687-1691.
- Sandfort ThGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Reactie op J. Schippers' 'Homoseksualiteit en psychiatrische stoornissen: samenhang niet aange-toond'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 146: 1755-1756.

2003

- Laitinen-Krispijn S, Schoemaker C. Psychische stoornissen en ziekteverzuim onder werkenden. In: Verbraak MJPM (red.). *Preventie van verzuim als gevolg van werkstress, burnout en overige psychische klachten. Achtergronden, instrumenten & interventies*, p. 45-68. Nijmegen, Cure & Care Publishers, 2003.
- Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duur van depressieve episoden in de algemene bevolking. Resultaten van NEMESIS. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. In druk.
- Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van, Graaf R de. Bovenmatig drinken in Nederland; *Uitkomsten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Achtergrondstudie Nationale Drugmonitor (NDM). Utrecht, Bureau NDM, 2003.

INTERNATIONALE PUBLICATIES

1998

- Bijl R.V, Zessen G van, Ravelli A. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 587-595.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 581-586.

Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola S, Bijl R, Borghes G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen H-U, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 893-907.

1999

Cuijpers P, Langendoen Y, Bijl RV. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset, and comparison with other risk factors. *Addiction* 1999; 94: 1489-1498.

Os J van, Verdoux H, Bijl RV, Ravelli A. *Psychosis as an extreme of continuous variation in dimensions of psychopathology*. In: Gattaz WF, Häfner H (eds) *Search for the causes of Schizophrenia Conference*, Springer, Darmstadt, 1999, p. 59-79.

2000

Aguilar-Gaxiola S., Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Kessler RC, Üstün TB, Vega WA, Wittchen H-U. *The International Consortium in Psychiatric Epidemiology*. In: Dragomirecká E, Palčová A, Papežová H (eds.). *Sociální psychiatrie v čase změn / Social Psychiatry in Changing Times*. Prague, Psychiatrické centrum, 2000, p. 86-103.

Alegria M, Bijl R, Lin E, Walters E, Kessler R. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the US with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 383-391.

Alegria M, Kessler RC, Bijl RV, Lin E, Heeringa S, Takeuchi DT, Kolody B. Comparing data on mental health service use between countries. In: Andrews G & Henderson S (eds.). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000, p. 97-118.

Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological Medicine* 2000; 30: 657-668.

Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence study. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 602-607.

Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WAM. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology* 2000; 152: 1039-1047.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S., Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Üstün TB, Vega WA, Wittchen H-U. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Psychiatrie* 2000; 1: 15-20.

- Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 71-77.
- Os J van, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research* 2000; 45: 11-20.
- Ravelli A, Brink W van den, Bijl RV. Consequences of the use of different classification systems: a comparison of the DSM-III-R and ICD-10 for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2000; 4: 192-203.
- Sprangers MAG, Regt EB de, Andries F, Agt HME van, Bijl RV, Boer JB de, Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GIJM, Miedema HS, Tjihuis MAR, Haes HCJM de. Which chronic condition are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 895-907.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Bijl RV, Kessler RC, Demler O, Walters E, Kylyc C, Offord D, Üstün TB, Wittchen H-U). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *The International Journal of Public Health* 2000; 78: 413-426.

2001

- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Graaf R de. Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 141-149.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen H-U, Üstün TB. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 2001; 32 (suppl 2): 62-79.
- Neeleman J, Ormel J, Bijl RV. The distribution of psychiatric and somatic ill-health: associations with personality and socio-economic status. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 239-247.
- Os J van, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh WAM. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms. An Urban-Rural Comparison. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 663-668.
- Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 85-91.
- Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA. Determinants of poor 1-year course of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 103: 122-130.

- Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA. Care utilisation and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 19-24.
- Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, Graaf R de, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS-study. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 597-603.

2002

- Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 7-12.
- Bijl RV, Graaf R de, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 372-379.
- Graaf R de, Bijl RV, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 303-313.
- Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 620-629.
- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine* 2002; 32: 311-323.
- Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 203-213.
- Kessler RC, Andrade LH, Bijl RV, Offord DR, Demler OV, Stein DJ. The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychological Medicine* 2002; 32: 1213-1225.
- Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Os J van. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 1-6.
- Nolen WA, Have M ten, Vollebergh WAM. Rate of detection and care utilisation by people with bipolar disorder. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N (eds.) *Bipolar disorder*. John Wiley & Sons, Chichester, 2002, p. 84-87.

- Os J van, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, Graaf R de, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology* 2002; 156: 319-327.
- Os J van, Hanssen M, Graaf R de, WAM Vollebergh. Does the urban environment independently increase the risk for both negative and positive features of psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 460-464.
- Schoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebergh WAM. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 381-388.
- Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 208-213.
- Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Bijl RV, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Heeringa S, Kessler RC, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Walters EE, Warner LA, Wittchen H-U. Prevalence and age of onset for lifetime drug use in six nations: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence* 2002; 68: 285-297.

2003

- Bijl RV, Graaf R de, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen H-U. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 2003; 22: 122-133 .
- Graaf R de, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 1-11.
- Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, Os J van. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 369-377.
- Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 178-187.
- Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, McKenzie K, Os J van. Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 71-76.

- Os J van, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh WAM. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 477-482.
- Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands mental health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior* 2003; 32: 15-22.

In druk

- Cuijpers P, Graaf R de, Dorsselaer S van. Quality of life, health care use and risk of getting major depression in first incidence minor depression: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*. In druk.
- Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, Os J van. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. In druk.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen H-U). *Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology*. In: Bukoski, WJ, Sloboda, Z (eds) *Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science and Practice*. Plenum Publishing Corporation, New York. In druk.
- Maric N, Krabbendam L, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. Sex differences in symptoms of psychosis in a non-selected, general population sample. *Schizophrenia Research*. In druk.



Bijlage 2

Een greep uit beleidspublicaties met NEMESIS-gegevens

- Bureau NDM. *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 1999*. Bureau NDM, Utrecht, 1999.
- Bureau NDM. *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2000*. Bureau NDM, Utrecht, 2000.
- Bureau NDM. *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2001*. Bureau NDM, Utrecht, 2001.
- Bureau NDM. *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2002*. Bureau NDM, Utrecht, 2002.
- Depla M, Bijl R. *Sekseverschillen in het vóórkomen van psychische problemen en in het gebruik van zorg*. Trimbos-instituut, Utrecht, 1999.
- Grol R, Hodiament PPG, Rigter HGM. *Passende ambulante zorg bij depressie*. KNMG, Utrecht, 1999.
- Jong A de, Brink W van den, Ormel J, Wiersma (red). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen, 1999.
- Kwekkeboom MH. *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2001.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen*. Ministerie van VWS, Den Haag, 2002.
- Minister van VWS. *Geestelijke gezondheidszorg; Brief minister met de beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg*. Kamerstuk 25424, nr. 6. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.
- Minister van VWS. *PEO-programma volksgezondheid en zorg 2000; Brief minister inzake uitwerking van advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid (RGO)*. Kamerstuk 26856, nr. 2. Ministerie van VWS, Den Haag, 2000.
- Minister van VWS. *Zorgnota 2001*. Kamerstuk 27401, nr. 2. Ministerie van VWS, Den Haag, 2001.
- Ministerie van VWS. *Alcoholnota: nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003)*. Ministerie van VWS, Den Haag, 2000.
- Oers JAM van (red). *Gezondheid op koers. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. RIVM, Bilthoven, 2002.

- Polder J. *Cost of illness in the Netherlands: description, comparison, projection*. Drukkerij Gebrs. Verloop, Alblasterdam, 2001.
- Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiter C de, Smits C, Vollebergh W, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ '98-'01*. Ministerie van VWS, Den Haag, 2002.
- Rigter H, Schoemaker C, Have M ten, Cuijpers P, Gageldonk A van, Ketelaars T, Laan G van der, Vollebergh W, Wolf J. *Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg*. Ministerie van VWS, Den Haag, 2001.
- Schnabel P. *De Geestelijke gezondheidszorg: goed voor verbetering*. NFGv, Utrecht, 1998.
- Schoemaker C, Rigter H, Graaf R de, Cuipers P. *Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarbericht 2002*. Bureau NMG, Utrecht, 2002.
- Schoemaker C, Zessen G van. *Psychische stoornissen bij gedetineerden. Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Trimbos-instituut, Utrecht, 1997.
- SCP. *De sociale staat van Nederland 2001*. SCP, Den Haag, 2001.
- Smit F, Bijl R. *Een verkennende studie naar de kosten van de combinatie van werk en zorgtaken*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2000.
- Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- Tonnaer CFM. *Dossier GGZ. Brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg 1997-1999*. GGZ Nederland, Utrecht, 2001.
- Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. *Handboek Psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2000.
- Veerman T, Schoemaker C, Cuelenaere B, Bijl R. *Psychische arbeidsgeschiedheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers*. Elsevier bedrijfsinformatie, Doetinchem, 2001.
- Verkleij H, Verheij RA. *Zorg in grote steden*. RIVM, Bilthoven, 2003.

De studie NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) is het eerste landelijke onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking in Nederland. Het werd door het programma Epidemiologie van het Trimbos-instituut uitgevoerd in de jaren 1996-1999. Het leverde in de loop van de tijd een grote hoeveelheid gegevens op, waar tot op de dag van vandaag beleidsmakers, professionals en universitaire onderzoekers hun voordeel mee doen.

In dit boekje is op een overzichtelijke manier die kennis bij elkaar gezet voor mensen die geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van dit onderzoek, maar die niet de tijd of gelegenheid hebben om de wetenschappelijke literatuur bij te houden waarin veel van de resultaten gepresenteerd werden. Verschillende onderwerpen komen aan bod, zoals de gebruikte methode, de mate waarin psychische stoornissen vóórkomen, het ontstaan van nieuwe psychische stoornissen, het samengaan van verschillende psychische stoornissen, en de gevolgen ervan. Ook komt de betekenis voor de praktijk en het beleid aan bod.

Trimbos-
instituut

*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*



Da Costakade 45
3521 VS Utrecht
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T 030-297 11 80
F 030-297 11 11
www.trimbos.nl