

# Trends in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door ouderen in de periode 1990-2004

M.A. Veerbeek, <sup>a</sup> Y.J. Pijl, <sup>b</sup> G.A.M. Driessen, <sup>c</sup> S.C. de Vries, <sup>d</sup> A.M. Pot<sup>e</sup>

## Trends in the utilization of Dutch mental health services by older adults between 1990-2004

*Aim:* Because the Dutch population has a growing number of older people, an increasing burden on mental health services is expected. To facilitate policy making for the future, it is important to know what changes there have been in use of mental health services by elderly in the past. This study investigates changes in the use of mental health services by older adults in the period 1990-2004. *Methods:* Information about the use of mental health services by older adults was retrieved from the Dutch Psychiatric Case Registers. Population size in these register areas and the unit costs of the different mental health services were taken into account. *Results:* In total there was an increase in the number of older adults that used mental health services in the period mentioned above. The costs, however, showed a decrease, which was caused by the decrease of expensive inpatient care and the increase of less expensive outpatient care. This was mainly the case until 2002. From this year on the ratio between inpatient and outpatient care stabilized. *Conclusion:* Deinstitutionalization of mental health care for older adults was shown in the period 1990-2002. This means that expensive inpatient care is partly replaced by less expensive outpatient care. As a consequence more older adults can be treated with no rise in costs. Since 2002 deinstitutionalization came to a halt. Because a growing number of older adults will be using mental health services in the future, new forms of outpatient care should be explored.

Keywords: mental health care, older adults, trends, costs  
Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40: 00-00

<sup>a</sup> wetenschappelijk medewerker programma ouderen, Trimbos-instituut, Utrecht

<sup>b</sup> senior-onderzoeker, disciplinegroep psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

<sup>c</sup> onderzoeker, vakgroep psychiatrie en neuropsychologie, Maastricht University, Maastricht

<sup>d</sup> onderzoeker, O3 onderzoekcentrum GGz Rijnmond, afdeling psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam

## Samenvatting

**Achtergrond:** Het aantal ouderen in Nederland neemt toe en daarmee het aantal oudere gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg (GGz). Om toekomstig beleid te kunnen bepalen, is het belangrijk te weten hoe het GGz-gebruik zich in het verleden heeft ontwikkeld. Deze studie brengt veranderingen in het GGz-gebruik van ouderen in de periode 1990-2004 in beeld.

**Methode:** Er is gebruik gemaakt van data uit de psychiatrische casusregisters. Zo kon rekening gehouden worden met inwoneraantal per onderscheiden leeftijdsgroep en konden de kosten per geproduceerde eenheid worden berekend voor de onderscheiden categorieën van zorg.

**Resultaten:** Er was een stijging in het aantal ouderen dat gebruik maakte van de GGz in genoemde periode. De kosten daarentegen daalden, door een afname van dure klinische zorg en een toename van goedkopere ambulante zorg en verblijf in een RIBW. Dit gold met name voor de periode tot en met 2002. Vanaf dat jaar stabiliseert de verhouding tussen intra- en extramurale zorg.

**Conclusie:** De periode 1990-2002 wordt gekenmerkt door extramuralisering van de GGz voor ouderen, waardoor meer ouderen in zorg zijn zonder stijging in de kosten. Met het oog op verdere toename van het GGz-gebruik door ouderen, zal naar alternatieve vormen van extramurale zorg moeten worden gezocht.

**Trefwoorden:** ggz; omvang; ouderen; trends; gebruik

## Inleiding

Zoals in veel andere landen groeit het aantal ouderen in Nederland gestaag: in het jaar 2000 waren er 2,1 miljoen ouderen van 65-plus en in 2020 zal dit aantal naar verwachting zijn toegenomen tot bijna 3,3 miljoen.<sup>1</sup> De verwachting is dat door de dubbele vergrijzing, waarbij het aantal ouderen toeneemt en de ouderen ook steeds ouder worden, de zorgvraag van ouderen naar geestelijke gezondheidszorg (GGz) flink zal stijgen.<sup>2</sup> Naar schatting zal er tussen 2010 en 2020

een toename van 18% in GGz-gebruik zijn door ouderen met psychische of verslavingsproblemen,<sup>3</sup> terwijl de druk op de GGz al hoog is wegens een groei in behandeling van mensen die al bij GGz-voorzieningen bekend zijn en er daarmee minder ruimte is voor nieuwe cliënten.<sup>4</sup>

GGz-gebruik hangt naast vergrijzing echter van meerdere factoren af. Andersen en Newman hebben een model ontworpen om het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te voorspellen. Hierin worden drie domeinen onderscheiden: 1) persoonlijke kenmerken die ertoe leiden om hulp te zoeken (zoals leeftijd en geslacht); 2) factoren die toegang tot zorg mogelijk maken (zoals inkomen en het hebben van een partner); en 3) factoren die de behoefte aan zorg reflecteren (zoals ziekte en handicap).<sup>5</sup> Naast deze factoren kunnen ook nog de hoeveelheid psychische problemen in de bevolking, de toegankelijkheid van de hulpverlening, de tendens om over psychische problemen te praten (ouderen zijn minder geneigd om over psychische problemen te praten dan jongere leeftijdsgroepen), de sociale omstandigheden (slechte sociale omstandigheden zullen leiden tot een verhoogd gebruik) en de beschikbaarheid van informele zorg worden genoemd.<sup>6-7</sup>

Ook het landelijk beleid speelt een rol in GGz-gebruik. In Nederland is het landelijk beleid op GGz-gebied vanaf de tweede helft en vooral het laatste decennium van de vorige eeuw aan verandering onderhevig geweest. Stond de eerste helft van de vorige eeuw vooral in het teken van klinische zorg en psychiatrische ziekenhuizen, in de tweede helft kwam hier geleidelijk verandering in en kwam de introductie van ambulante zorg, deeltijdopname en verblijf in een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) voor mensen die niet zonder begeleiding kunnen wonen, maar die ook niet in een psychiatrisch ziekenhuis hoeven te verblijven.<sup>2,8</sup> Deze veranderingen ontstonden onder andere door de opkomst van psychofarmaca, nieuwe vormen van psychotherapie, de hoge kosten van de institutionele zorg en de toenemende nadruk in onze samenleving op autonomie en onafhankelijkheid.<sup>7-8</sup> Vooral het onderbrengen van cliënten in grote gebouwen ver buiten de stad werd als inhumain beschouwd, evenals het feit dat langdurig verblijf in een dergelijke instelling de cliënt zijn rol als burger ontnemt.<sup>9</sup> Dit leidde ertoe dat in de jaren tachtig steeds meer initiatieven werden ontwikkeld om de oude psychiatrische ziekenhuizen te ontmantelen en de GGz te extramuraliseren.<sup>9</sup> Bij extramuralisering wordt (dure) klinische zorg vervangen door (goedkopere) ambulante zorg of een verblijf in een RIBW. Hierdoor kan voor hetzelfde geld langer (na)zorg worden geboden en is er meer continuïteit van de zorg.<sup>8,10</sup> Ook blijven cliënten op deze manier langer deel uit maken van hun sociale omgeving.<sup>7</sup> Behalve in Nederland zijn ook in andere Europese landen initiatieven genomen tot extramuralisering van de GGz, zij het op ver-

<sup>e</sup> hoogleraar ouderenspsychologie, Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam; hoofd programma ouderen, Trimbos-instituut, Utrecht  
Correspondentie: drs. M.A. Veerbeek, Postbus 325, 3500 AS Utrecht, 030-2959313, mveerbeek@trimbos.nl

schillende tijdstippen. In de landen Duitsland, Oostenrijk, Engeland, Italië, Spanje, Denemarken en Zweden werd het beleid eerder ingevoerd dan in Nederland (1960-1980), maar in Frankrijk werd dit initiatief later genomen (1990).<sup>12-18</sup> Oost-Europese landen zijn vanwege het IJzeren Gordijn achtergebleven qua hervormingen in de GGz. Daar is nu het besef doorgedrongen dat zorg ook buiten een kliniek kan plaatsvinden, maar van extramuralisering is nog geen sprake.<sup>19</sup>

In Nederland kwam het beleid van extramuralisering langzaam van de grond en in de periode 1979-1990 was er nog geen daling in het aantal klinische opnamen te zien.<sup>6</sup> Dit kwam voornamelijk door een sterke groei van het aantal 'oudste ouderen' (85-plus), die meer klinische zorg gebruikten dan mensen in andere leeftijdsgroepen (18-79 jaar).<sup>6</sup> Bij ouderen (65-plus) worden de eerste effecten van extramuralisering zichtbaar vanaf 1993.<sup>7</sup> Een studie van Pijl en Sytema naar trends in het GGz-gebruik van ouderen in de regio Drenthe in de periode 1990-1999 laat zien dat vanaf dat jaar het aantal klinische opnamen met 22% afneemt en het aantal ambulante contacten met 25% stijgt.<sup>7</sup> Ook neemt in deze periode het aantal ouderen dat nieuw in zorg komt af, maar men blijft wel langer in zorg. De totale kosten voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in genoemde periode bleken te zijn gestegen. In de leeftijd van 65-84 daalden weliswaar de kosten door een daling in klinische opnamen en een stijging van ambulante zorg, maar deze besparing werd teniet gedaan door een groei in 24-uurs zorg van 85-plussers op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen.<sup>7</sup>

De huidige studie is een vervolg op de studie van Pijl en Sytema, waarbij we data zullen gebruiken die betrekking hebben op een groter deel van Nederland. Daarnaast zullen de data een recentere periode bestrijken, namelijk 1990-2004. Met de huidige studie willen we meer inzicht geven in de ontwikkeling van het GGz-gebruik van ouderen in Nederland. Omdat GGz-gebruik van vele factoren afhangt, is het lastig om een inschatting te maken van toekomstig gebruik. Inzicht in ontwikkelingen in GGz-gebruik kan echter een basis vormen voor het bepalen van toekomstig GGz-beleid voor ouderen. Deze studie brengt de volgende trends in kaart: 'Welk promillage ouderen maakte gebruik van de tweede- en derdelijns GGz in de periode 1990-2004?', 'Welk type zorg betrof het?', 'Hoeveel zorg ontvingen ouderen binnen deze typen?', 'Is er verschil tussen 'jongere ouderen' (65-74-jarigen), 'oudere ouderen' (75-84-jarigen) en de 'oudste ouderen' (85-plussers) in GGz-gebruik?' en 'Welke kosten bracht de totale zorg met zich mee?'

## Methode

In deze studie is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nederlandse psychiatrische casusregisters (pcr's). Een psychiatrisch casusregister is een registratie voor wetenschappelijk en beleidsgericht onderzoek. Er zijn drie casusregisters in Nederland operationeel op het gebied van geestelijke gezondheidszorg: Maastricht en omstreken, Drenthe en Rotterdam/Rijnmond. Zij verzamelen sinds respectievelijk 1983, 1986 en 1990 gegevens over het zorggebruik van de inwoners in deze geografisch omschreven gebieden.<sup>20</sup> De zorgcontacten op het terrein van geestelijke gezondheidszorg van alle inwoners worden op één centraal punt verzameld. De gegevens worden door een anonieme, cliëntgebonden code gecombineerd, zodat GGz-trajecten per cliënt in kaart gebracht kunnen worden. Alle GGz-voorzieningen in de betreffende regio's participeren in de pcr's. In de jaren negentig registreerden de pcr's de geestelijke gezondheidszorg voor bijna 2 miljoen Nederlanders. De drie betreffende regio's verschillen onderling in bevolkingsdichtheid, urbanisatiegraad en in mindere mate ook in besteedbaar inkomen.<sup>1</sup> De gecombineerde registergebieden wijken echter weinig af van heel Nederland wat een aantal globale bevolkingskenmerken betreft, zoals bevolkingsdichtheid en besteedbaar inkomen. De gecombineerde gegevens van de drie pcr's geven dan ook een representatief beeld van heel Nederland.<sup>20</sup> Wat betreft inwoners met psychiatrische problemen, kunnen verschillen tussen de regio's en de rest van Nederland niet uitgesloten worden.<sup>20</sup> Vanuit historisch oogpunt zijn bijvoorbeeld oudere, chronische cliënten oververtegenwoordigd in het registergebied Drenthe, in vergelijking met de rest van Nederland.<sup>10</sup> Dit komt zowel door instroom van psychiatrische cliënten via de GGz, als de aantrekkingskracht van het landelijke gebied op deze populatie.<sup>20</sup> In hoeverre de cijfers over een heel registergebied bepaald worden door migratie ten gevolge van het lokale GGz-aanbod is structureel onbekend omdat de zorg voor inwoners van aanpalende regio's geen deel uitmaakt van het betreffende register. Zolang er geen alternatief is voor de casusregisters, dient de generalisatie van de regionale cijfers naar de Nederlandse situatie binnen het perspectief van de historie van het lokale zorgaanbod geplaatst te worden.<sup>20</sup>

Voor deze studie zijn uit alle drie de registerdata alleen cliënten van 65 jaar of ouder geselecteerd. Het percentage ouderen (65-plus) in de bevolking van de registergebieden steeg in de periode 1990-2004 van 14,2 naar 14,9% (=295.147 inwoners in 2004). De groep ouderen van 65-74 jaar bleef gelijk (8,0%), de groep ouderen van 85-plus steeg licht (1,4-1,6%) en de groep ouderen in de leeftijd 74-85 liet de grootste groei zien (4,7-5,3%). Om te voorkomen dat de resultaten voor een klein deel de effecten van vergrijzing zouden weergeven in plaats van de veranderin-

gen in het gedrag van zorgaanbieders en zorggebruikers, werd voor vergrijzing gecorrigeerd door de per leeftijdsgroep berekende statistieken in alle jaren gewogen te middelen voor een standaard leeftijdsverdeling. De standaardisatie van de leeftijd werd toegepast op de gezamenlijke populatie van de drie registergebieden, waardoor verschillen in leeftijd en vergrijzing tussen de drie registergebieden samen met alle andere specifieke kenmerken van de lokale populatie en de lokale GGz ongewijzigd van invloed bleven op de onderzoeksresultaten. In alle berekeningen over de totale populatie telde het Rijnmondse registergebied het zwaarst mee, aangezien het aantal inwoners en het aantal GGz-cliënten daar beduidend hoger is dan in Drenthe en Maastricht. Ook de jaarlijkse aantallen GGz-gebruikers werden gecorrigeerd voor de omvang van de bevolking (relatieve behandelde jaarprevalentie).

Om de jaarlijkse totale kosten van de GGz ongeacht type zorg te kunnen samenvatten, is een kostenmodel gegenereerd van de directe variabele kosten van zorg.<sup>20-21</sup> Dergelijke kosten worden gebruikt voor de verrekening van capaciteitsverschuivingen tussen afdelingen en instellingen. De kosten per geproduceerde eenheid (bed, stoel, policontract) worden berekend voor de onderscheiden typen van zorg (kliniek, RIBW, ambulante zorg). Deze bedragen worden vervolgens vermenigvuldigd met het gemiddelde percentage aanwezigheid/contacten. Zo wordt berekend hoeveel kosten er met elk type zorg gemoeid zijn. De tarieven van het College Tarieven Gezondheidszorg, welke wij in het

kostenmodel hebben gebruikt, staan voortdurend ter discussie en worden continu aangepast.<sup>22</sup> Het gaat in het huidige onderzoek echter niet om de exacte bepaling van de kosten van de zorg. De tarieven zijn een concreet en praktisch hulpmiddel om de omvang van de zorg voor een cliënt in een bepaalde periode in een enkele index samen te vatten.

In deze studie wordt het GGz-gebruik van drie typen zorg onderzocht: klinische zorg, RIBW en ambulante zorg. De psychiatrische zorg in verzorgingshuizen is niet meegenomen, omdat deze zorg nog niet zo lang bestaat. Ook vrijgevestigde praktijken zijn niet geregistreerd, maar ouderen maken slechts een klein deel uit van hun patiëntenpopulatie.<sup>20</sup> Al het overige GGz-gebruik is geregistreerd, ongeacht of cliënten thuis wonen, in verpleeghuizen of RIBWs. Wat betreft leeftijd maken we onderscheid tussen 65-74 jarigen, 75-84 jarigen en 85-plussers.

## Resultaten

### *Promillage ouderen dat gebruik maakte van de GGz*

Het GGz-gebruik van ouderen steeg in de periode 1990-2004 van 32‰ naar 42‰ (tabel 1). Cliënten van 85 jaar en ouder maakten het meest gebruik van de GGz, waarbij het promillage steeg van 75‰ naar 83‰. Ook het promillage ouderen van 65-84 jaar dat gebruik maakte van de GGz steeg, waarbij de groep 65-74 jarigen de grootste stijging liet zien, van 19‰ naar 30‰.

Tabel 1	Promillage ggz-cliënten boven de 65 jaar (per 1000 inwoners) in de periode 1990-2004.					
	1990	1994	1998	2002	2003	2004
65-74	19,09	21,14	21,4	22,88	25,45	29,74
75-84	40,75	47,05	44,2	43,83	44,8	47,62
85+	75,43	96,99	92,46	87,15	85,52	82,76
Totaal 65+	31,84	37,49	36,82	37,35	38,9	41,89

### *Klinische opnames*

Het promillage 65-plussers met een klinische opname daalde in de periode 1990-2004 van 6‰ naar 4‰ (tabel 2). De sterkste daling vond plaats tussen 1990 en 2002, waarna het promillage tot 2004 ongeveer gelijk bleef. In 1990 verschilden de onderscheiden leeftijdscategorieën in het aantal gebruikers van klinische voorzieningen. Het promillage 75-plussers in klinische zorg lag destijds hoger dan dat van 65-74 jarigen, met respectievelijk 5‰ en 7‰. In 2004 bleken deze verschillen vrijwel verdwenen en was het jaarlijkse aantal gebruikers van de kliniek voor alle drie

leeftijdsgroepen gedaald tot ongeveer 4‰. Ook het jaarlijkse aantal opnamedagen per oudere cliënt tussen 1990 en 2004 daalde: van 185 naar 169. In 1990 waren daardoor 1041 opnamedagen per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder nodig, in 2004 was dit aantal nog maar 653. De sterkste daling vond plaats onder 75-84 jarigen en halveerde van 1228 dagen naar 631 dagen per 1000 inwoners. Ook de leeftijdscategorieën 65-74 en 85-plus liet een daling zien, van respectievelijk 789 dagen naar 662 dagen per 1000 inwoners en van 1188 dagen naar 681 dagen per 1000 inwoners.

<b>Tabel 2</b>		<b>Promillage ggz-cliënten boven de 65 jaar met een klinische opname (per 1000 inwoners) in de periode 1990-2004.</b>					
	1990	1994	1998	2002	2003	2004	
65-74	4,66	4,26	3,7	3,62	3,63	3,74	
75-84	6,94	5,99	4,92	4,45	4,47	3,99	
85+	6,91	6,31	5,49	4,71	5,56	4,00	
Totaal 65+	5,64	5,04	4,31	4,03	4,14	3,86	

### RIBW

Het promillage 65-plussers dat in een RIBW verbleef verdubbelde bijna in de periode 1990-2004 van 0,3‰ naar 0,6‰ (tabel 3). De grootste stijging vond plaats tussen 1990 en 2002, waarna het promillage tot 2004 ongeveer gelijk bleef. Het promillage cliënten in de leeftijd 65-84 dat in een RIBW verbleef, lag hoger dan dat van cliënten boven de 85 met respectievelijk 0,6‰, en 0,3‰ in 2004. In tegenstelling tot de leeftijd 65-84, fluctueerde het promillage cliënten van 85-plus over de jaren. Het gemiddeld aantal verblijfsdagen per jaar in een RIBW steeg in deze periode, van 326 naar 344 dagen per cliënt, zodat de totale jaarlijkse RIBW-productie voor 65-plussers in de periode 1990-2004 steeg van 111 dagen per 1000 inwoners naar 203 dagen per 1000 inwoners. Cliënten in de leeftijdscategorie 65-74 en 75-84 hadden de meeste verblijfsdagen en cliënten van 85-plus de minste, met respectievelijk 225, 205 en 85 dagen per 1000 inwoners in 2004.

### Ambulante zorg

Het promillage cliënten van 65-plus in ambulante zorg steeg in de periode 1990-2004 van 28‰ naar 40‰ (tabel 4). De sterkste stijging vond plaats tussen 1990-1994, waarna tot 2002 het promillage ongeveer stabiel bleef. Vanaf 2002 tot 2004 vond er weer een stijging plaats. Het promillage cliënten van 85-plus was het grootst gedurende de gehele periode en steeg van 70‰ naar 81‰. Ook de promillages ambulante cliën-

ten in de leeftijdscategorieën 65-74 en 75-84 namen toe, respectievelijk 16‰-28‰ en 36‰-46‰. Het gemiddeld aantal ambulante contacten per GGz-cliënt boven de 65 jaar verdubbelde bijna in de periode 1990-2004, van 5 naar 10 contacten per jaar. In 2004 hadden cliënten van 65-74 met 13 contacten gemiddeld de meeste contacten, gevolgd 75-84 jarigen met 9 contacten en 85-plussers met 5 contacten. Omdat zowel het promillage ambulante cliënten als het aantal contacten per cliënt stegen, nam het jaarlijkse totale aantal contacten per 1000 oudere inwoners toe van 154 contacten in 1990 naar 383 contacten in 2004. De stijging was het grootst bij de 65-74 jarigen (van 122 naar 353 contacten per 1000 inwoners; een stijging van 289%), gevolgd door 75-84 jarigen (van 181 naar 409 contacten per 1000 inwoners; een stijging van 226%) en 85-plussers (van 251 naar 444 contacten per 1000 inwoners; een stijging van 77%).

<b>Tabel 3</b>		<b>Promillage bewoners boven de 65 jaar in een RIBW (per 1000 inwoners) in de periode 1990-2004.</b>					
	1990	1994	1998	2002	2003	2004	
65-74	0,36	0,43	0,54	0,71	0,71	0,64	
75-84	0,35	0,40	0,41	0,56	0,58	0,60	
85+	0,12	0,18	0,36	0,28	0,19	0,28	
Totaal 65+	0,34	0,40	0,48	0,61	0,61	0,59	

Tabel 4	Promillage ggz-cliënten boven de 65 jaar in ambulante zorg (per 1000 inwoners) in de periode 1990-2004.					
	1990	1994	1998	2002	2003	2004
65-74	15,91	18,59	19,23	20,67	23,45	28,09
75-84	36,38	43,62	41,34	41,17	42,29	45,91
85+	70,47	93,08	88,49	84,00	81,75	81,07
Totaal 65+	28,08	34,51	34,22	34,88	36,53	40,22

#### Omvang van de zorg

De gestandaardiseerde directe variabele kosten van de totale zorg per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder, ongeacht type zorg, nam met 16% af in de periode 1990-2004 naar [E] 115.038 (tabel 5). De sterkste daling vond plaats tussen 1990 en 2002, waarna de omvang in 2004 licht steeg. Was

de totale omvang van de zorg voor cliënten van 75-84 en 85-plus in 1990 nog groter dan de omvang voor cliënten van 65-74, respectievelijk [E] 161.321, [E] 157.031 en [E] 119.503 per 1000 inwoners, in 2004 lag de omvang voor elk van de leeftijdscategorieën nagenoeg gelijk, respectievelijk [E] 115.498, 114.433 en 114.769 per 1000 inwoners.

Tabel 5	Totale omvang van de zorg (in euro's) aan ggz-cliënten boven de 65 jaar (per 1000 inwoners) in de periode 1990-2004.					
	1990	1994	1998	2002	2003	2004
65-74	119.503	110.857	108.385	111.680	110.093	115.498
75-84	161.321	156.676	130.753	119.390	120.144	114.423
85+	157.031	169.052	149.206	124.887	121.317	114.769
Totaal 65+	137.155	131.874	120.414	115.844	114.869	115.038

De gestandaardiseerde directe variabele kosten van klinische zorg voor mensen van 65 jaar en ouder daalden in de periode 1990-2004 met 37% van [E] 120.455 naar [E] 75.585 per 1000 inwoners. De kosten van het verblijf van cliënten van 65-plus in een RIBW steeg in de periode 1990-2004 met 83% van [E] 6.012 naar [E] 10.991 per 1000 inwoners. De kosten van ambulante zorg aan cliënten van 65-plus steeg in de periode 1990-2004 met 166% van [E] 10.688 naar [E] 28.462 per 1000 inwoners. De kosten voor de kliniek namen daarmee het overgrote deel van de GGz-middelen voor ouderen voor hun rekening.

#### Discussie

Het aantal ouderen dat gebruik maakte van de tweede- (ambulante zorg) en derdelijns GGz (kliniek en RIBW) steeg in de periode 1990-2004. Als we deze drie typen zorg apart bekijken, zien we dat het aantal cliënten dat werd opgenomen in een kliniek daalde in deze periode, al bleef het aantal vanaf 2002 nagenoeg gelijk. Het aantal

cliënten van 65-plus dat in een RIBW verbleef steeg daarentegen, al is ook hier het aantal vanaf 2002 redelijk stabiel. In de ambulante zorg steeg het aantal ouderen vooral in de periode 1990-1994 en vanaf 2002. Wat betreft de omvang bleek dat de gestandaardiseerde directe variabele kosten van de zorg, ongeacht type zorg, sterk daalden in de periode 1990-2002, waarna ze in 2004 licht stegen.

We zien dat het aantal ouderen dat gebruik maakte van de GGz in de periode 1990-2004 is toegenomen. Het feit dat het aantal oudere gebruikers van de GGz steeg, sluit aan bij eerder onderzoek dat voorspelde dat het GGz-gebruik van ouderen zal toenemen en dat de druk op de GGz groter zal worden.<sup>3-4</sup> Het onderzoek van Depla et al. verklaarde de toenemende druk echter uitsluitend door de vergrijzing van de bevolking.<sup>3</sup> De onderhavige studie toont aan dat niet alleen het aantal ouderen toeneemt, maar ook de fractie ouderen die met de GGz te maken krijgt. Redenen hiervoor zouden kunnen zijn dat er minder informele zorg beschikbaar is, psychische ziekten steeds meer ook als ziekte worden

(h)erkend waardoor sneller hulp wordt gevraagd, of er nieuwe interventies beschikbaar zijn voor mensen die eerst onbehandeld bleven.<sup>6-7</sup>

Verder zien we dat tot 2002 de gevonden resultaten aansluiten bij het beleid van extramuralisering. Dit beleid houdt in dat dure klinische opnamen zoveel mogelijk beperkt worden en dat een verblijf ook zo kort mogelijk wordt gehouden. Deze zorg wordt zoveel mogelijk overgeheveld naar goedkopere vormen van zorg, zoals verblijf in een RIBW of ambulante zorg. Van 1990 tot 2002 is te zien dat het aantal ouderen en het aantal opnamedagen in een kliniek daalde. Daartegenover steeg het aantal cliënten en het aantal verblijfsdagen in een RIBW, evenals het aantal cliënten in ambulante zorg en het aantal ambulante contacten. Hiermee waren landelijk de effecten van extramuralisering vanaf 1990 te zien, wat afwijkt van het eerder gevonden jaartal van 1993 in de provincie Drenthe.<sup>7</sup> Hierin speelt de historie waarschijnlijk een rol, waarbij oudere, chronische cliënten zijn oververtegenwoordigd in dit gebied, in vergelijking met de rest van Nederland.<sup>20</sup>

Voortvloeiend uit het bovenstaande daalden de gestandaardiseerde directe variabele kosten van de zorg voor ouderen, ongeacht het type zorg, tot 2002. De besparing in de klinische zorg was daarmee groter dan de stijging in uitgaven voor RIBW en ambulante zorg. Dit is niet in lijn met het eerdere onderzoek van Pijl en Sytma in de provincie Drenthe dat een stijging in de totale kosten voor de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen liet zien, omdat de toename van ambulante zorg veel groter was dan de afname van klinische zorg.<sup>7</sup> In de leeftijd 65-84 daalden weliswaar de kosten door een daling in klinische opnamen en een stijging in ambulante zorg, maar deze besparing werd teniet gedaan door een groep in 24-uurszorg van 85-plussers op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen.<sup>7</sup> Eerder onderzoek naar het extramuraliseringsbeleid bij volwassenen in de periode 1990-1999 liet ook een toename in kosten zien, doordat zorg door RIBW's en ambulante voorzieningen niet alleen werd geboden als vervanging van klinische zorg, maar ook werd toegevoegd aan het totale aanbod.<sup>20</sup> De afname in kosten voor geestelijke gezondheidszorg van ouderen in het huidige landelijke onderzoek zou ook te maken kunnen hebben met een verschuiving in het zorgaanbod, omdat verpleeghuizen hun aanbod voor het behandelen van ouderen met psychische stoornissen hebben uitgebreid.<sup>23</sup> Verpleeghuiszorg is echter niet meegenomen in dit onderzoek.

Wat we op basis van bovenstaande wel over de extramuralisering van de GGz bij ouderen in Nederland kunnen zeggen is dat die eerder zichtbaar is dan bij jongere volwassenen, waar de eerste tekenen vanaf 1994 zichtbaar waren.<sup>20</sup> In vergelijking met andere Europese landen (Engeland, Duitsland, Italië, Zweden, Denemarken)

is de extramuralisering echter laat begonnen en heeft met 12 jaar een geringe periode geduurd. In de genoemde landen was de extramuralisering minimaal 20 jaar zichtbaar.<sup>12-14, 16-17</sup> Om een oplossing te kunnen bieden aan de toekomstige toename van zorggebruik door oudere cliënten in Nederland zou daarom geïnvesteerd moeten worden in de ontwikkeling van alternatieve vormen van extramurale zorg voor deze doelgroep.

Wat betreft verschillen in GGz-gebruik tussen 'jongere' en 'oudere' ouderen gold voor klinische en ambulante zorg in het algemeen hoe hoger de leeftijd, hoe meer kans om in zorg te komen, terwijl dit bij verblijf in een RIBW juist tegenovergesteld was. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat RIBW's minder in staat worden geacht om in de specifieke behoeften van ouderen te voorzien dan verzorgingshuizen.<sup>7</sup> Verzorgingshuizen zijn in toenemende mate gespecialiseerd in ouderen met lichamelijke en psychische stoornissen.<sup>24-25</sup> Aangezien de kans op lichamelijke en psychische stoornissen toeneemt met de leeftijd, ligt het voor de hand dat de oudste ouderen minder vaak naar een RIBW worden doorverwezen.

Er zijn enkele beperkingen bij deze studie met betrekking tot het gehanteerde kostenmodel en de data in de psychiatrische casusregisters. Zoals elk kostenmodel, kent ook het huidige kostenmodel zijn beperkingen. Een belangrijke overweging om het in deze studie gebruikte kostenmodel te gebruiken is dat het in de huidige studie niet gaat om de exacte bepaling van de kosten van de zorg, maar om de vergelijking tussen bepaalde groepen en jaren wat totale omvang van de zorg betreft, ongeacht type zorg. Tarieven zijn een concreet en praktisch hulpmiddel om de omvang van de zorg voor een cliënt in een bepaalde periode in een enkele index samen te vatten. Als een afspiegeling van de werkelijke kosten aan de orde was geweest, had bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan cijfers van het jaarlijks CBS-kostenonderzoek instellingen gezondheidszorg, al waren deze voor de huidige studie niet in aanmerking gekomen. De CBS-cijfers kunnen de instellingskosten niet verdelen naar de in deze studie gehanteerde leeftijdsgroepen. Een reëel alternatief voor het kostenmodel van het CTG was het model van Oostenbrink et al. geweest, maar hier is het onderscheid naar typen zorg te grofmazig voor de huidige vraagstellingen.<sup>26</sup> Het gekozen kostenmodel is daarmee niet ideaal, maar voor het doel van de huidige studie het beste alternatief.

Wat betreft de data uit de psychiatrische casusregisters kunnen we wel een beeld krijgen van het aantal cliënten dat van een bepaald type zorg gebruik maakt (bijvoorbeeld kliniek), maar weten we niet wat voor soort zorg daarbinnen feitelijk is gegeven (bijvoorbeeld gedragstherapie of medicatie). Ook kunnen we niet zeggen in hoeverre een cliënt baat heeft gehad bij de zorg. We weten bijvoorbeeld wel hoeveel dagen een cliënt in een kliniek verbleef, maar niet in welke

mate de cliënt is opgeknapt na zijn opname. Dit zijn inhoudelijke vragen, die met de huidige registraties niet te beantwoorden zijn.<sup>27</sup> Met behulp van data die momenteel verzameld worden in het kader van de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MEMO), hopen we in de toekomst wel antwoord te kunnen geven op deze vragen.<sup>28</sup>

In de psychiatrische casusregisters zijn andere typen zorg zoals informele zorg, algemene gezondheidszorg, thuiszorg, tafeltje-dek-je en psychogeriatrische zorg in verzorgingshuizen, niet meegenomen. We kunnen daarom niet zeggen of de veranderingen in het GGz-gebruik van ouderen zijn toe te schrijven aan veranderingen in het aanbod, of aan veranderingen in gebruik.<sup>7</sup> Het zou bovendien wenselijk zijn om meer inzicht in de prevalentie van gecombineerde zorg te krijgen, bijvoorbeeld GGz-gebruik en curatieve zorg. De psychiatrische casusregisters beschikken helaas niet over dergelijke informatie, omdat alleen GGz-gebruik geregistreerd wordt. Door middel van koppeling met andere registraties zou het wel mogelijk zijn om ontwikkelingen in dit grensverkeer inzichtelijk te maken. Dit is echter eenvoudiger gezegd dan gedaan, door de verschillende systemen die voor de registraties gebruikt worden.<sup>27</sup> Voor de huidige studie voerde dit dan ook te ver.

Tenslotte hebben de casusregisters alleen data van ouderen die daadwerkelijk gebruik maken van de GGz. Er kan dus geen beeld worden verkregen van het aantal ouderen met een psychische stoornis dat eigenlijk hulp nodig heeft, en dus ook niet van de ouderen die desondanks geen hulp ontvangen.<sup>7</sup> Er vindt wel bevolkingsonderzoek onder ouderen plaats (LASA), maar daarin is psychiatrische diagnostiek hooguit in een beperkt aantal aanvullende steekproeven meegenomen, zoals depressie en angststoornissen.<sup>29-30</sup> Momenteel worden in Nederland al wel gegevens verzameld over de prevalentie en incidentie van psychiatrische ziekten en zorggebruik van jongere volwassenen (NEMESIS).<sup>31</sup> Om ook bij ouderen een beter beeld te krijgen van de prevalentie en incidentie van psychische ziekten en zorggebruik is dergelijk epidemiologisch onderzoek van groot belang.

#### *Dankbetuiging:*

Een eerder onderzoek vond plaats in het kader van de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MGO) 2006, welke werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor meer informatie zie [www.trimbos.nl/ouderen](http://www.trimbos.nl/ouderen)

## Literatuur

- 1 CBS (2008). <http://statline.cbs.nl> (mei 2008).
- 2 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie GGZ, 31 mei 2006. <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2006/beleidsvisie-GGz.asp> (mei 2008)
- 3 Depla M, Pot AM, Graaf R de, Dorsselaer S van, Sonnenberg C, Deeg D. Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verlosingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- 4 Kooi L, Sytema S, Wiersma D, Driessen G, Wierdsma AI, Dieperink CJ. GGZ onder druk? Verkenning met behulp van drie Nederlandse psychiatrische casusregisters. *Mgv* 2000;55: 223-230.
- 5 Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q* 1973;51:95-124.
- 6 Oldehinkel AJ. Time trends in mental health care utilization in a Dutch area, 1976-1990. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:181-185.
- 7 Pijl YJ, Sytema S. The identification of trends in the utilisation of mental health services by elderly: a Dutch case register study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:373-380.
- 8 Ravelli DP. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *Int J Integr Care* 2006;6:1-11.
- 9 Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen: Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002.
- 10 Pijl YJ, Sytema S. The effect of deinstitutionalization on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:244-248.
- 11 Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany: current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:92-103.
- 12 Haug HJ, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:115-122.
- 13 Goldberg D. The future pattern of psychiatric provision in England. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:123-127.
- 14 Girolamo G de, Bassi M, Neri G, et al. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:83-91.
- 15 Vázquez-Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 128-135.
- 16 Sogaard HJ, Godt HH, Blinkenberg S. Trends in psychiatric hospitalization and changes in admission patterns in two counties in Denmark

- from 1977-1989. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:263-269.
- 17 Arvindsson H, Ericson BG. The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nord J Psychiatry* 2005;59:186-192.
  - 18 Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:64-70.
  - 19 Tomov T. Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104 (Suppl. 410):21-26.
  - 20 Pijl YJ, Driessen GAM, Wierdsma AI, Sytema S. Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
  - 21 CTG. Mutatie budgetmaximum. Bijlage 1 van circulaire III/GGZ/00/02c. Utrecht: CTG, 2000.
  - 22 Bakker PF, Hoeksema BM, Kingma M, Schutte SJM. Tijdbesteding en kostencomponenten ambulante GGZ. Enschede: Hoeksema, Homans & Menting, 2002.
  - 23 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport GGZ-MZ '98-'01. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.
  - 24 Depla MFIA, Pols AJ, Lange J de. New residents of the old age home - Problems and needs of elderly with a psychiatric background. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1999;30:121-128.
  - 25 Dorland LM, Pot AM, Veerbeek MA, Depla M. Psychische hulpverlening in Verzorgings- en Verpleeghuizen. In: Pot AM, Depla M, Have M ten, red. *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen*, rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007:37-43.
  - 26 Oostenbrink JB, Bouwmans CAM, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Handleiding voor kostenonderzoek; methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2004. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2004.
  - 27 Veerbeek MA, Pot AM, Dorland LM, Depla M, Have M ten. Haalbaarheidsstudie naar peilstations. In: Pot AM, Depla M, Have M ten, red. *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen*, rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007: 27-30.
  - 28 Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MEMO). <http://www.trimbos.nl/ouderen> (mei 2008).
  - 29 Geerlings MI, Schoevers RA, Beekman AT, et al. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 568-575.
  - 30 Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:717-726.
  - 31 Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998;33:579-631.