

# ***Betrouwbare zorgvraagvoorspellings- methoden in de geestelijke gezondheidszorg?***

*Een overzicht van de verschillende voorspellingsmethoden en een toets op  
de betrouwbaarheid ervan*



Marian Lugtenberg  
Augustus 2009

## Colofon

- Titel: Betrouwbare zorgvraagvoorspellingsmethoden in de geestelijke gezondheidszorg?
- Subtitel: Een overzicht van de verschillende voorspellingsmethoden en een toets op de betrouwbaarheid ervan
- Auteur: Marian Lugtenberg  
m.c.lugtenberg@student.rug.nl  
Studentnummer: 1536079
- Opleiding: Rijksuniversiteit Groningen  
Opleiding Vastgoedkunde  
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen
- Begeleider:  
Prof. Dr. E.F. Nozeman  
e.f.nozeman@rug.nl
- Afstudeerbedrijf: Lentis Vastgoed
- Begeleider:  
Dhr. P.M. Schollema  
pm.schollema@lentis.nl

Zuidlaren, juli 2009.

## ***Samenvatting***

In 2006 heeft de Nederlandse overheid gereguleerde marktwerking in de zorg geïntroduceerd om kosten te beheersen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een van de gevolgen van deze marktwerking is dat kapitaallasten, die voorheen de overheid financierde, nu voor rekening van de zorginstellingen komen. Deze extra lasten worden rechtstreeks doorberekend aan de zorggebruikers. De verschillende tarieven die de zorgverleners voor hun diensten rekenen, hebben ertoe geleid dat er concurrentie is ontstaan tussen de verschillende zorginstellingen.

Geprobeerd wordt om de tarieven voor de diensten, en dus ook prijzen van de kapitaallasten, zo laag mogelijk te houden, zodat een sterke positie op de concurrerende markt kan worden ingenomen. Om de kapitaallasten die ontstaan door de ontwikkeling van vastgoed zo laag mogelijk te houden, is een duidelijk beeld van de toekomstige ruimtebehoefte nodig. Dit geldt voor alle zorginstellingen, dus ook voor de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

In dit onderzoek is gepoogd *een zo compleet mogelijk overzicht van bruikbare en betrouwbare voorspellingsmethoden voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen* weer te geven.

In nationale en internationale literatuur zijn een viertal voorspellingsmethoden voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg naar voren gekomen, te weten de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor, de Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index, de Jarman-Underprivileged-Area-Score en de Camberwell Assessment of Need. Geen van deze methoden bleek een goede en betrouwbare voorspeller te zijn voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Om toch enig inzicht in de vraagontwikkeling te krijgen zijn de variabelen die van invloed zijn op de zorgvraag in Nederland met behulp van literatuuronderzoek achterhaald. Deze variabelen zijn: geslacht, leeftijd, huishoudensamenstelling, woonomgeving, religie, etnische herkomst, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, opleidingsniveau en de hoogte van het inkomen. Omdat het onderzoek zich richt op de provincie Groningen is gekeken hoe deze variabelen zich in dit gebied de komende jaren zullen ontwikkelen. Om inzicht te krijgen welke variabelen daadwerkelijk significant van invloed zijn op het zorggebruik in de provincie Groningen, is met behulp van data uit het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland (PCR-NN) en Statline van het CBS data-analyse uitgevoerd. Omdat in het PCR-NN niet alle bovengenoemde variabelen geregistreerd zijn, is slechts data-analyse uitgevoerd op basis van de volgende variabelen: geslacht, leeftijd, woonomgeving, etnische herkomst en burgerlijke staat. Alle vijf variabelen bleken significant van invloed te zijn op het zorggebruik. Voor de variabelen etnische herkomst en burgerlijke staat was echter sprake van een groot

aantal missing values, waardoor er mogelijk vertekening heeft opgetreden. Samengevat kunnen de volgende conclusies worden getrokken op basis van de data-analyse:

- Vrouwen maken meer gebruik van GGZ dan mannen.
- De leeftijdscategorieën 20 tot 40 jaar en 40 tot 65 jaar maken meer gebruik van GGZ dan de overige leeftijdscategorieën.
- Allochtonen maken meer gebruik van GGZ dan autochtonen (onder groot voorbehoud).
- Ongehuwde en gescheiden personen maken meer gebruik van GGZ dan gehuwden en weduwen/weduwenaars (onder voorbehoud).
- Personen woonachtig in Noord- en Oost-Groningen maken meer gebruik van GGZ dan personen in de overige delen van Groningen.

Door de ontwikkelingen van alle variabelen in de provincie Groningen te combineren met de uitkomsten van de data-analyse, kan geconcludeerd worden dat tot 2025 de vraag met minimaal 1.000 personen zal stijgen.

Om een iets nauwkeuriger beeld van de vraaggroei te kunnen schetsen zijn een drietal scenario's opgesteld over de mogelijke ontwikkeling van de vraag. Deze scenario's zijn: sterke groei, gematigde groei en selectieve groei. De eerste twee scenario's hebben als uitgangspunt de kwantitatieve bevolkingsontwikkeling. Van daaruit is op basis van aannames het aantal zorgvragers berekend. Het derde scenario gaat ervan uit dat de groei slechts onder bepaalde bevolkingsgroepen plaatsvindt, te weten onder jongeren en onder ouderen. Omdat echter niet duidelijk is hoe sterk de vraag in dit scenario zal groeien is het niet mogelijk om de groei in cijfers uit te drukken.

Op basis van de eerste twee scenario's is de toekomstige extra ruimtebehoefte berekend. Er is onderscheid gemaakt in ruimte voor ambulante zorg en zorg waarbij de patiënt moet worden opgenomen. Het scenario van sterke groei leidt tot een extra ruimtebehoefte van ruim 250.000 vierkante meter tot 2025. In het scenario van gematigde groei is dit veel minder, namelijk bijna 46.500 vierkante meter.

Door de scenario's voor te leggen aan deskundigen is geprobeerd te achterhalen welk scenario het meest aannemelijk is. Vrijwel alle deskundigen waren het er echter over eens dat het niet mogelijk is om een keuze te maken voor een bepaald scenario. Zij stellen dat, naast demografische ontwikkelingen, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen voor een groot deel de vraag naar zorg beïnvloeden en dat deze ontwikkelingen niet of nauwelijks te voorspellen zijn.

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er op dit moment geen goed toepasbare en betrouwbare voorspellingsmethode voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg bestaat. Het zelf ontwikkelen van een goede methode blijkt erg

ingewikkeld, omdat veel data over variabelen die voor de analyse nodig zijn, niet geregistreerd blijken te zijn. Daarnaast kunnen epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen, die niet of nauwelijks voorspelbaar zijn dusdanig grote veranderingen in de vraag te weeg brengen, dat het voorlopig zeker geen eenvoudige opgave zal zijn om een goede voorspelling te kunnen maken.



## ***Voorwoord***

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, het eindresultaat van zes maanden onderzoek doen naar bestaande zorgvraagvoorspellingsmethoden in de geestelijke gezondheidszorg en de betrouwbaarheid van deze methoden. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de master Vastgoedkunde van de Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het afstudeeronderzoek is uitgevoerd bij Lentis Vastgoed in Zuidlaren.

Door middel van literatuuronderzoek, data-analyse en interviews met deskundigen heb ik de kennis vergaard die nodig was om dit rapport met succes te kunnen voltooien. Dit ging echter niet zonder slag of stoot. Het verzamelen van de juiste literatuur verliep soms erg stroef, gezien het feit dat er nog niet veel onderzoek gedaan is naar vraagvoorspellingsmethoden in de geestelijke gezondheidszorg. Ook het verkrijgen van de data verliep niet geheel vlekkeloos. Niet alle benodigde data bleek geregistreerd te zijn en ook het toegang krijgen tot de juiste data bracht de nodige problemen met zich mee. Op deze plaats wil ik dan ook graag Ellen Visser van het Rob Giel Onderzoekscentrum bedanken voor haar hulp om toegang te krijgen tot de juiste data.

Naast het vastgoedkundige aspect sloot dit onderzoek eveneens goed aan bij de minor Population Studies die ik in de bacheloropleiding Sociale Geografie en Planologie heb afgerond. Mijn interesse voor demografie naast vastgoed heeft ervoor gezorgd dat ik gedurende de gehele periode gemotiveerd ben gebleven om door te gaan, ondanks de tegenslagen. Graag wil ik vanaf deze plaats een aantal personen bedanken die een bijdrage geleverd hebben aan het voltooien van dit afstudeeronderzoek. Allereerst de heer Nozeman, als begeleider vanuit de Rijksuniversiteit Groningen heeft hij mij geholpen de juiste opzet voor mijn scriptie te bepalen en waardevolle feedback en tips gegeven. Ook wil ik graag de heer Meester bedanken voor zijn zeer bruikbare aanwijzingen voor de data-analyse.

Ook wil ik graag Lentis Vastgoed, in het bijzonder dhr. Schollema, bedanken voor de kans die zij mij gegeven hebben om mijn scriptie te schrijven in de vorm van een afstudeerstage. In een prettige en stimulerende omgeving heb ik in alle vrijheid aan mijn scriptie kunnen werken.

Tot slot wil ik graag alle andere personen bedanken die een bijdrage geleverd hebben aan dit onderzoek.

Marian Lugtenberg  
Zuidlaren, juli 2009





## ***Inhoudsopgave***

<b><i>Figurenlijst</i></b>	<b>10</b>
<b><i>Hoofdstuk 1 Inleiding</i></b>	<b>12</b>
1.1 Aanleiding	12
1.2 Probleem- en vraagstelling	14
1.3 Onderzoeksoepzet	15
1.4 Leeswijzer	16
<b><i>Hoofdstuk 2 Theoretisch kader</i></b>	<b>17</b>
2.1 Begrippen	17
2.1.1 Geestelijke gezondheidszorg	17
2.1.2 Eerste- en Tweedelijns GGZ	17
2.1.3 Zorgvormen	18
2.1.4 Vastgoed en huisvesting	19
2.2 Stelselwijziging	19
2.3 Gevolgen voor het vastgoed	21
2.4 Determinanten	25
2.4.1 De determinanten	25
2.4.2 Trends	27
2.4.3 Externe invloeden	30
2.5 Conceptueel model	31
<b><i>Hoofdstuk 3 Bestaande voorspellingsmethoden</i></b>	<b>33</b>
3.1 Vraag-Aanbod-Analyse Monitor (VAAM)	33
3.2 Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index	34
3.3 Jarman Under Privileged Area Score (Jarman UPA score)	37
3.4 The Camberwell Assessment of Need (CAN)	38
<b><i>Hoofdstuk 4 De determinanten</i></b>	<b>40</b>
4.1 Ontwikkelingen en prognoses van de determinanten	40
4.1.1 Bevolkingsgroei, geslacht en leeftijd	40
4.1.2 Huishoudensamenstelling	41
4.1.3 Woonomgeving	42
4.1.4 Religie	44
4.1.5 Etnische herkomst	44
4.1.6 Opleidingsniveau	45

4.1.7 Arbeidsstatus en maatschappelijke situatie	45
4.1.8 Hoogte van het inkomen	48
4.2 Significantie van de determinanten	49
4.3 Voorspelling van de zorgvraag	53
<b>Hoofdstuk 5 Scenario's</b>	<b>57</b>
5.1 Sterke groei	57
5.2 Gematigde groei	59
5.3 Selectieve groei	60
5.4 Voorspelling van de ruimtebehoefte	61
5.5 Opinie van deskundigen	64
<b>Hoofdstuk 6 Toetsing van de betrouwbaarheid en toepasbaarheid</b>	<b>66</b>
6.1 Betrouwbaarheid	66
6.2 Toetsing van de bestaande voorspellingsmethoden	67
6.2.1 Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor	67
6.2.2 Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index	72
6.2.3 Jarman Underprivileged Area Score	73
6.2.4 Camberwell Assessment of Need	74
6.3 Betrouwbaarheid eigen analyse en voorspellingen	75
<b>Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>77</b>
<b>Bronvermelding</b>	<b>81</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>87</b>
Bijlage I: Gemeenten in de provincie Groningen met bijbehorende postcodes en mate van stedelijkheid	87
Bijlage II: Berekening Chi-kwadraat	91
Bijlage III: Waarden van de variabelen voor de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor	102

## **Figurenlijst**

### *Figuren*

Figuur 1.1	Overzicht van de markt in gezondheidszorg	13
Figuur 5.1	Voorbeeld van een S-curve	60

### *Kaarten*

Kaart 2.1	Mate van subjectief welbevinden in de wereld	28
Kaart 4.1	Grondgebruik in Nederland in 2000	43
Kaart 4.2	Grondgebruik in Nederland in 2040	43
Kaart 4.3	Werkloosheid per gemeente in 2005	47
Kaart 4.4	Gemeenten met een hoog GGZ-gebruik	52

### *Grafieken*

Grafiek 3.1	Volume ontwikkelingen in de GGZ	36
Grafiek 4.1	Leeftijdsonwikkelingen provincie Groningen 1998-2009	41
Grafiek 4.2	Stedelijkheid van de provincie Groningen	43
Grafiek 4.3	Bevolkingsprognose autochtonen/allochtonen in de provincie Groningen 2009-2025	45
Grafiek 4.4	Ontwikkeling van de werkloosheid in de provincie Groningen 1988-2008	46
Grafiek 4.5	Ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten in de provincie Groningen 1998-2008	47
Grafiek 4.6	Ontwikkeling in inkomensverdeling in de provincie Groningen 2000-2007	48
Grafiek 4.7	Bevolkingsprognose provincie Groningen	54
Grafiek 4.8	Prognose leeftijdsopbouw provincie Groningen 2008-2025	55
Grafiek 5.1	Percentage van de bevolking dat GGZ gebruikt	57

### *Tabellen*

Tabel 5.1	Ontwikkeling van de zorgvraag bij een sterke groei	58
Tabel 5.2	Ontwikkeling van de zorgvraag bij een gematigde groei	59
Tabel 5.3	Ontwikkeling ruimtebehoefte bij een sterke groei	63
Tabel 5.4	Ontwikkeling ruimtebehoefte bij een gematigde groei	63
Tabel 6.1	Berekening van het aantal huisartsencontacten voor psychische of sociale problemen per jaar	68

Tabel 6.2	Berekening van de kans op contact met een eerstelijnspsycholoog voor een persoon met een gegeven leeftijd en geslacht	70
<i>Rekenmodellen</i>		
Rekenmodel 6.1	Berekening van het jaarlijks aantal huisartsencontacten voor psychische en sociale problemen	69
Rekenmodel 6.2	Berekening aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op eerstelijnspsychologen	71

## **Hoofdstuk 1 Inleiding**

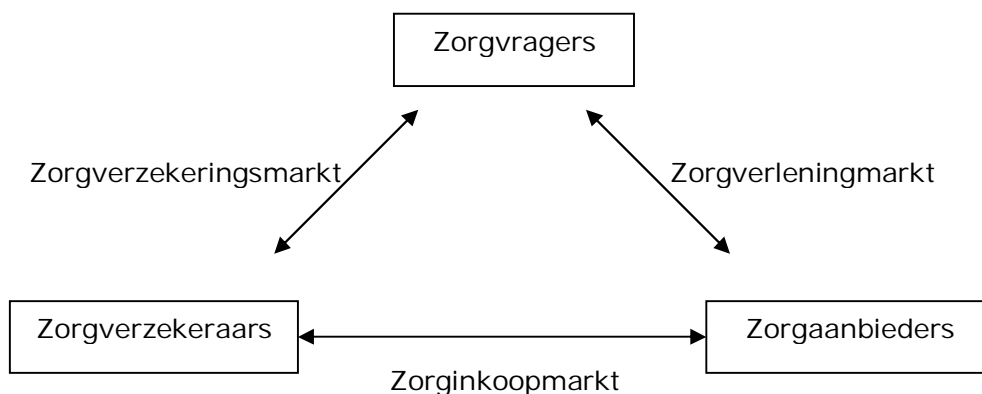
### **1.1 Aanleiding**

In 2006 heeft de overheid prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking in de zorg ingevoerd. De reden voor deze invoering is dat men verwacht dat de kosten voor de zorg, onder andere door de aankomende vergrijzing, zo hoog zullen oplopen dat de financiering van de zorg in de toekomst gevaar zal gaan lopen. Doel van deze invoering is dan ook beheersing van de kosten en daarnaast ook een verbetering van de kwaliteit van de zorg (Van der Pol, 2005).

Vóór de invoering van de marktwerking liepen zorginstellingen geen risico met betrekking tot hun beleid voor vastgoed en investeringen; zij hoefden de kapitaallasten (de rente en afschrijving van vastgoed en investeringen) niet zelf te financieren. Met de invoering van deze marktwerking zijn de zorginstellingen zelf financieel verantwoordelijk geworden voor de kapitaallasten. Om deze extra lasten te kunnen bekostigen zullen de instellingen voor alle diensten die zij verrichten (de 'producten' die zij leveren) vaste tarieven moeten vaststellen (College Ziekenhuisvoorzieningen, 2005). Deze extra lasten worden vervolgens rechtstreeks doorberekend aan de gebruikers van de zorg.

De verschillen in tarieven die tussen de verschillende zorgaanbieders ontstaan, leiden ertoe dat er concurrentie ontstaat. Door deze concurrentie worden zorginstellingen gestimuleerd om tegen steeds lagere kosten een steeds betere prestatie te leveren. Ze worden dus gedwongen om efficiënter te werk te gaan om hun positie in de concurrentiestrijd te behouden of te verbeteren. Door een vergelijkend onderzoek tussen de verschillende aanbieders uit te voeren kan de consument inzicht krijgen in de prijs-kwaliteitverhouding van de 'producten' (Geerdes-Van Senden en Piket, 2006).

Om de marktwerking te realiseren en soepel te laten verlopen heeft de overheid een aantal nieuwe wetten geïntroduceerd. Dit zijn onder andere de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). De eerstgenoemde is op 1 oktober 2006 in werking getreden. In deze wet is onder andere geregeld dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een informatieverplichting hebben naar de zorggebruiker. Dit houdt in dat zij de zorggebruikers goed moeten informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van de behandeling. Op basis daarvan kan de zorggebruiker verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken en een keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Naast deze informatieverplichting wordt in de WMG ook zorg gedragen voor toezicht op de drie zorgmarkten, te weten de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt (Ministerie VWS, 2009). Zie figuur 1.1 voor een schematische weergave van deze markten.



*Figuur 1.1: Overzicht van de markt in gezondheidszorg (ontleend aan Van der Pol, 2005).*

Ondanks dat het doel van de WMG meer concurrentie in de zorg krijgen is, laat de overheid de zorg toch niet geheel aan de markt over. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is aangesteld om toezicht te houden op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Zij doet dit door het belang van de consument in alle gevallen voorop te stellen (NZa, 2009).

Naast de WMG is de Wet Toelating Zorginstellingen in het leven geroepen. Het doel van deze wet is zorginstellingen geleidelijk aan meer vrijheden en verantwoordelijkheden te geven. In deze wet is onder andere vermeld dat de overheid zich minder zal gaan bemoeien met de bouw en capaciteit van de zorginstellingen (Ministerie VWS, 2009).

In figuur 1.1 is te zien dat er drie partijen een rol spelen op de markt voor gezondheidszorg, namelijk de zorgvragers, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Uit het voorgaande is al gebleken dat er concurrentie is ontstaan tussen de zorgaanbieders. Als gevolg van deze concurrentie is er echter ook concurrentie ontstaan tussen de verschillende zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars kopen de zorg in op de zorginkoopmarkt. Zij onderhandelen met de zorgaanbieder over de prijs en de kwaliteit van de zorg die zij bieden. Zij hebben er belang bij om voor een zo laag mogelijke prijs de zorg in te kopen, want hogere inkooprijzen leiden direct tot hogere premies (Van der Pol, 2005). De zorgverzekeraars proberen hun premies zo laag mogelijk te houden, zodat zij op de zorgverzekeringsmarkt zo veel mogelijk klanten voor zich kunnen winnen. Deze concurrentie tussen de zorgverzekeraars leidt ertoe dat zij rekening gaan houden met de voorkeuren van de consumenten.

In navolging van de Wet Toelating Zorginstellingen is per 1 januari 2009 het bouwregime in een aantal sectoren van de zorg afgeschaft, waaronder de geestelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat zorginstellingen niet meer de verplichte vergunning

voor de bouw hoeven aan te vragen die leidde tot de vergoeding van de kapitaallasten (Ministerie VWS, 2009). Hoewel de kapitaallasten van zorginstellingen over het algemeen niet een erg groot deel van de totale kosten in de zorg vertegenwoordigen (10,4% in de GGZ (RVZ, 2006), is het wel een van de onderdelen waar het meest op te bezuinigen valt (Ministerie VWS, 2006). Het is voor zorginstellingen dus van groot belang om zich hier in te verdiepen.

In dit kader is dan ook de vraag van de geestelijke gezondheidszorginstelling Lentis, een grote zorginstelling in Noord-Nederland, over het bestaan van een betrouwbare zorgvraagvoorspellingsmethode ontstaan. Met behulp van een goede en betrouwbare voorspellingsmethode kunnen zij met het oog op de toekomst beter een lange termijn huisvestingsplan opstellen.

## **1.2 Probleem- en vraagstelling**

Geestelijke gezondheidszorginstellingen zijn sinds 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk voor hun kapitaallasten. De hoogte van deze kapitaallasten wordt onder ander bepaald door het aantal vierkante meters vloeroppervlak dat een zorginstelling ontwikkelt. Hoe meer extra vierkante meters gebouwd worden, des te hoger zullen de kapitaallasten zijn. Het is dus van groot belang voor zorginstellingen dat hun vloeroppervlak zo goed mogelijk aansluit bij de vraag naar vloeroppervlak, zodat er geen ongebruikte ruimte ontstaat. Tevens zal zo efficiënt mogelijk gebruik gemaakt moeten worden van het bestaande vloeroppervlak. Op deze manier worden de kapitaallasten zo laag mogelijk gehouden. Voor dit alles geldt dat een goed inzicht in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg van essentieel belang is, vooral op langere termijn, aangezien de realisatie van nieuw vastgoed niet een zaak is dat van de een op de andere dag gerealiseerd kan worden.

Het probleem ligt in het feit dat geestelijke gezondheidszorginstellingen moeilijk een voorspelling kunnen doen naar de vraag naar geestelijke gezondheidszorg op de langere termijn. Er zijn geen voorgeschreven, noch bewezen methoden die de exacte vraag kunnen helpen bepalen. Als gevolg hiervan kunnen zij slecht hun benodigde aantal vierkante meters vloeroppervlak inschatten en dus moeilijk hun kapitaallasten sturen. Kortom, ze kunnen moeilijk hun vastgoedbehoefte bepalen. Vastgoedafdelingen van verschillende zorginstellingen lopen tegen dit probleem aan, want zij weten niet of de ontwikkeling of afstoting van vastgoed een verstandig besluit is voor de lange termijn. Een goed inzicht verkrijgen in de vraagontwikkeling naar geestelijke gezondheidszorg is voor zorginstellingen van groot belang om een goede positie in te kunnen nemen in de concurrentiestrijd. In dit onderzoek zal dan ook gepoogd worden om een zo compleet

mogelijk overzicht van bruikbare en betrouwbare voorspellingsmethoden naar de vraag naar geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen te geven.

Het bovenstaande leidt samengevat tot de volgende centrale vraagstelling:

*Welke voorspellingsmethoden zijn voorhanden met betrekking tot de vraag naar geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en kan een uitspraak gedaan worden over de betrouwbaarheid van deze methoden?*

Er zal getracht worden een antwoord op deze centrale vraag te vinden met behulp van de volgende deelvragen:

- 1) Wat wordt verstaan onder geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen?
- 2) Wat is het belang van zorgvraagvoorspellingsmethoden op het vlak van geestelijke gezondheidszorg?
- 3) Welke factoren bepalen het gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen?
- 4) Welke voorspellingsmethoden op het gebied van geestelijke gezondheidszorg zijn voorhanden?
- 5) Hoe wordt de betrouwbaarheid van een voorspellingsmethode bepaald?

Tevens zal gepoogd worden een nieuwe voorspellingsmethode te ontwikkelen die zich richt op het belangrijkste verzorgingsgebied van Lentis, namelijk de provincie Groningen.

### **1.3 Onderzoeksopzet**

Tijdens het onderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten onderzoeksmethoden om tot een antwoord te komen op de hoofd- en deelvragen. In eerste instantie zal grotendeels desk research uitgevoerd worden. Dit houdt voor dit onderzoek in dat er gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevens (Baarda & De Goede, 1997) over de geestelijke gezondheidszorg, de marktwerking in de zorg en ontwikkelingen in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Op grond van deze informatie wordt de basis voor het onderzoek gelegd. Aanvullende gegevens zullen doormiddel van interviews met deskundigen achterhaald worden.

Vervolgens, als de theoretische basis is gelegd, zal met behulp van verschillende databases, onder andere van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de trends voor de verschillende determinanten van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg worden onderzocht. Als vervolg hierop zal met behulp van statische data-analyse



gekeken worden of deze determinanten significant zijn voor het bepalen van de vraag in de provincie Groningen. Vervolgens zal gepoogd worden op basis hiervan een voorspelling te doen naar de zorgvraag.

Als volgt zal met behulp van empirisch onderzoek gekeken worden of bestaande voorspellingsmethoden betrouwbaar en goed toepasbaar zijn.

#### **1.4 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 zal het theoretisch kader van het onderzoek uiteengezet worden. In dit hoofdstuk zullen de relevante begrippen voor dit onderzoek nader worden toegelicht en inzicht worden gegeven in de relevante veranderingen in het zorgstelsel. De kansen en bedreigingen voor het vastgoed zullen aan bod komen en de bestaande voorspellingsmethoden zullen besproken worden. Tevens zal een beeld geschetst worden van de determinanten die van invloed zijn op de bepaling van de zorgvraag.

Hoofdstuk 3 zal de bestaande voorspellingsmethoden behandelen die in nationale en internationale literatuur besproken worden.

In hoofdstuk 4 zal vervolgens een beeld geschetst worden van de demografische en sociaal-economische ontwikkelingen die zich voordoen op het schaalniveau waar dit onderzoek zich op richt; de provincie Groningen. Bepaald zal worden welke variabelen significant van invloed zijn op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in dit gebied en welke extra data benodigd zijn om een voorspellingsmethode op te kunnen zetten.

Hoofdstuk 5 laat daaropvolgend een aantal scenario's zien over hoe de vraag naar geestelijke gezondheidszorg zich kan gaan ontwikkelen. Op basis van deze scenario's zal een uitspraak gedaan worden over de extra ruimtebehoefte die zal ontstaan. In dit hoofdstuk zullen ook een aantal deskundigen hun opinie over de scenario's geven.

Hoofdstuk 6 is gewijd aan de toetsing van de verschillende voorspellingsmethoden. Gekeken zal worden in hoeverre de voorspellingen van de verschillende methoden betrouwbaar zijn door ze te toetsen aan de werkelijkheid. Daarnaast zal aangegeven worden in hoeverre de verschillende methoden toepasbaar zijn voor de provincie Groningen.

Tot slot zullen in hoofdstuk 7 de conclusies van het onderzoek getrokken worden. Hierin zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag in hoeverre er een betrouwbare voorspellingsmethode voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg bestaat. Tevens zullen er tips en aanbevelingen gegeven worden voor een eventueel vervolgonderzoek.

## **Hoofdstuk 2 Theoretisch kader**

### **2.1 Begrippen**

#### *2.1.1 Geestelijke gezondheidszorg*

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een begrip dat verschillende soorten geestelijke gezondheidszorginstellingen overkoepelt. Algemeen doel van deze instellingen is het bevorderen en herstellen van de geestelijke gezondheid van mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen (Denneman, 2008). In de onderstaande opsomming (ontleend aan het CBS, 2008) wordt een overzicht gegeven van de instellingen die onder de GGZ vallen:

- Medisch-specialistische centra voor behandeling en verpleging met mogelijkheid tot 24-uursverblijf, specifiek gericht op ziektebeelden van psychische aard, zoals algemeen psychiatrisch ziekenhuizen en kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken.
- Klinieken voor behandeling van en verpleging van verslaafden met mogelijkheid tot 24-uursverblijf (verslavingskliniek).
- Behandeling met mogelijkheid tot 24-uursverblijf van mensen die een misdrijf hebben gepleegd (of dreigen te plegen) en behandeld worden voor psychiatrische stoornissen, zoals forensisch-psychiatrische klinieken en inrichtingen voor TBS (ter-beschikkingstelling).
- Instellingen voor verzorging en begeleiding in een beschermde woonomgeving (24-uursverblijf) van psychiatrische patiënten met psychosociale problemen en verminderde zelfredzaamheid, zoals regionale instellingen voor beschermd wonen.
- Centra voor ambulante behandeling, eventueel in combinatie met medicijngebruik, van cliënten met psychische en psychosociale stoornissen en alcohol-/drugs-/gokverslaving, voor zover niet in praktijken van psychologen en psychotherapeuten, zoals regionale instellingen voor ambulante GGZ, consultatiebureaus voor alcohol en drugs, instellingen voor ambulante verslavingszorg, praktijken van vrijgevestigde psychiaters.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (2001) onderscheidt vijf functies in de GGZ, namelijk (collectieve) preventie, behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging en bescherming. Naast deze vijf taken zorgt de GGZ er ook voor dat mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen met succes weer in de maatschappij kunnen terugkeren.

### 2.1.2 Eerste- en Tweedelijns GGZ

#### *Eerstelijns GGZ*

De eerstelijns GGZ bestaat uit huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal psychiatrische verpleegkundigen die hulp verlenen aan mensen met psychische klachten (Emmen en Verhaak, 2007). Elke beroepsgroep heeft zijn eigen doelgroep en taken. Zo zien huisartsen het als hun taak psychische problemen te signaleren en het behandelen van spanningsklachten, depressie, slaapstoornissen en onverklaarbare lichamelijke klachten. Daarnaast is de huisarts de persoon die patiënten een verwijfsbrief geeft voor de tweedelijns GGZ (Van den Berg, 2003). Algemeen maatschappelijk werkers (AMW) zijn vooral gericht op personen met psychische en psychosociale problemen, relationele problemen en sociaalmateriële problemen. Eerstelijns psychologen behandelen volwassenen, jongeren en kinderen met lichte tot matig ernstige psychische en/of psychosociale problemen. Psychiatrisch verpleegkundigen behandelen alle leeftijdsgroepen die naast psychische en psychiatrische problemen ook verschillende andere moeilijkheden hebben (zoals bijvoorbeeld isolatie) (Van den Berg, 2003).

#### *Tweedelijns GGZ*

Tweedelijns GGZ kan gekenmerkt worden als meer specialistische zorg. De noodzaak van de tweedelijns GGZ wordt in de eerstelijns GGZ bepaald. Daar wordt door de huisarts en/of maatschappelijk werker beoordeeld of een patiënt doorgestuurd moet worden naar de 'tweedelijns'. In deze lijn worden de zwaardere psychische en psychiatrische aandoeningen behandeld. Deze behandelingen worden uitgevoerd door onder andere psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. Dit kan in GGZ-instellingen gebeuren, maar ook door zelfstandige behandelaars (GGZ Nederland, 2009).

### 2.1.3 Zorgvormen

Er zijn drie verschillende zorgvormen, namelijk *ambulante zorg*, *klinische verblijfdagen* en *deeltijdsessies*. Ambulante zorg houdt in dat de cliënt niet opgenomen hoeft te worden. De cliënt komt zelf naar de behandelaar toe om de zorg te ontvangen. Bij deeltijdsessies is de cliënt een of meerdere dagdelen in behandeling, maar hoeft niet te worden opgenomen in de instelling (GGZ Nederland, 2009). Klinische verblijfdagen houden in dat de cliënt voor korte of langere tijd opgenomen wordt in een instelling en zeer intensieve begeleiding ontvangt (CBS, 2008).

#### *2.1.4 Vastgoed en huisvesting*

De begrippen vastgoed en huisvesting hebben in het licht van dit onderzoek een afwijkende betekenis van wat in de literatuur wordt aangetroffen. Om hier duidelijkheid in te scheppen zal van beide begrippen kort de definitie weergegeven worden (ontleend aan Lentis, 2008).

##### *Vastgoed*

De ontwikkeling en exploitatie van panden gericht op waardecreatie ten gunste van de zorg.

##### *Huisvesting*

Ontwikkeling en beheer van accommodaties ten behoeve van adequate huisvesting van zorgfuncties.

### **2.2 Stelselwijziging**

Vóór de periode van grootschalige veranderingen in het zorgstelsel werd de Nederlandse gezondheidszorg gekenmerkt als bijzonder professioneel, met een zeer goede prijs-kwaliteitverhouding, ook in vergelijking met het buitenland. De vraag rijst waarom er dan toch wijzigingen in het zorgstelsel doorgevoerd moesten worden. Hiervoor had het kabinet een aantal gegronde redenen. Ten eerste werd er onvoldoende toegekomen aan de vraag van patiënten. Dit hield in dat de patiënt niet de zorg kreeg die hij/zij wenste en die hij/zij op basis van zijn verzekering mocht verwachten (Ministerie VWS, 2001). De overheid had hierop grote invloed; zij bepaalde met behulp van wetten en regels de inhoud, de omvang en de prijs van de aangeboden zorg (Ministerie VWS, 2001).

Daarnaast waren de keuzemogelijkheden met betrekking tot de verzekering en de verzekeraar te beperkt voor de consument. Er waren twee verzekeringen: de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering. De ziekenfondsverzekerden hadden geheel geen keuze met betrekking tot hun verzekering, de particulieren daarentegen wel. Met betrekking tot de zorgverzekeraars was de situatie juist omgekeerd. Ziekenfondsverzekerden konden ieder jaar switchen van zorgverzekeraar, terwijl dit voor particulieren een stuk lastiger was omdat de zorgverzekeraars geen acceptatieplicht hadden. Hierdoor werden bepaalde groepen in de samenleving, zoals bijvoorbeeld ouderen, benadeeld (Ministerie VWS, 2001).

Het oude zorgstelsel was daarbij ook niet in staat om in te spelen op de ontwikkelingen die zich in de toekomst zouden gaan voordoen. Sterker nog, het zou de bovengenoemde knelpunten zelfs versterken. Hierdoor werd het kabinet dus genoodzaakt om

grootschalige wijzigingen door te voeren. Voorbeelden van deze ontwikkelingen zijn de vergrijzende samenleving (waardoor de zorgvraag en de zorgkosten zullen gaan toenemen), de beschikbaarheid van steeds beter voorspellende medische informatie en steeds beter geïnformeerde en veeleisende patiënten (Ministerie VWS, 2001).

Gevolg van dit hele aanbodgereguleerde stelsel was dat de verschillende zorgaanbieders niet geprikkeld werden om kwalitatief hoogwaardig en efficiënt te functioneren (Ministerie VWS, 2001). Om dit te veranderen werden de wijzigingen in het stelsel via twee wegen doorgevoerd, namelijk via de herziening van de sturing van de zorg én via de aanpassing van het verzekeringsstelsel (Ministerie VWS, 2001).

Doel van de herziening van de sturing is een flexibeler en zelfregulerend zorgsysteem creëren dat goed kan inspelen op veranderingen aan de vraagzijde. Om dit te bereiken heeft de overheid de zorgaanbieders ruimte gegeven om binnen vooraf aangegeven kaders actief bezig te zijn en zorg te ontwikkelen die aansluit op de behoeften van de patiënten. Hierbij bleven en blijven de publieke belangen het uitgangspunt; kwalitatief goede zorg moet voor iedere Nederlandse burger toegankelijk blijven (Ministerie VWS, 2001).

De eerste grote wijzigingen die voor de consument zichtbaar waren, traden in 2006 op. Per 1 januari van dat jaar werden de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering vervangen door één algemene basisverzekering voor iedereen. Iedereen was vanaf dat moment vrij om te kiezen bij welke verzekeraar hij of zij zich wilde laten verzekeren. Daarbij kregen de verzekeraars te maken met een acceptatieplicht; ze mochten geen personen weigeren te verzekeren (RIVM, 2008). Deze acceptatieplicht hing samen met risicoverevening voor de zorgverzekeraars. Zonder deze risicoverevening zouden de verschillen in premies tussen de zorgverzekeraars te groot worden. Dit wordt opgelost door middel van een vereveningsfonds. Zorgverzekeraars moeten voor jonge gezonde verzekerden een bijdrage in het fonds storten en ontvangen uit datzelfde fonds een compensatie voor oudere en ongezonde verzekerden (Stam en Van de Ven, 2006). Op deze manier worden te grote verschillen in premies vermeden en zal men zich dus niet bezig hoeven te houden met de selectie van verzekerden. Verzekeraars kunnen zich zo volledig bezighouden met hun kerntaak: het inkopen van zorg (Ministerie VWS, 2001).

Een andere wijziging die is doorgevoerd is dat zorgverzekeraars niet langer een contracteringsplicht met zorgaanbieders hebben. Zorgverzekeraars zijn nu vrij om zelf te bepalen met welke zorgaanbieder zij in zee gaan (RIVM, 2008). Zij kunnen zo zelf een aanbod samenstellen wat voldoet aan de wensen van hun verzekerden (Ministerie VWS, 2001). Het inkopen van de zorg gebeurt echter niet door de zorgverzekeraars zelf. Zij hebben zich verenigd in de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland. Deze organisatie heeft zorgkantoren ingericht die de zorg inkopen voor de verschillende

zorgverzekeraars (RIVM, 2008). Zij richten zich op het regionale niveau en proberen vraag en aanbod op dit niveau zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen (Zorgverzekeraars Nederland, 2009). Door grootschalig in te kopen kunnen de zorgkantoren ook kwaliteitsafspraken maken met de verschillende zorgaanbieders (Reitsma-van Rooijen e.a., 2008). De ervaringen en de keuzes van de consumenten zullen tevens van invloed zijn op de te sluiten contracten (Delnoij en Van der Schee, 2003).

Gesteld kan worden dat er de laatste jaren grootschalige veranderingen doorgevoerd zijn in het Nederlandse zorgstelsel. Door de informatieverplichting van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben verzekerden meer inzicht gekregen in het aanbod van zorg en de kwaliteit ervan. Door de aanpassing van het verzekeringsstelsel is tevens de keuzevrijheid van de consument groter geworden. Deze keuzevrijheid blijft echter nog steeds betrekkelijk. Het gros van de patiënten wordt doorverwezen naar een zorgverlener zonder zelf echt invloed uitgeoefend te hebben. Tevens spelen de zorgverzekeraars een rol in de 'keuze' voor een bepaalde zorginstelling; zij kopen namelijk de zorg in bij de zorginstellingen. Toch kan door al deze ontwikkelingen, maar ook door de herziening van de sturing, geconcludeerd worden dat de zorg van een aanbodgestuurd systeem veranderd is naar een vraaggestuurd systeem.

### ***2.3 Gevolgen voor het vastgoed***

De stelselwijziging in de zorg heeft vanzelfsprekend niet alleen gevolgen voor de hoeveelheid geproduceerde zorg per instelling. Ook diverse andere onderdelen van zorginstellingen zullen veranderingen ondervinden. Een van deze onderdelen is het vastgoed. Door veranderingen in vraag naar zorg zullen ook veranderingen optreden in de vraag naar vastgoed en huisvesting. Er zal dus een goed strategisch vastgoedplan opgesteld moeten worden om op deze veranderingen in te kunnen spelen. De onzekerheden die de veranderingen met zich meebrengen hoeven echter niet alleen negatieve gevolgen te hebben. Door er op de juiste manier op in te spelen kunnen ook kansen gecreëerd worden. In deze paragraaf zullen de verschillende kansen en bedreigingen voor het vastgoed in de (geestelijke) gezondheidszorg besproken worden.

De strenge overheidsbemoeienis met betrekking tot de bouw en de capaciteit voor zorginstellingen heeft er toe geleid dat er weinig sprake was van zelfstandig initiatief, creativiteit, doelmatigheid en klantgerichtheid onder de zorginstellingen. Doordat de overheid zich op dit gebied heeft teruggetrokken zijn de instellingen nu op zichzelf

aangewezen. Dit heeft geleid tot een grote omslag in het denken en doen van de betrokken bestuurders.

Het is de taak aan deze bestuurders om de door te berekenen kapitaallasten zo laag mogelijk te houden, maar daarbij de kwaliteit niet aan te tasten. Dit betekent dat er een overgang plaatsvindt van maximalisatie naar optimalisatie. Zorginstellingen moeten niet meer zo veel mogelijke vierkante meters proberen te ontwikkelen, maar een zo beperkt mogelijk metrage zo efficiënt mogelijk benutten (RVZ, 2006). Er zal dus doelmatiger gebouwd en gebruikt moeten gaan worden.

Dit doelmatig bouwen houdt in dat er een goede afstemming van het benodigde aantal vierkante meters oppervlak en het beschikbare aantal vierkante meters oppervlak gerealiseerd zal moeten worden. Dit is echter alleen mogelijk als er een goed inzicht in de vraagontwikkeling beschikbaar is. Voor de ontwikkeling van nieuw vastgoed zullen zorginstellingen kapitaal nodig hebben. Kapitaalverstrekkers zullen echter niet meer zo gemakkelijk kapitaal verstrekken als voorheen, aangezien er sprake is van een toegenomen risico omdat de zorginstellingen nu zelf verantwoordelijk zijn voor hun kapitaallasten. Het is voor deze zorginstellingen dan ook van groot belang dat zij een goed ondernemingsplan opstellen om krediet te kunnen krijgen (College Bouw Zorginstellingen, 2006).

Een grote kans ligt op het vlak van klantgericht bouwen. Zorginstellingen kunnen zich op deze manier positief onderscheiden van concurrerende instellingen, door zo goed mogelijk rekening te houden met de wensen van patiënten. Niet-klantgericht bouwen zorgt voor een verlies van klanten, wat vervolgens weer leegstand van panden tot gevolg kan hebben (RVZ, 2006). Leegstand is een groot probleem voor zorginstellingen, omdat de kosten voor deze panden toch doorberekend zullen moeten worden (Van der Plaats, 2006). Hoewel de patiënt waarschijnlijk niet op deze prijsverhoging zal letten, zullen de zorgverzekeraars met het inkopen van de zorg hier wel degelijk rekening mee houden. Zij zullen minder zorg inkopen bij deze zorginstelling. Leegstand werkt dus kostprijsverhogend en leidt daardoor tot een verslechterde concurrentiepositie.

Als oplossing voor deze (tijdelijke) leegstand wordt genoemd de verhuur van de overtollige vierkante meters aan derden (RVZ, 2006). Op deze manier hoeven de kapitaallasten van het ongebruikte vloeroppervlak niet doorberekend te worden aan de zorggebruikers en treedt dus ook geen verslechterde concurrentiepositie op. Echter een klein overschot aan vloeroppervlak kan juist als positief worden gezien voor de opvang van tijdelijk ruimtetekort (College Bouw Zorginstellingen, 2006).

Een andere manier waarmee zorginstellingen zich kunnen onderscheiden van de concurrentie is de snelheid waarmee nieuwe behandelplaatsen gerealiseerd kunnen worden. Als bijvoorbeeld het Ministerie van Justitie nieuwe tbs-behandelplaatsen wil ontwikkelen bij GGZ-instellingen ontstaat concurrentie tussen de instellingen. De

instellingen die het snelste deze nieuwe behandelplaatsen kunnen realiseren hebben hierbij een grote voorsprong.

Naast positieve gevolgen zijn er ook een aantal negatieve aspecten te noemen van de stelselwijziging. Het zo efficiënt mogelijk werken kan ook een keerzijde hebben, namelijk dat er te weinig geïnvesteerd wordt in het onderhoud van de panden (RVZ, 2006). Hierdoor treedt een verslechterde kwaliteit op, waardoor zorginstellingen zichzelf negatief in de markt zetten.

Een groot nadeel van vastgoed voor de geestelijke gezondheidszorg is dat het vaak gebouwd is voor een specifieke functie, zoals verslavingsklinieken en beveiligde forensische voorzieningen. Deze panden zijn erg incurant, waardoor de marktwaarde ervan erg laag ligt. Naast incurante panden hebben zorginstellingen vaak ook minder specifieke panden tot hun beschikking. In deze panden wordt de ambulante zorg gegeven of zijn de kantoorfuncties gevestigd (Van der Plaats, 2007).

Een ontwikkeling die zich in de GGZ steeds meer voordoet is dat zorg en wonen van elkaar gescheiden worden. Dit zorgt ervoor dat er minder specifieke panden gebouwd kunnen worden. De nieuwe panden zijn flexibeler en meer standaard van opzet, waardoor zij in de toekomst makkelijker af te stoten zijn of voor andere functies hergebruikt kunnen worden (Van der Plaats, 2007). Het is de verwachting dat dit proces van scheiding van functies in een versnelling zal raken, omdat er minder risico ligt op courante panden dan op incurante panden (RVZ, 2006). Daarnaast vermaatschappelijkt de GGZ. Van oudsher was het grootste aandeel van de gebouwen gevestigd op de instellingsterreinen. Deze terreinen waren vaak gelegen aan de randen van bebouwde kernen, in een omgeving met veel natuur. Dit tij is nu gekeerd. Veel instellingen realiseren nu kleinschalige voorzieningen in woonwijken. De patiënt blijft zo bij de samenleving betrokken en de reïntegratie verloopt beter (Linders en Meijer, 2005). Deze ontwikkeling van meer vastgoed in de samenleving vermindert ook de vraag naar specifieke, incurante panden. Daarbij zijn deze panden vaak gemakkelijk af te stoten of te hergebruiken.

In het nieuwe zorgstelsel is vastgoed primair nog steeds bedoeld voor huisvesting, maar het bedrijfsresultaat speelt nu ook een belangrijke rol. Het rendement zal dus een grote rol spelen bij toekomstige investeringen in vastgoed. Dit rendement wordt onder andere bepaald door de locatie, de mogelijkheid tot aanpassing voor andere functies (binnen en buiten de sector), de mate waarop ingespeeld kan worden op toekomstige ontwikkelingen en de exploitatiekosten (College Bouw Zorginstellingen, 2006). Vaak zullen de investeringen gefinancierd worden met vreemd vermogen. Aan het gebruik van dit vermogen zijn kosten verbonden, de kapitaallasten. De investeringen in vastgoed



moeten dus alleen gedaan worden als het rendement hoger is dan de kosten voor het kapitaal.

Naast het zelf ontwikkelen van vastgoed gaan GGZ-instellingen steeds meer samenwerkingsverbanden aan met externe partijen, zoals beleggers of woningcorporaties. Deze externe partijen ontwikkelen het vastgoed en blijven de eigenaar ervan. Zij verhuren de panden vervolgens aan de zorginstellingen. Het vastgoed dat door externe partijen ontwikkeld wordt, betreft veelal courante panden zoals woningen en/of kantoren. Specifieke en dus incurante panden zijn gewoonweg niet interessant voor hen, vanwege hun eenduidige doeleinden (College Bouw Zorginstellingen, 2006).

Zorginstellingen zullen in toekomst dus steeds bewuster een keuze moeten gaan maken tussen het zelf ontwikkelen van vastgoed of het huren van externe partijen.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het College Bouw Zorginstellingen (2006) in hun signaleringsrapport '*Vastgoedbeheer in de GGZ*' vier toekomstscenario's met betrekking tot het vastgoedbeleid van zorginstellingen heeft onderscheiden. Deze scenario's zijn:

- Behoudend scenario, in dit scenario speelt het beleid met betrekking tot huisvesting geen belangrijke rol. Het beleid is slechts gericht op het in stand houden van de bestaande panden.
- Kostenoptimalisatie scenario, dit scenario is gericht op zo laag mogelijke kosten voor huisvesting en een zo hoog mogelijke omzet.
- Klantgerichte scenario, richt zich voornamelijk op de vraag naar zorg en de kwaliteit van de zorg.
- Innovatief scenario, is voornamelijk op marketing en productontwikkeling gericht, huisvesting kan gezien worden als het verlengde hiervan.

Het hangt per situatie en per instelling af welk scenario gekozen wordt.

Geconcludeerd kan worden dat vastgoed voor zorginstellingen niet alleen meer de primaire functie van huisvesting heeft. Ook opbrengsten zullen een grote rol gaan spelen bij besluiten over al dan niet investeren in vastgoed. De keuze voor het zelf ontwikkelen of het huren van vastgoed zal ook grotendeels hierop gebaseerd zijn. Als gekozen wordt voor het zelf ontwikkelen is het van groot belang dat rekening wordt gehouden met toekomstige ontwikkelingen en dat de panden flexibel van opzet en courant zijn.

## **2.4 Determinanten**

In het verleden werd vaak gesteld dat de moderne samenleving de mens ongelukkig zou maken. Er werd voorspeld dat onder andere door de toenemende werkdruk en de toenemende onzekerheid de geestelijke gezondheid in de westerse wereld sterk zou gaan dalen. De vraag rijst nu in hoeverre deze voorspellingen waar blijken te zijn en wat de verklarende factoren voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg zijn. In deze paragraaf zal gepoogd worden een overzicht te geven van de verklarende determinanten en de recente ontwikkelingen en trends die zich in de geestelijke gezondheid voordoen.

Uit verschillende onderzoeken, zowel nationaal als internationaal<sup>1</sup>, komt naar voren dat verschillende factoren van invloed zijn op het geestelijke welzijn van personen. Deze factoren zijn onder te verdelen in sociaaldemografische en sociaal-economische factoren. De volgende factoren worden onderscheiden: geslacht, leeftijd, huishoudensamenstelling, woonomgeving, religie, herkomst (sociaaldemografische factoren), opleidingsniveau, de arbeidsstatus/maatschappelijke situatie en de hoogte van het inkomen (sociaal-economische factoren). Onderzoek van Van Hoof e.a. (2008) heeft uitgewezen dat sociaal-economische factoren een grotere invloed op de vraag naar geestelijke gezondheidszorg hebben dan sociaaldemografische factoren.

Allereerst zullen de verschillende determinanten afzonderlijk toegelicht worden. Vervolgens zal in hoofdstuk vier gekeken worden hoe deze determinanten zich ontwikkelen voor de provincie Groningen.

### *2.4.1 De determinanten*

#### *Geslacht*

Vrouwen hebben vaker te maken met psychische problemen dan mannen. Dit is niet alleen op nationaal niveau gebleken, maar ook op internationaal niveau. Echter als gekeken wordt naar verslavingen zijn de rollen omgekeerd; hier zijn mannen vatbaarder voor. Toch kan over het geheel gekeken geconcludeerd worden dat vrouwen een behoorlijk grotere kans lopen om psychische problemen te krijgen dan mannen.

#### *Leeftijd*

Leeftijd op zichzelf is geen factor die risicoverhogend werkt. Echter toch kan gesteld worden dat de leeftijdscategorie 25-64 een verhoogde kans op psychische problemen heeft en dan met name tussen de 35 en 44 jaar. Dit lijkt te komen omdat dit de drukste periode in het leven is, 'het spitsuur van het leven', aldus Van 't Land et al (2008). Na deze periode treedt weer een daling van de zorgvraag in.

---

<sup>1</sup> Onder andere Ten Have, 2004, Van 't Land e.a., 2008, European Commission 2004, Van Dorsselaer e.a., 2006.

### *Huishoudensamenstelling*

De samenstelling van het huishouden heeft invloed op het geestelijk welzijn. Twee partners die samenwonen met hun kinderen, alleenstaande ouders en volwassen personen die nog bij hun ouders wonen hebben een grotere kans op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Twee partners die samenwonen zonder kinderen hebben daarentegen juiste en verlaagde kans op geestelijke gezondheidszorg (Van 't Land e.a., 2008 en Van Dorsselaer e.a., 2006).

### *Woonomgeving*

Het leven in een verstedelijkte woonomgeving levert een hoger gebruik van geestelijke gezondheidszorg op dan het leven in een landelijke omgeving. Dit komt onder andere doordat de doorverwijzingsgraad van huisartsen in verstedelijkte gebieden hoger is dan buiten de steden (Van 't Land e.a., 2008). Ook sociale isolatie is een aanleiding hiervoor; in landelijke gebieden wordt vaak nog vastgehouden aan de gemeenschap, terwijl men in steden steeds verder geïsoleerd raakt (European Commission, 2004). Krabbendam en Van Os (2005) stellen in hun onderzoek dat personen die een 'genetisch verhoogd risico' hebben meer naar de stad trekken, maar nog belangrijker is dat stedelijke omgevingen psychoses veroorzaken.

### *Religie*

Het al dan niet aanhangen van een religie is een factor die de vraag naar geestelijke gezondheidszorg mede bepaalt. Huishoudens waarvan de kostwinner en partner geen religie aanhangt, of waarvan slechts één een religie aanhangt, lopen een significant hogere kans op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Gezinnen waarvan beide partners dezelfde religie aanhangen lopen daarentegen weer een lagere kans op geestelijke gezondheidszorg (Ten Have, 2004).

### *Etnische herkomst*

De kans op een psychiatrische stoornis is groter onder allochtonen dan onder autochtonen. Toch is er geen verschil in het gebruik van GGZ (Dieperink e.a., 2007). Knipscheer en Kleber (2005) vermoeden dat de verschillen in de kans op stoornissen komen door 'een vervlechting van culturele verschillen met een sociaal-economische achterstandspositie'.

### *Opleidingsniveau*

Het opleidingsniveau is van invloed op vraag naar de geestelijke gezondheidszorg. Hoe hoger het opleidingsniveau, des te vaker wordt gebruik gemaakt van ambulante geestelijke gezondheidszorg. Personen met een lager dan gemiddeld opleidingsniveau

hebben daarentegen weer een grotere kans op gebruik van Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Tevens is ook het opleidingsniveau van de partner en/of kostwinner van invloed op het geestelijk welzijn van een persoon. Als de partner een hogere opleiding heeft genoten dan de kostwinner is de kans op ambulante geestelijke gezondheidszorg hoger (Van 't Land e.a., 2008).

#### *Arbeidsstatus/maatschappelijke situatie*

Met de maatschappelijke situatie wordt de positie van een persoon in de maatschappij bedoeld, zoals werkende, student, gepensioneerd, werkloos etc. Deze positie heeft invloed op het zorggebruik. Studenten en scholieren, gepensioneerden en betaald werkenden die daarbij ook huisvrouw/huisman zijn hebben een significant lagere kans op geestelijke gezondheidszorg. Werklozen en arbeidsongeschikten hebben daarentegen een hogere kans op geestelijke gezondheidszorg (Ten Have, 2004).

#### *Hoogte van het inkomen*

Personen die tot de laagste inkomenscategorie behoren hebben een verhoogde kans op zorggebruik. Personen die tot hogere inkomenscategorieën behoren hebben daarentegen geen grotere of kleinere kans op geestelijke gezondheidszorg (Ten Have, 2004).

In hoofdstuk vier zal nader worden ingegaan op deze determinanten. Gekeken zal worden hoe deze determinanten zich in de loop der tijd voor de provincie Groningen hebben ontwikkeld en of er voorspellingen over gedaan kunnen worden.

#### *2.4.2 Trends*

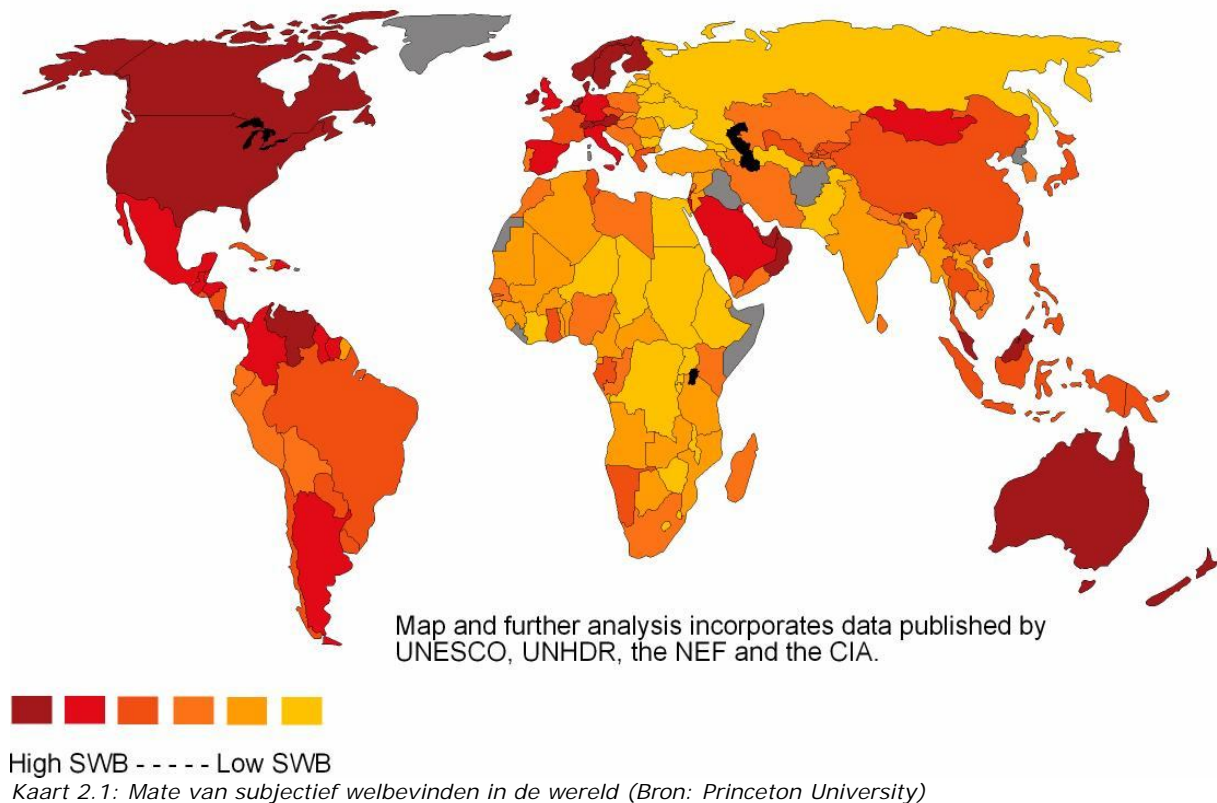
In de samenleving doen zich ontwikkelingen voor die van invloed zijn op de vraagontwikkeling naar geestelijke gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen kunnen geïdentificeerd worden op verschillende schaalniveaus. Het onderstaande overzicht zal van een hoger schaalniveau naar een steeds kleiner schaalniveau toewerken.

Op mondiaal niveau kan geconcludeerd worden dat het subjectieve welbevinden het hoogste is in de westerse landen. Het laagste niveau van welbevinden is te vinden in grote delen van Afrika, Rusland en Afghanistan, maar ook dichterbij huis, namelijk Oost-Europa (zie kaart 2.1). Op basis hiervan kan dus globaal geconcludeerd worden dat hoe hoger het gemiddelde inkomen en opleidingsniveau, des te hoger is het subjectieve welbevinden.

Op Europees niveau heeft de Europese Commissie de Eurobarometer ingesteld. De Eurobarometer is een groot Europees onderzoek dat in alle Europese lidstaten wordt gehouden. Dit onderzoek heeft met betrekking tot het geestelijk welzijn uitgewezen dat

Nederlanders zich, samen met Finnen, het gelukkigst van Europa voelen. Ook hebben de Nederlanders in verhouding met andere Europeanen het minst last van psychische klachten en psychische stoornissen (Van Hoof e.a., 2008).

### A Global Projection of Subjective Well-being



Gekeken naar de Nederlandse samenleving zijn er door verschillende onderzoekers, maar ook door GGZ-instellingen trends gesignaleerd. Hieronder volgt een opsomming van de algemene gesignaleerde trends.

- Algemene groei van het aantal patiënten, sinds 2001 jaarlijks ongeveer 10 procent (GGZ Nederland, 2009).
- Sterke groei in het aantal doorverwijzingen naar de Geestelijke Gezondheidszorg (NIVEL, 2009).
- Zeer sterke groei van het aantal jongeren in de GGZ (0-17 jaar) (GGZ Nederland, 2009).
- Zeer sterke groei in de vraag naar beschermd wonen (GGZ Nederland, 2009).
- Sterke groei in de behoefte naar GGZ (NIVEL, 2005).
- Sterke groei in aantal ouderen, dus ook een sterke groei van het aantal ouderen dat psychiatrische problemen krijgt als gevolg van het ouder worden.
- Steeds meer mensen weten de weg naar de GGZ te vinden (CBS, 2008).

Deze trends zijn ook gesignaleerd en verder uitgewerkt voor de provincie Groningen (Lentis, 2008):

- Het aantal ouderen in de samenleving groeit sterk. Hierdoor is een groeiende behoefte aan ouderenhuisvesting waar zorg en welzijn zijn samengevoegd. Daarnaast bestaat ook de trend om deze ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en dus zo een verkorting van de opnameduur te realiseren. Indien opname toch noodzakelijk is, dan zal de duur van deze opname zo beperkt mogelijk moeten blijven.
- Er is een toenemende vraag naar forensische en zeer intensieve psychiatrie. Dit is onder andere toe te schrijven aan belangstelling van de politiek en samenleving voor deze en soortgelijke functies.
- Toename in de vraag naar ambulante zorg voor volwassenen met een enkelvoudige psychiatrische zorgvraag. Hoe sterk deze vraag zal groeien is mede afhankelijk van de financiële ruimte die zorgverzekeraars bieden.
- Volwassenen met psychiatrische problemen die van langdurige aard zijn vragen steeds meer om een individuele woonsituatie met gemeenschappelijke faciliteiten in de nabijheid.
- Er is sprake van een groeiend aantal jongeren met een psychiatrische problematiek. De budgettaire kaders van zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben echter een remmende werking op de vraag.

Er zijn ook een aantal trends gesignaleerd met betrekking tot het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn onder andere de ontwikkeling van gedeconcentreerde en kleinschaligere en maatschappelijk geïntegreerde voorzieningen en de ontwikkeling van meer voorzieningen voor ambulante zorg in de vorm van kantoorachtige panden op locaties die goed bereikbaar zijn (College Bouw Zorginstellingen, 2006). Er wordt dus afgezien van het oude concept van een groene en natuurlijke omgeving buiten de bebouwde kom. De patiënt wordt steeds meer in de normale samenleving behandeld.

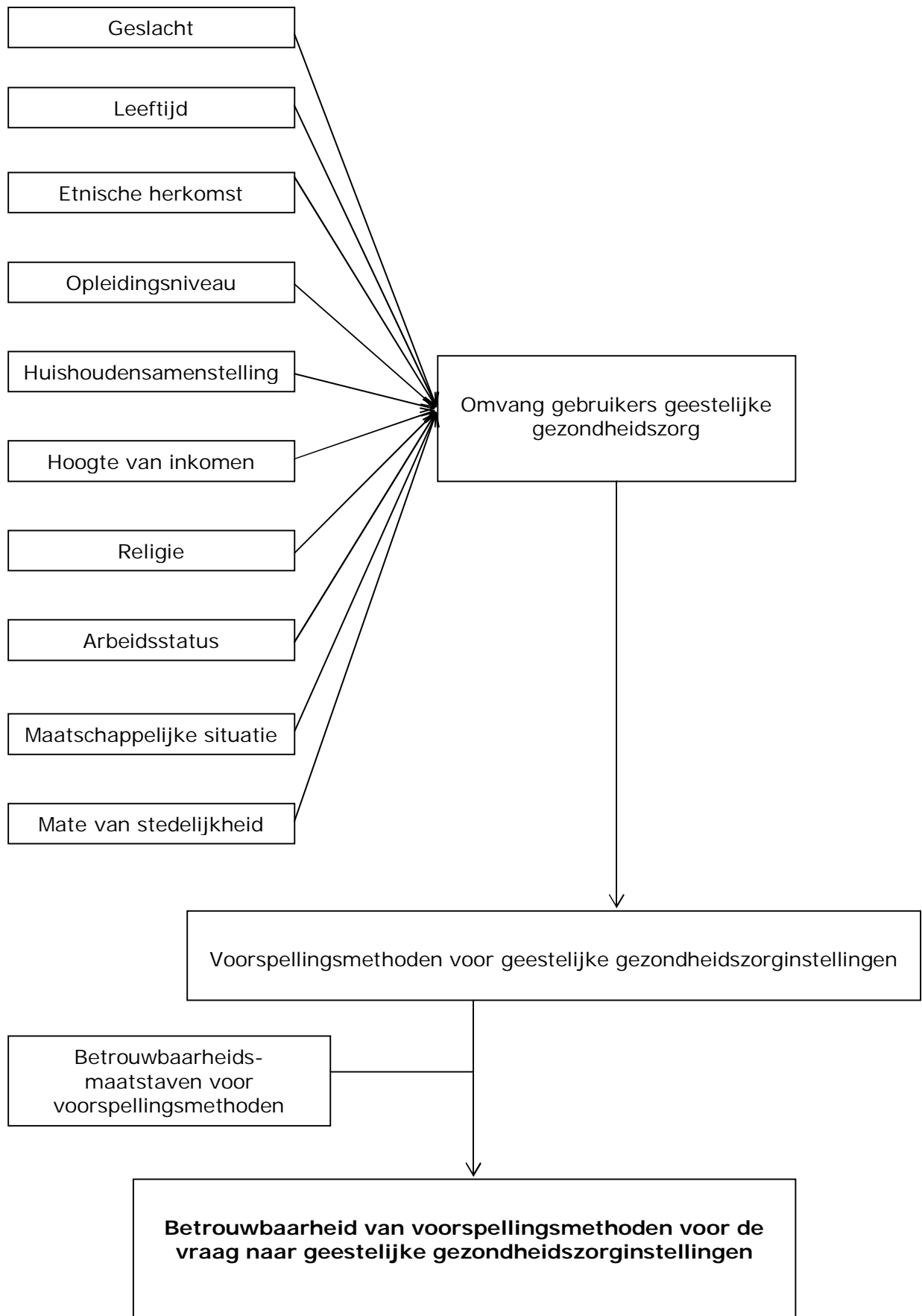
Ondanks alle stijgende trends die gesignaleerd zijn in de samenleving, concluderen Van Hoof e.a. (2008) dat de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking op een gelijk niveau is gebleven in de periode 1975 tot 2006. Dezelfde resultaten zijn ook te vinden op internationaal niveau, door onder andere Kessler e.a. (2005). Zij concluderen in hun onderzoek dat de prevalentie van psychische problemen in de Verenigde Staten tussen 1990 en 1992 29,4 procent was en tussen 2001 en 2003 30,5 procent. Dit is dus een zeer minimale toename. Zij concluderen tevens dat er wel een toename is in het

percentage van de bevolking dat zich laat behandelen voor deze psychische problemen. Een gelijkblijvend niveau van de geestelijke gezondheid betekent dus niet dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg ook gelijk blijft.

#### *2.4.3 Externe invloeden*

De toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg die in tal van onderzoeken geconstateerd is, zal als gevolg hebben dat het aanbod vergroot zal moeten worden. GGZ-instellingen zullen dus moeten bepalen hoeveel en wanneer zij gaan uitbreiden. Hiervoor kunnen zij kijken naar de trends die in de samenleving spelen. Zij zijn echter erg afhankelijk van de zorgkantoren. De zorgkantoren kopen de zorg in bij de verschillende zorginstellingen en bepalen daarmee dus de eigenlijke vraag naar zorg. Zolang zij niet kunnen inschatten hoeveel zorg ingekocht zal worden, blijft het een moeilijke taak voor de instellingen om te bepalen hoeveel er uitgebreid moet worden.

## 2.5 Conceptueel model





In dit hoofdstuk is het theoretische kader van het onderzoek geschetst. Het is duidelijk geworden wat precies wordt verstaan onder geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en wat het belang is van de zorgvraagvoorspellingsmethoden voor geestelijke gezondheidszorginstellingen. Tevens is een beeld geschetst van de determinanten die de zorgvraag bepalen. In het volgende hoofdstuk zullen de bestaande voorspellingsmethoden die in de nationale en internationale literatuur gevonden zijn besproken worden.

In hoofdstuk vier zullen de ontwikkelingen en prognoses die zich voordoen voor de in paragraaf 2.4 genoemde determinanten voor de provincie Groningen aan de orde komen.

## ***Hoofdstuk 3 Bestaande voorspellingsmethoden***

In de loop der jaren is veel onderzoek gedaan naar het psychisch welbevinden en de aanwezigheid van psychische problemen onder de Nederlandse bevolking. De resultaten van deze onderzoeken vormen, samen met andere statistische databases, vaak de bron van vraagvoorspellingsmethoden. In dit hoofdstuk zullen de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor, de Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index, de Jarman-Under-Privileged-Area score en de Camberwell Assessment of Need-methode besproken worden.

### ***3.1 Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)***

De Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM), gecreëerd door het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, poogt een voorspelling te doen voor de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied. Vooraf wordt echter al gesteld dat de uitkomsten van deze monitor niet als een gegeven feit gezien mogen worden, het is slechts een indicatie die gebruikt kan worden bij een groter opgezette analyse (Brouwer, e.a., 2006). Aangeraden wordt ook te kijken naar epidemiologische gegevens van de GGD, gegevens over het aanbod aan eerstelijnszorgaanbieders, kwalitatieve informatie van regionale patiëntenconsumentenorganisaties en verzekerdenbestanden van zorgverzekeraars. Op basis van al deze gegevens zou dan gekomen kunnen worden tot een sturingsinstrument (Brouwer e.a., 2006).

Doel van de VAAM is het aanbod van bestaande of nieuw te ontwikkelen instellingen voor de eerstelijnszorg op regionaal/lokaal niveau beter af te stemmen op de vraag (Brouwer, e.a., 2006). De data die gebruikt worden om de monitor in te vullen zijn afkomstig van de Kerncijfers wijken en buurten van CBS Statline. De gebruikte gegevens zijn leeftijd, geslacht, inkomen en mate van verstedelijking. Deze gegevens zijn gecombineerd met resultaten uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) uit 1996-1999. Op basis hiervan is het verwachte percentage psychisch onwelbevinden, psychiatrische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcohol-afhankelijkheid in de bepaalde regio verondersteld.

Groot voordeel van deze methode voor het bepalen van de psychische zorg is dat het op elk gewenste schaalniveau kan worden toegepast, zowel op buurtniveau als op nationaal niveau. Er kleven echter ook grote nadelen aan deze methode. Zo wordt alleen een schatting gemaakt van de vraag naar eerstelijns GGZ, de tweedelijns GGZ wordt geheel buiten beschouwing gelaten. Tevens zijn sommige gegevens niet beschikbaar of is het

onmogelijk om een compleet beeld te krijgen omdat er te weinig personen gebruik maken van een voorziening (Brouwer e.a., 2006).

### 3.2 Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index

Met behulp van de Paasche prijsindex en de Laspeyres volume-index heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) een methode ontwikkeld waarmee de waardeontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg uitgesplitst kunnen worden in een prijsdeel en een volumedeel. Deze methode is niet geheel nieuw; het is een aangepaste versie van de door Antonio Chessa ontwikkelde methode voor de prijs- en volume-index voor zorg voor ouderen (Denneman, 2008).

De volledige waarde-index voor de gehele GGZ kan als volgt weergegeven worden:

$$\underline{W}^{t/t-1} = \underline{P}_{KO}^{t/t-1} \overline{P}_{D,Paasche}^{t/t-1} \overline{Q}_{D,Laspeyres}^{t/t-1} \overline{Q}_{N,V}^{t/t-1} \underline{Q}_{KO}^{t/t-1}$$

*Formule 1: Waarde-index gehele GGZ (Bron: Denneman, 2008).*

In deze formule is rekening gehouden met het productiebudget, het capaciteitsbudget, de kapitaallasten en de overige uitgaven van de GGZ.

Het productiebudget wordt jaarlijks berekend door de hoeveelheid geproduceerde zorg te vermenigvuldigen met het tarief dat hiervoor berekend wordt. Dit tarief bestaat uit de materiële en de personele kosten per product. Omdat de verschillende zorgvormen (ambulante zorg, klinische verblijfdagen en deeltijdsessies, zie 2.1.3) verschillende eenheden voor hoeveelheden leveren, wordt in deze vormen onderscheid gemaakt (Denneman, 2008).

Het capaciteitsbudget is het budget voor het op peil houden van de capaciteit. Het gaat hierbij vooral om het aantal bedden dat beschikbaar is en gedurende het jaar bezet kunnen worden. Op basis hiervan wordt het capaciteitstarief berekend. Het tarief wordt per verrichting berekend. Hoe meer verrichtingen er worden uitgevoerd, hoe lager de prijs van de verrichting is. Het capaciteitsbudget kan dan over meerdere verrichtingen verdeeld worden.

Bij de berekening van dit capaciteitstarief wordt rekening gehouden met de verschillende zorgcircuits<sup>2</sup>. Dit omdat er onderscheid is in de budgetten voor het op peil houden van de capaciteit van deze verschillende zorgcircuits. Zo is het ontwikkelen van capaciteit voor forensische psychiatrie veel kostbaarder dan het ontwikkelen van capaciteit voor beschermd wonen (Denneman, 2008).

<sup>2</sup> Deze zorgcircuits zijn: Eerstelijns GGZ, GGZ preventie, GGZ voor kinderen en jongeren, GGZ voor volwassenen, GGZ voor ouderen, forensische psychiatrie, verslavingszorg en openbare GGZ (Ruysbroek, 2001).

De benodigde cijfers voor het invullen van deze formule heeft het CBS verkregen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij hebben de gegevens over de hoeveelheden geproduceerde zorg en de daarbij behorende tarieven per GGZ-instelling tot hun beschikking (Denneman, 2008).

Op basis van de formule van de waarde-index van de gehele GGZ kunnen afzonderlijke formules voor de Paasche prijsindex en de Laspeyres volume-index gecreëerd worden. Deze zien er als volgt uit:

$$\underline{P}^{t/t-1} = \underline{P}_{KO}^{t/t-1} \overline{P}_{D,Paasche}^{t/t-1}$$

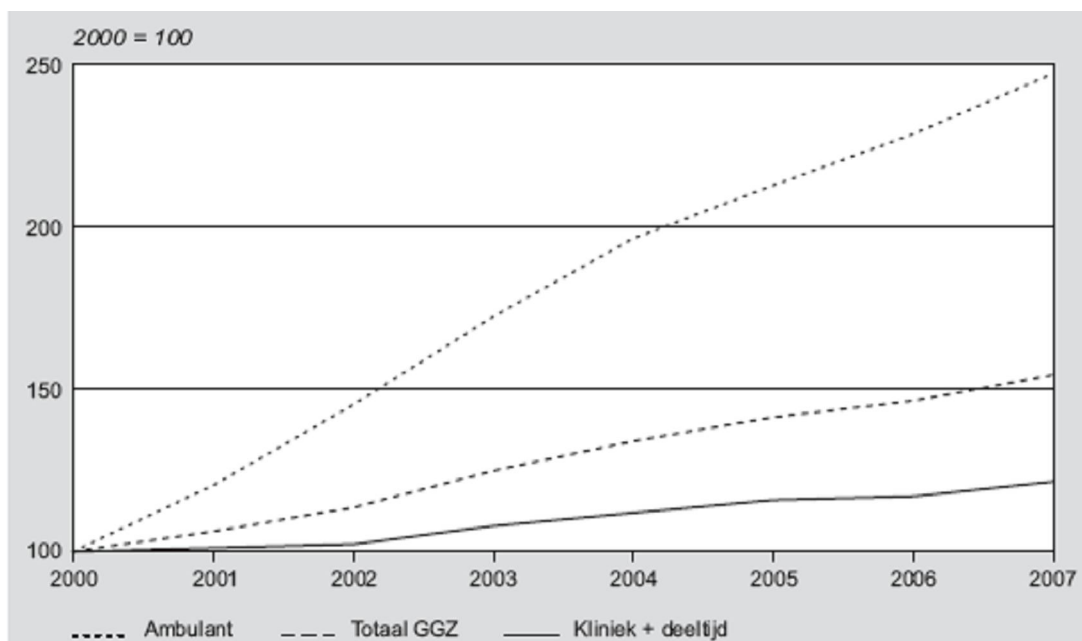
Formule 2: Paasche prijsindex (Bron: Denneman, 2008).

$$\underline{Q}^{t/t-1} = \overline{Q}_{D,Laspeyres}^{t/t-1} \overline{Q}_{N,V}^{t/t-1} \underline{Q}_{KO}^{t/t-1}$$

Formule 3: Laspeyres volume-index (Bron Denneman, 2008).

De prijsindex die berekend wordt in formule 2 wordt bepaald door de prijsindex van de kapitaallasten en overige uitgaven in de GGZ ( $\underline{P}_{KO}$ ) te vermenigvuldigen met de Paasche prijsindex ( $\overline{P}_D$ ). Deze Paasche prijsindex wordt berekend op basis van de hoeveelheid geproduceerde zorg vermenigvuldigd met het tarief voor deze geproduceerde zorg. De volume-index in formule 3 wordt bepaald door de Laspeyres volume-index ( $\overline{Q}_{D,Laspeyres}$ ) te vermenigvuldigen met de volume-index van de nieuwe en verdwenen zorgproducten ( $\overline{Q}_{N,V}$ ) en de volume-index van de kapitaallasten en overige uitgaven in de GGZ ( $\underline{Q}_{KO}$ ). De Laspeyres volume-index wordt evenals de Paasche prijsindex berekend door de hoeveelheid met het tarief te vermenigvuldigen.

Door formule 3 te gebruiken in combinatie met de cijfers van het NZa heeft het CBS de ontwikkelingen in het volume van de GGZ in de periode 2000-2007 berekend. Er is een uitsplitsing gemaakt tussen ambulante zorg en de klinische verblijfdagen en deeltijdsessies. In figuur 1.1 zijn de uitkomsten van deze berekeningen weergegeven. Te zien is dat de trend in volumegroei in zowel de ambulante zorg, de klinische verblijfdagen en de deeltijdsessies stijgende is. Vooral het volume in de ambulante zorg is erg sterk gegroeid in deze periode. Gemiddeld was de jaarlijkse groei in deze zorgvorm veertien procent. Voor klinische verblijfdagen en deeltijdsessies was dit drie procent (Denneman, 2008).



Grafiek 3.1: Volume ontwikkelingen GGZ (Bron: CBS, 2008).

De formules van deze prijs- en volumemethodes kunnen achteraf gebruikt worden om de volumeverandering (min of meer) exact te berekenen. Door de ontwikkelingen van de afgelopen jaren te extrapoleren, kan een redelijk inzicht verkregen worden in de benodigde volumegroei voor de komende jaren. Een nadeel van extrapolatie is echter dat ervan wordt uitgegaan dat ontwikkelingen uit het verleden maatgevend zijn voor de ontwikkelingen in de toekomst, waarbij wordt verondersteld dat er geen maximum is. Daarbij komt dat hoe verder de trend wordt doorgetrokken, des te onzekerder het resultaat is. Voorspellingen voor de lange termijn kunnen dus niet met grote zekerheid vastgesteld worden.

Naast dit grote nadeel is er ook een groot voordeel van deze methode te noemen, namelijk dat er onderscheid gemaakt is in de verschillende zorgvormen en dat tevens de volumegroei per zorgcircuit bepaald kan worden. Het is echter niet duidelijk in hoeverre de volumegroei zoals berekend overeenkomt met de daadwerkelijke groei. Volgens Denneman (2008) is dit te verklaren doordat er in de praktijk altijd een mismatch is tussen het vastgestelde tarief en de daadwerkelijke prijs. Hierdoor kunnen dus kleine schommelingen ontstaan. Daarnaast is bekend dat de cijfers die gebruikt worden om het productiebudget en het capaciteitsbudget te berekenen de afgelopen jaren niet geheel compleet waren. De reden hiervoor is dat het systeem dat deze cijfers bijhoudt pas in 2000 is opgezet en het dus een paar jaar duurde voordat het naar behoren functioneerde (Denneman, 2008).

### **3.3 Jarman Under Privileged Area Score (Jarman UPA score)**

De Jarman UPA score is een Britse methode, die in eerste instantie is ontwikkeld als een standaardmaat om de relatie tussen sociaal-economische achtergesteldheid en het gebruik van eerstelijns gezondheidszorg in bepaalde kiesdistricten weer te geven (Cotgrove e.a., 1992; Peen en Dekker, 1996). In 1990 werd deze methode in Groot-Brittannië ingevoerd om de huisartsen in de achterstandsgebieden te compenseren voor de hogere werkdruk die zij hadden (Peen en Dekker, 1996). In Brits onderzoek is echter later gebleken dat deze methode ook zeer geschikt is om de psychiatrische opname-index (aantal opnamen gedeeld door de populatie) te bepalen (Peen en Dekker, 1996).

Deze methode gaat uit van acht sociaal-demografische variabelen, namelijk alleenwonende ouderen, etnische minderheden, ongeschoolden, werklozen, éénuoudergezinnen, overbevolkte huishoudens, kinderen onder de vijf jaar en verhuizingen (Jarman, 1981). De data van deze variabelen worden verkregen uit censussen. Als de data vervolgens beschikbaar zijn worden deze getransformeerd om de scheve verhoudingen te corrigeren, waarna ze worden gestandaardiseerd, gewogen en opgeteld. Het resultaat hiervan is een score die aangeeft wat de achtergesteldheid van de bevolking van een bepaald gebied is (Cotgrove e.a., 1992). Met deze score kan de psychiatrische opname-index bepaald worden.

Cotgrove e.a. (1992) hebben gepoogd een uitbreiding te maken op deze Jarman UPA score door de verblijfsduur er aan toe te voegen. De bedoeling hiervan was dat de uitkomst een indicatie zou geven voor het aantal benodigde bedden in de geestelijke gezondheidszorg en dus een indicatie voor de benodigde ruimtebehoefte voor geestelijke gezondheidszorginstellingen. Cotgrove e.a. (1992) concluderen in hun eigen onderzoek echter al dat de Jarman UPA score hier geen goede indicatie voor geeft.

In 1995 hebben Peen en Dekker (1996) in Amsterdam onderzoek gedaan naar de meerwaarde van de Jarman UPA score in het voorspellen van de opname-index. In dit onderzoek hebben zij een negende variabele meegenomen, namelijk het sterftecijfer. Peen en Dekker (1996) concluderen in hun onderzoek dat 'de Jarman-score een vrij goede indicatie geeft van de mate van deprivatie van stadsbuurten en van risicogebieden met betrekking tot opname'.

Weyerer en Häfner (1992) stellen echter dat er een vertekend beeld optreedt, omdat gezonde mensen vaak wegtrekken uit achterstandsgebieden.

### **3.4 The Camberwell Assessment of Need (CAN)**

Deze methode is ontstaan door onderzoek naar de behoefte aan specifieke behandelingen en de mate waarin in deze behoefte wordt voldaan in de wijk Camberwell in Londen (Bebbington, 1997). Met de CAN kan de zorgbehoefte in een bepaalde regio in kaart gebracht worden. Dit gebeurt door middel van een lange vragenlijst over 22 verschillende onderwerpen die de patiënt en hulpverlener samen moeten invullen. Per onderwerp moet worden aangegeven of er een probleem is en indien er een probleem is, of dit al dan niet voldoende is opgelost (Kroon e.a., 2003). Per antwoord worden een bepaald aantal punten toegekend, op basis waarvan drie verschillende behoeftes berekend kunnen worden, te weten:

- 1) De totale zorgbehoefte
- 2) De onopgeloste zorgbehoefte
- 3) De opgeloste zorgbehoefte

(Drukker e.a., 2007).

De gegevens die met behulp van de vragenlijst verzameld zijn, worden gekoppeld aan het bestand van een Psychiatrisch Casus Register (PCR)<sup>3</sup> van een bepaalde regio. Van de patiënten waarvan de gegevens kunnen worden gekoppeld kan de totale intramurale en extramurale zorgbehoefte bepaald worden (Drukker e.a., 2007).

Een belangrijk resultaat van de toepassing van dit onderzoek in Zuid-Limburg is dat er een relatie blijkt te zijn tussen de hoogte van de zorgbehoefte en het gebruik van intramurale zorg in het jaar erna. Hoe hoger de zorgbehoefte, des te hoger de intramurale zorgconsumptie in het jaar erna. Deze relatie is echter niet gevonden voor extramurale zorg, waardoor slechts op het gebied van intramurale zorg voorspellingen gedaan kunnen worden. De Camberwell Assessment of Need kan dus niet als een zeer geschikte methode voor de planning van aanbod van zorg gezien worden (Drukker, 2007). Een ander nadelig punt van de methode is dat niet elke regio een PCR heeft en dus niet voor alle regio's de intramurale en extramurale zorgbehoefte bepaald kan worden.

Geconcludeerd kan worden dat geen van de bovenstaande voorspellingmethoden de perfecte methode is om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in de toekomst te bepalen. Elke methode heeft zijn nadelen die ertoe leiden dat de methode minder goed bruikbaar is, gezien de vraag naar een sectordekkende methode. Een combinatie van meerdere methoden zou een uitkomst kunnen bieden. De vraag blijft echter hoe betrouwbaar deze methoden op regionaal niveau blijken te zijn. Hoofdstuk zes zal daarom de verschillende methoden op bruikbaarheid en betrouwbaarheid toetsen. Eerst

---

<sup>3</sup> Een PCR registreert per zorgdomein alle zorggegevens in een vooraf gedefinieerd gebied (Thornicroft, 2001).

zullen in hoofdstuk vier echter de ontwikkelingen van de verschillende determinanten voor de provincie Groningen uitgewerkt worden. Tevens zal met behulp van data-analyse bepaald worden in hoeverre ze significant van invloed zijn op de zorgvraag in dit gebied.



## ***Hoofdstuk 4 De determinanten***

In dit hoofdstuk zullen de determinanten uit hoofdstuk twee verder uitgewerkt worden voor de provincie Groningen. Gepoogd wordt een model op te zetten om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in dit gebied te voorspellen. De keuze voor de provincie Groningen is gemaakt, omdat dit het gebied is waar de geestelijke gezondheidszorginstelling Lentis zich voornamelijk op focust. Door een beter inzicht te krijgen in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in dit gebied, kunnen zij hier beter op inspelen met hun aanbod van zorg en dus ook het aanbod van zorgvastgoed.

In paragraaf 4.1 zullen allereerst de ontwikkelingen van de determinanten besproken worden. De cijfers behorende bij deze determinanten zijn grotendeels afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2009) en het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland. In paragraaf 4.2 komt de data-analyse aan de orde.

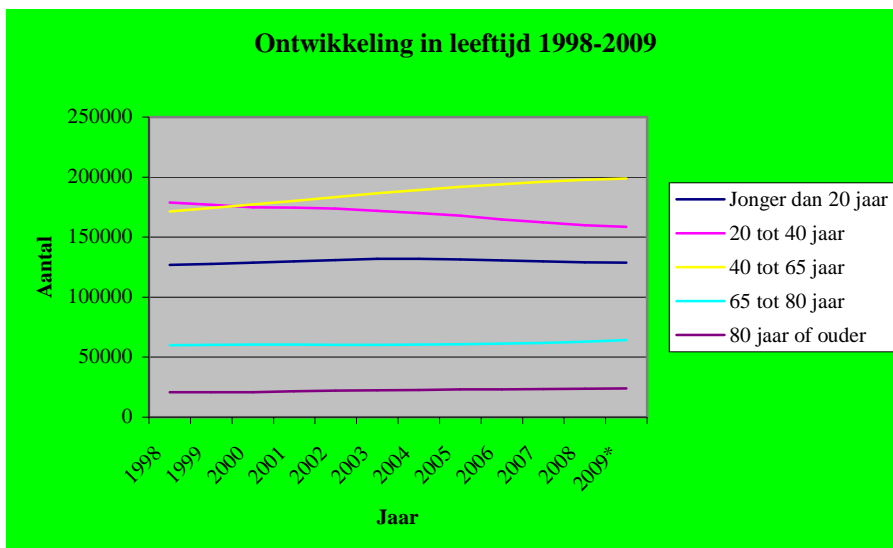
### ***4.1 Ontwikkelingen en prognoses van de determinanten***

#### ***4.1.1 Bevolkingsgroei, geslacht en leeftijd.***

De bevolking van de provincie Groningen is in de periode 1998-2008 met ruim 15,4 duizend inwoners gegroeid. Dit komt neer op een groei van bijna 2,8 procent in tien jaar tijd. Gekeken naar de nationale bevolkingsgroei is de provincie aanzienlijk achtergebleven; de nationale groei in deze periode bedroeg namelijk 4,8 procent. Daarnaast is te zien dat vanaf 2005 een daling in groei van de bevolking is ingezet, terwijl de bevolking op landelijk niveau een stijgende lijn vertoonde. Volgens prognoses zal deze daling echter niet lang doorzetten; na 2010 zal er weer een stijging intreden die leidt tot 587.706 inwoners in 2025.

Het aandeel vrouwen in de provincie Groningen is iets hoger dan het aandeel mannen, ongeveer 50,4 procent vrouwen tegenover 49,6 procent mannen. De verklaring hiervoor is dat vrouwen gemiddeld genomen ouder worden dan mannen. Op hogere leeftijden zijn er dus aanzienlijk meer vrouwelijke dan mannelijke inwoners.

De gemiddelde leeftijd van de bevolking in de provincie Groningen is stijgende. Het aandeel ouderen in de samenleving wordt steeds groter en het aantal jongeren steeds kleiner. In grafiek 4.1 zijn deze ontwikkelingen weergegeven. Te zien is dat vooral de categorie 40 tot 65 jaar sterk stijgt. Deze groep zal op termijn instromen bij de groep 65-plussers, waardoor de grijze druk dus erg snel zal gaan stijgen. Deze zelfde trend is in de nationale samenleving te signaleren. Deze trend is te verklaren doordat de babyboom generatie de 65-jarige leeftijd zal bereiken.



Grafiek 4.1: Leeftijdsonwikkelingen provincie Groningen 1998-2009 (Bron: CBS, 2009).

#### 4.1.2 Huishoudensamenstelling

De laatste decennia is er veel veranderd in de samenstelling en omvang van de huishoudens in Nederland. Enkele tientallen jaren geleden was het nog de normaalste zaak om vanuit huis te trouwen, kinderen te krijgen en getrouwd te blijven tot de dood. Vandaag de dag zijn deze traditionele patronen behoorlijk veranderd. Velen verlaten het ouderlijke huis om alleen te gaan wonen of samen met een partner, zonder te trouwen. Een deel van deze personen maakt later alsnog de keuze om te trouwen, maar een groot deel blijft ook ongetrouwd (Latten, 2004).

Evenals het trouwen, mag ook het krijgen van kinderen niet meer als vanzelfsprekend beschouwd worden. Men is steeds meer gericht op het maken van carrière en kinderen worden tevens gezien als een beperking om te genieten van het leven (Felling, e.a., 2000). Hierdoor stelt men het krijgen van kinderen uit, of kiest men er zelfs voor om helemaal geen kinderen te krijgen. Als gevolg van deze ontwikkelingen is in de provincie Groningen het aantal paren (gehuwd en ongehuwd) met kinderen vanaf 2002 sterk gaan dalen (van 67.462 in 2002 naar 64.807 in 2008). Dit komt overeen met de landelijke trend.

In tegenstelling tot het aantal paren met kinderen is het aantal éénoouderhuishoudens de laatste jaren juist sterk gestegen (van 13.355 in 2000 naar 15.843 in 2008). In 2008 was 5,8 procent van alle huishoudens in de provincie Groningen een éénoouderhuishouden. Dit wijkt niet ver af van het landelijke niveau, dat iets boven de zes procent ligt. Deze sterke stijging is onder andere te verklaren door het toegenomen aantal echtscheidingen. De drempel om te gaan scheiden ligt tegenwoordig aanzienlijk lager dan enkele jaren geleden. De verwachting is dat het aantal eenoudergezinnen in de provincie Groningen nog tot 2016 zal stijgen tot ongeveer 17.500 en daarna op dit

niveau zal blijven. Ook dit komt overeen met de trend op landelijk niveau die Van Agtmaal-Wobma en Van Duin (2007) signaleren.

Het aantal éénpersoonshuishoudens is de laatste jaren sterk gestegen. De verklaring hiervoor is dat men er steeds vaker voor kiest om eerst voor kortere of langere tijd alleen te wonen. Daarnaast heeft de toename in het aantal echtscheidingen ook tot een groter aantal éénpersoonshuishoudens geleid. Ook de vergrijzing speelt hierin een rol. Veel ouderen blijven alleen achter als hun partner is overleden (De Jong en Van Agtmaal-Wobma, 2008). Daarnaast is het aantal alleenstaanden in de samenleving de laatste jaren ook zeer sterk gegroeid. Landelijk gezien bedroeg de groei tussen 2000 en 2008 ruim 13 procent. Voor de provincie Groningen was dit iets lager, namelijk bijna 10,5 procent. Deze ontwikkelingen hebben er toe geleid dat in 2008 ruim 19,5 procent van alle huishoudens in de provincie Groningen uit een alleenstaande bestond. Dit lag boven het landelijke niveau van bijna 16 procent. De verwachting is dat de stijgende trend van het aantal alleenstaanden in de samenleving de komende jaren zal aanhouden.

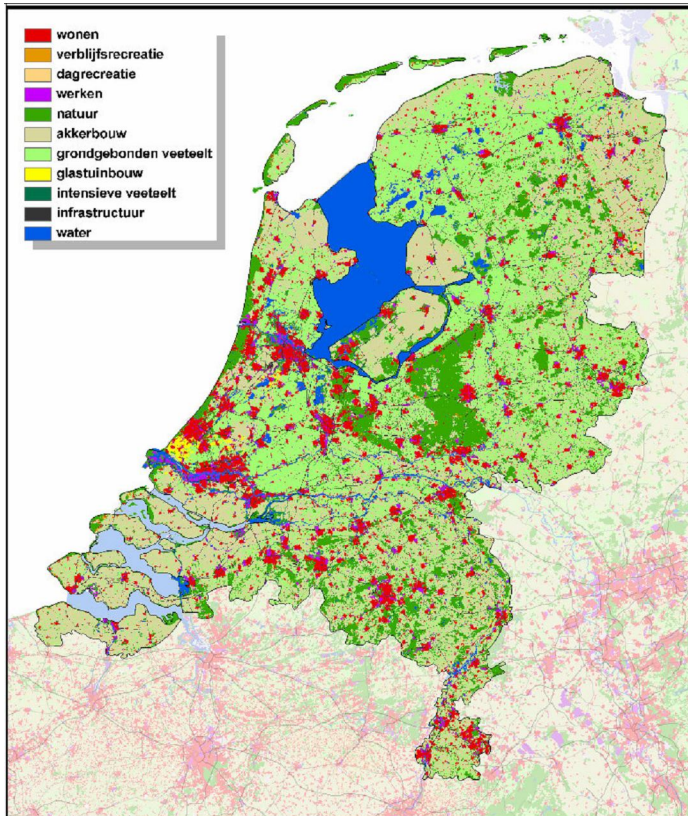
#### *4.1.3 Woonomgeving*

Onderzoek van Peen e.a. (2007) wees uit dat het aantal psychiatrische stoornissen toeneemt met de verstedelijkingsgraad. Hoe meer verstedelijkt een gebied is, des te hoger zal de vraag naar geestelijke gezondheidszorg zijn.

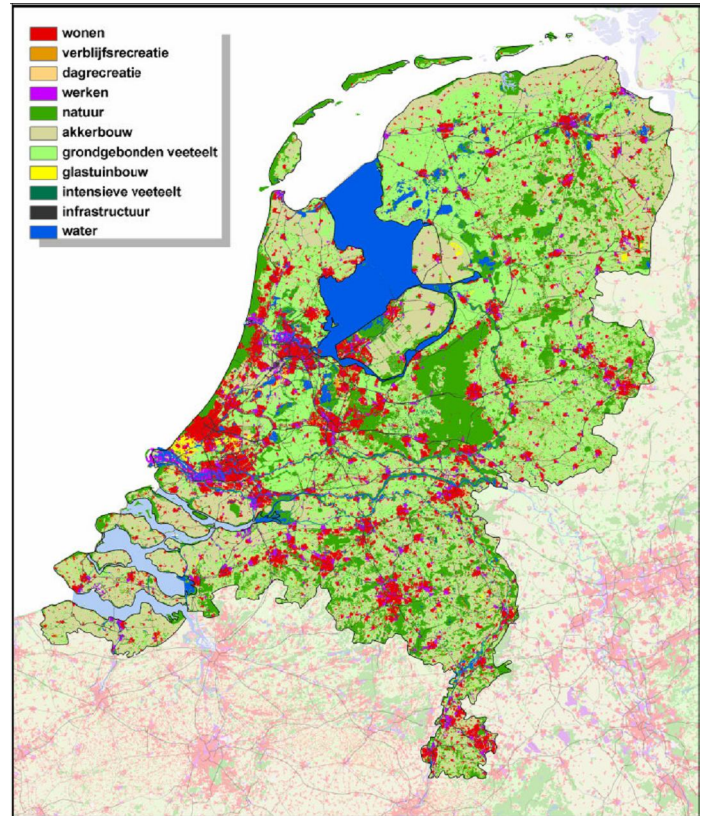
Door de toenemende vraag naar ruimte voor wonen, werken en recreatie zal de verstedelijking in Nederland blijven groeien, zelfs bij een gematigde bevolkingsgroei. Borsboom-Van Beurden e.a. (2005) voorspellen dat de verstedelijking vooral in Midden-Nederland plaats zal vinden.

Kaarten 4.1 en 4.2 laten de verstedelijking van Nederland zien in de periode 2000-2040. Te zien is dat de verstedelijking zich voornamelijk zal concentreren in de Randstad, Twente, het gebied Arnhem-Nijmegen en de steden in Noord-Brabant. In de provincie Groningen zal de verstedelijking alleen in en rondom de stad Groningen plaats vinden.

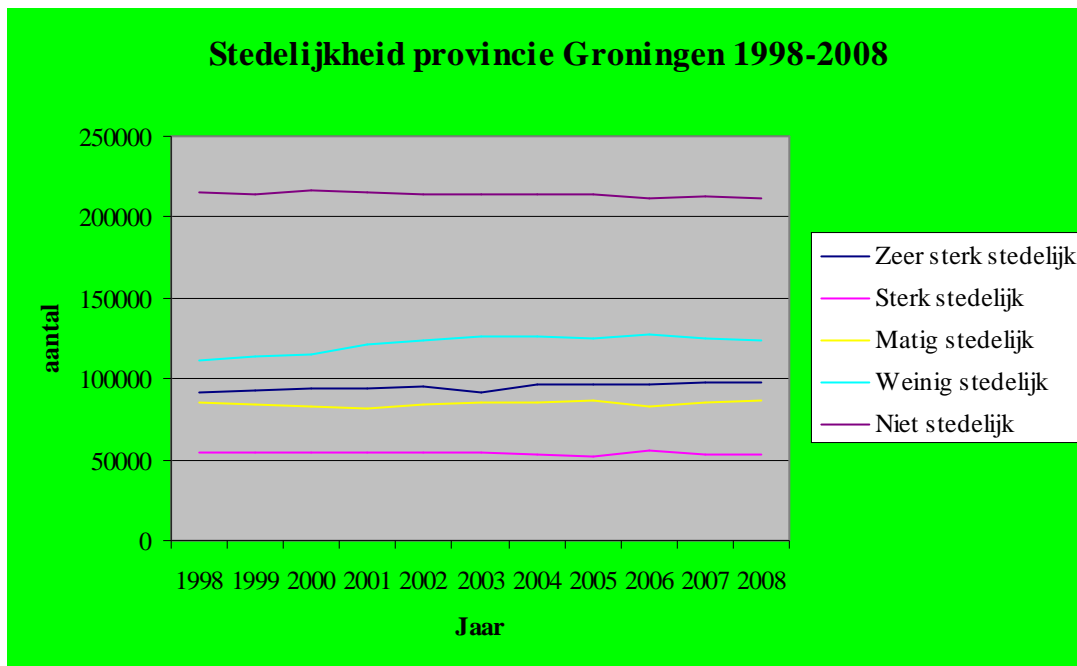
Grafiek 4.2 laat zien hoe de verstedelijking in de provincie zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Gezien kan worden dat er zich nauwelijks veranderingen hebben voorgedaan in de verstedelijkte gebieden; de klasse 'zeer sterk stedelijk' is erg licht gestegen en de klasse 'sterk stedelijk' is zelfs nagenoeg gelijk gebleven. De verwachting is dat in het verstedelijkingspatroon voor deze twee klassen op de korte en middellange termijn geen grote verandering zullen optreden, omdat in de provincie relatief veel kleine woonplaatsen zijn (Van Eijk e.a., 2006).



Kaart 4.1: Grondgebruik in Nederland in 2000  
(Bron: Kuiper e.a., 2006).



Kaart 4.2: Grondgebruik in Nederland in 2040  
(Bron: Kuiper, e.a., 2006).



Grafiek 4.2: Stedelijkheid van de provincie Groningen (Bron: CBS, 2009).

#### *4.1.4 Religie*

De trend van ontkerkelijking is begonnen in de jaren zestig. Jongeren en twintigers besloten steeds meer zich van de kerk als instituut af te wenden, omdat zij zich hier niet meer mee verbonden voelden. (Bekkers, 2005). Ouderen scheiden zich echter veel minder vaak af.

Bekering tot een godsdienst komt in Nederland nauwelijks voor, op geen enkele leeftijd (Need en De Graaf, 2004). Hierdoor is ontkerkelijking in principe dus een inomkeerbaar proces geworden (Bekkers, 2005). Kerkelijkheid wordt vrijwel alleen nog via nieuwe generaties overgenomen.

In 2003 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek onderzoek verricht naar de religieuze participatie van Nederland. Nationaal gezien zei 58 procent van de bevolking zich tot een kerkelijke gezindte te rekenen. Gekeken naar de provincie Groningen was dit slechts 41 procent. Groningers zijn dus gemiddeld genomen aanzienlijk minder kerkelijk dan het gemiddelde van Nederland. Becker en De Hart (2006) voorspellen dat in 2020 nog slechts 28 procent van de Nederlandse bevolking tot een kerkelijke gezindte behoort. Er is dus nog een vrij sterke daling in het vooruitzicht. Provinciale voorspellingen over het verloop van de ontkerkelijking zijn echter niet bekend.

Doordat de Nederlandse en Groningse bevolking steeds minder kerkelijk wordt, zal het aantal niet-kerkelijke huishoudens en het aantal huishoudens waarvan slechts één persoon (kostwinner of partner) een kerkelijke gezindte heeft toenemen. Gelijktijdig zal het aantal huishoudens waarvan beide partners dezelfde religie aanhangen afnemen.

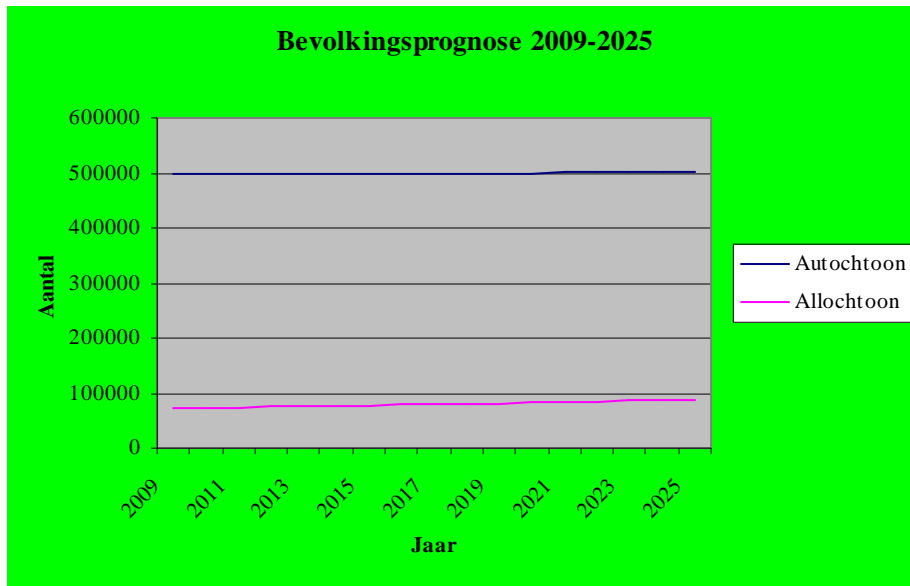
#### *4.1.5 Etnische herkomst*

Hoewel er geen verschil is in zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen, is er wel daadwerkelijk een verschil in de kans op psychische stoornissen te onderscheiden; de kans op psychische stoornissen is groter onder allochtonen (Dieperink e.a., 2007). Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat door verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor allochtone bevolkingsgroepen in de periode 1990-2004 de drempel verlaagd is en in verhouding meer allochtone volwassenen gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg.

Door het verminderen van bestaande problemen, met name communicatieproblemen en het (late) tijdstip waarop allochtonen hulp inschakelen, kan de geestelijke gezondheidszorg nog toegankelijker gemaakt worden voor allochtonen en zullen zij dus de zorg ontvangen die zij nodig hebben (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002).

De ontwikkeling van het aantal allochtonen in de samenleving zal dan dus ook een rol gaan spelen in de ontwikkeling van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. In grafiek 4.3 is te zien hoe de autochtone en allochtone bevolking in de provincie Groningen zich zal ontwikkelen in de periode 2009-2025. Te zien is dat de autochtone bevolking

nagenoeg gelijk blijft, terwijl de allochtone bevolking een lichte stijging laat zien (gemiddeld ongeveer 950 personen per jaar).



Grafiek 4.3: Bevolkingsprognose autochtonen/allochtonen in de provincie Groningen 2009-2025 (Bron: CBS, 2009).

#### 4.1.6 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau bepaalt mede de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in ons land. In het Nemesis-onderzoek is naar voren gekomen dat psychische problemen twee tot drie maal zo veel voorkomen bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden (Vollenbergh e.a., 2003). Van 't Land e.a. (2008) stellen dat hoe hoger het opleidingsniveau is, des te vaker gebruik gemaakt wordt van ambulante geestelijke gezondheidszorg.

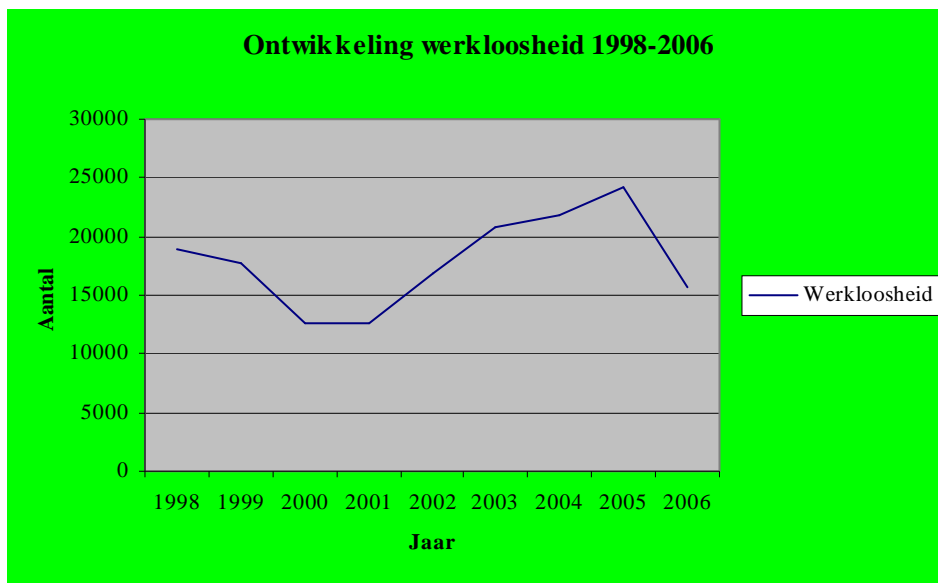
Om te kijken hoe de zorgvraag zich ontwikkelt is het dus van belang om te kijken hoe het opleidingsniveau in de provincie Groningen zich ontwikkelt. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) stelt dat landelijk gemeten het gemiddelde opleidingsniveau blijft stijgen. Dit is ook het geval voor de provincie Groningen, met uitzondering van de regio Delfzijl (Van Til e.a., 2007). Het toegenomen opleidingsniveau is vooral te verklaren door het feit dat jongeren, en dan met name vrouwen, steeds vaker voor een vervolgopleiding kiezen (CBS, 2008). Het opleidingsniveau van allochtonen, en dan met name van de Turken en Marokkanen blijft echter achter bij dat van de autochtone bevolking, ondanks dat ook onder deze groepen het gemiddelde opleidingsniveau is gestegen (CBS, 2008).

#### 4.1.7 Arbeidsstatus en maatschappelijke situatie

Het hebben van een baan heeft veel positieve effecten, zoals het hebben van inkomen en zekerheid, structuur en waardering. Toch kunnen ook negatieve effecten optreden in de vorm van psychische klachten (overspannen, burn-out) (Ybema en Evers, 2005).

Ondanks het risico op het krijgen van psychische problemen bij het hebben van een baan blijkt uit onderzoek van Ten Have (2004) dat werkenden geen verhoogde kans op geestelijke gezondheidszorg hebben. Werklozen en arbeidsongeschikten hebben daarentegen juist wel een verhoogde kans op geestelijke gezondheidszorg.

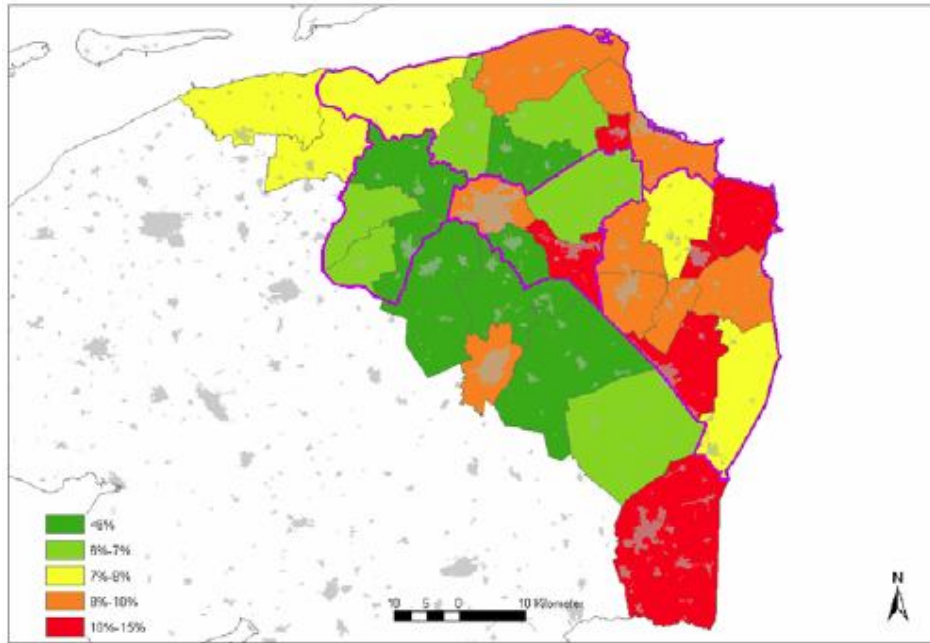
Vollenbergh e.a. (2003) stellen in hun artikel dat uit het Nemesis-onderzoek is gebleken dat onder werklozen en arbeidsongeschikten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering twee tot drie keer zo vaak psychische problemen worden geconstateerd dan bij mensen die niet tot deze categorie behoren. De ontwikkeling van het aantal werklozen en arbeidsongeschikten is dus van belang voor het bepalen van de zorgvraag.



Grafiek 4.4: Ontwikkeling van de werkloosheid in de provincie Groningen 1998-2008 (Bron: CBS, 2009).

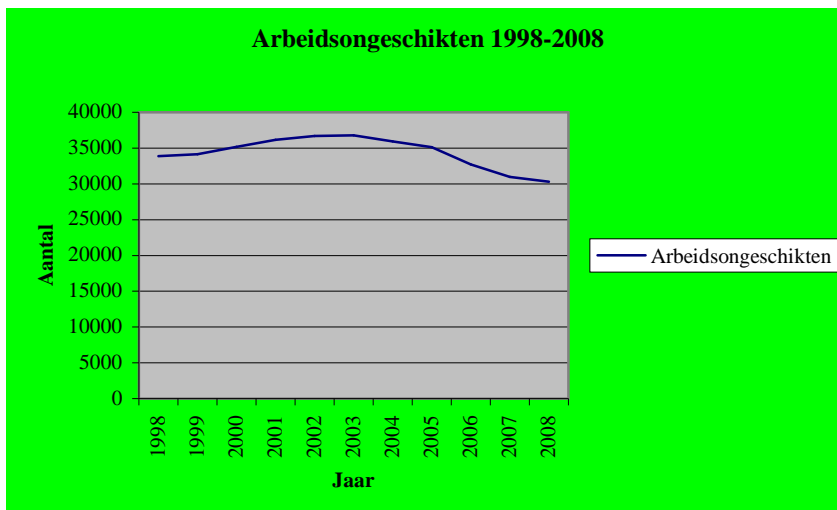
Grafiek 4.4 laat zien hoe de werkloosheid zich tussen 1998 en 2006 heeft ontwikkeld in de provincie Groningen. In Groningen ligt de werkloosheid structureel gezien twee tot vijf procent boven het landelijke gemiddelde (Lukey e.a., 2007). De werkloosheid binnen de provincie is echter niet gelijkmatig verdeeld; er zijn grote verschillen waar te nemen (zie kaart 4.3). Te zien is dat vooral de werkloosheid in Oost-Groningen erg hoog is.





Kaart 4.3: Werkloosheid per gemeente in 2005.  
(Bron: CWI, bewerking ABF Research, 2005).

Onder arbeidsongeschikten worden verstaan: het totaal van alle arbeidsongeschikte personen die volgens de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en de wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ) een uitkering ontvangen (CBS, 2009). Het verloop van deze bevolkingsgroep in de provincie Groningen in de periode 1998-2008 laat een minder grillig verloop zien dan de werkloosheid (zie grafiek 4.5). Tot 2003 was een lichte stijging te zien, waarna een daling is ingetreden. Dit komt overeen met de landelijke trend. Deze daling is te verklaren door de wettelijke maatregelen die genomen zijn om het aantal arbeidsongeschiktheidsregelingen verlagen. Hierdoor is het aantal ontslagvergunningen verleend door het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) voor arbeidsongeschiktheid sterk afgenomen.



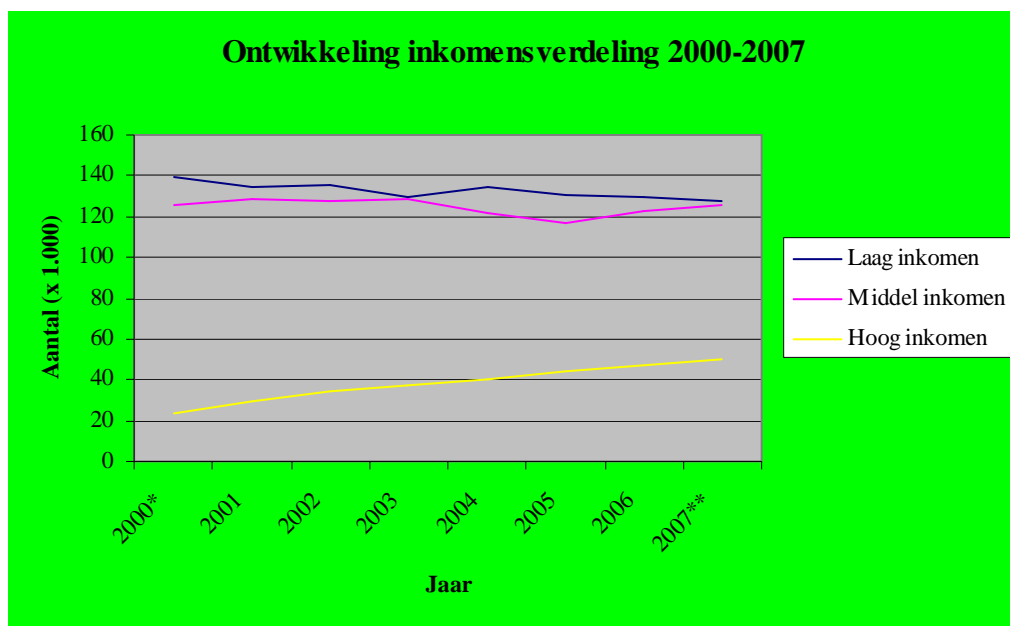
Grafiek 4.5: Ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten in de provincie Groningen 1998-2008  
(Bron: CBS, 2009).



#### 4.1.8 Hoogte van het inkomen

De hoogte van het inkomen is van invloed op de kans op geestelijke gezondheidszorg. Een zeer laag inkomen leidt tot een hogere kans op geestelijke gezondheidszorg.

Gekeken naar het primaire inkomen (inkomen uit arbeid en inkomen uit eigen onderneming, CBS, 2009) van de bevolking van de provincie Groningen is te zien dat het aantal hoge inkomens (meer dan 50.000 euro) in de periode 2000-2007 behoorlijk is gestegen. Toch blijft deze klasse verreweg het kleinste aandeel van de bevolking herbergen. Het aantal personen in de klassen 'middelbaar inkomen' (20.000 tot 50.000 euro) en 'laag inkomen' (tot 20.000) verschillen elkaar niet erg veel. Beide klassen bevatten tussen 120.000 en 140.000 personen. Toch zijn er verschillen in trends waar te nemen in deze beide klassen; de middel inkomensklasse is ongeveer stabiel gebleven, terwijl de lage inkomensklasse een lichte daling vertoont. Grafiek 4.6 toont deze ontwikkelingen.



Grafiek 4.6: Ontwikkeling in inkomensverdeling in de provincie Groningen 2000-2007 (Bron: CBS, 2009).

## **4.2 Significantie van de determinanten**

In deze paragraaf zal gekeken worden in hoeverre de determinanten die in paragraaf 4.4.1 aan de orde zijn gekomen van invloed zijn op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen. De data die hiervoor gebruikt worden, is afkomstig van het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland (PCR-NN) en hebben betrekking op het jaar 2006. Het PCR-NN registreert de persoonsgegevens van alle gebruikers van geestelijke gezondheidszorg in Noord-Nederland. Dit gaat om circa 1,7 miljoen personen in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Het is een anonieme database op individueel patiëntniveau. De gegevens van deze patiënten zijn verkregen uit de administratieve systemen van de verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen in de drie provincies (RGOc, 2007).

Echter niet alle determinanten die in de vorige paragraaf genoemd zijn, zijn geregistreerd. Gegevens over het opleidingsniveau, de huishoudensamenstelling, de hoogte van het inkomen, religie, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid van patiënten zijn niet geregistreerd. Deze data kunnen daarom niet meegenomen worden in de onderstaande analyse.

Data die wel beschikbaar zijn, zoals geboortjaar, geslacht, geboorteland van de patiënt en die van zijn ouders, burgerlijke staat en postcode, zullen wel in de voorspelling meegenomen worden. Op basis van het geboortjaar kan de leeftijd van de patiënt bepaald worden en met het geboorteland van de patiënt en die van zijn ouders de etnische herkomst. Met behulp van de postcode is de woongemeente van de patiënten bepaald en op basis daarvan de mate van stedelijkheid van hun woonomgeving. Dit is in bijlage 1 opgenomen. Hoewel de variabele burgerlijke staat niet in paragraaf 2.4.1 genoemd is zal in de onderstaande analyse toch gekeken worden of deze variabele al dan niet significant van invloed is.

Omdat deze data alleen beschikbaar zijn van geestelijke gezondheidszorggebruikers en niet van de niet-geestelijke gezondheidszorggebruikers, kan geen uitspraak gedaan worden over de mate waarin de variabelen bijdragen aan de zorgvraag. Er kan alleen een uitspraak gedaan worden over het al dan niet significant zijn van de variabelen. Op basis van de frequenties van de variabelen van de GGZ-gebruikers en statistieken van het CBS kunnen deze zelfde frequenties ook voor de niet-gebruikers achterhaald worden. Door de data met elkaar te combineren kan de verwachte waarde per categorie van de variabele bepaald worden. Met behulp van de Chi-kwadraattoets zal gekeken worden of de bijdrage van de variabelen significant is of niet. In bijlage 2 zijn de bijbehorende tabellen en berekeningen weergegeven.

### *Geslacht*

Berekening van de Chi-kwadraat voor de variabele geslacht levert 253,37 op. Omdat de grenswaarde die bij deze variabele hoort 3,841 is, is het bijbehorende significantieniveau 0,000. Geslacht is dus significant van invloed op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Af te leiden valt dat het waargenomen aantal vrouwen dat gebruik maakt van geestelijke gezondheidszorg groter is dan het verwachte aantal vrouwen. Voor mannen is dit beeld het tegenovergestelde. Gesteld kan worden dat in de provincie Groningen vrouwen meer gebruik maken van GGZ dan mannen. Dit komt overeen met het nationale en internationale beeld van deze variabele dat in paragraaf 2.4.1 geschetst is.

### *Leeftijd*

De variabele leeftijd is ingedeeld in vier categorieën, te weten:

- Jonger dan 20 jaar.
- 20 tot 40 jaar.
- 40 tot 65 jaar.
- 65 jaar en ouder.

De Chi-kwadraat berekend op basis van deze data is 935,65. Dit ligt ver boven de grenswaarde van 7,815. Het bijbehorende significantieniveau is dan ook 0,000, wat inhoudt dat leeftijd significant van invloed is op de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Af te leiden is dat de leeftijdscategorieën 20 tot 40 jaar en 40 tot 65 jaar een verhoogd zorggebruik hebben ten opzichte van de andere twee categorieën. Deze resultaten komen overeen met het landelijke gegeven dat in de leeftijdscategorie 25 tot 64 jaar een verhoogde kans op het gebruik van GGZ intreedt (Van 't Land, 2008).

### *Etnische herkomst*

De etnische herkomst is achterhaald door te kijken naar het geboorteland van de patiënt zelf en die van zijn ouders. Op basis daarvan is bepaald of de patiënt van autochtone of allochtone herkomst is. Er is echter sprake van een groot aantal missing values; van slechts 42 procent van patiënten is de etnische herkomst bekend. Waarom van de overige 58 procent de herkomst onbekend is, is onduidelijk. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een autochtone herkomst als weinig interessant wordt gezien en daarom niet geregistreerd wordt, of dat sommige instellingen dit gegeven gewoonweg niet in hun registratie opnemen.

Ondanks het grote aantal missing values is toch de Chi-kwadraat voor deze variabele berekend. Conclusies op basis hiervan moeten dus onder groot voorbehoud getrokken worden, want de kans op vertekening is erg groot. Berekening van de Chi-kwadraat levert 162,45 op. Dit cijfer is aanmerkelijk groter dan de grenswaarde 3,841. Dit duidt op

een verband tussen de etnische herkomst van een persoon en de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Dit is echter alleen het geval indien er geen grote vertekening heeft plaatsgevonden.

Ervan uitgaande dat het gevonden resultaat klopt, doet zich een verschil voor met de nationale cijfers voor deze variabele. Deze geven namelijk aan dat er geen verschil is in zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen, ondanks het feit dat allochtonen vaker te kampen hebben met psychische problemen.

### *Burgerlijke staat*

De variabele 'burgerlijke staat' wordt in de nationale en internationale literatuur niet expliciet gekenmerkt als verklarende variabele voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. De variabele huishoudensamenstelling wel, maar gezien het feit dat dit gegeven niet geregistreerd is, is ervoor gekozen om de burgerlijke staat mee te nemen in het onderzoek. Er moet hier echter wel een kanttekening bij geplaatst worden: de burgerlijke staat zegt tegenwoordig steeds minder, omdat steeds meer paren ongehuwd samenwonen. Ongehuwd betekent dus per definitie niet meer alleenstaand.

Tevens is bij deze variabele, evenals bij de variabele etnische herkomst, sprake van missing values; van ongeveer zestien procent van de patiënten is de burgerlijke staat niet bekend. Ondanks dat dit aantal missing values minder groot is als bij de variabele etnische herkomst, moeten conclusies toch onder enig voorbehoud getrokken worden.

De Chi-kwadraat die voor deze variabele is berekend bedraagt 166,28. Dit resultaat overschrijdt de grenswaarde van 7,815 ruim, wat inhoudt dat de variabele burgerlijke staat eveneens van invloed is op de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Af te leiden valt dat ongehuwde en gescheiden personen vaker dan evenredig gebruik maken van GGZ dan gehuwden en weduwes/weduwnaars.

### *Mate van stedelijkheid*

De mate van stedelijkheid wordt bepaald door de omgevingsadressendichtheid die het Centraal Bureau voor de Statistiek (2009) aan een buurt, wijk of gemeente heeft toegekend. Deze stedelijkheidsklassen zijn: niet stedelijk, weinig stedelijk, matig stedelijk, sterk stedelijk en zeer sterk stedelijk. De stedelijkheidsklassen die aan de gemeenten in de provincie Groningen zijn toegekend zijn bepaald op basis van de meest voorkomende stedelijkheidsklasse in die betreffende gemeente. Zo heeft bijvoorbeeld de gemeente Scheemda de stedelijkheidsklasse 'niet stedelijk' gekregen, omdat het overgrote deel van de bevolking in een 'niet stedelijk' gebied woont (74 procent 'niet stedelijk' en 26 procent 'weinig stedelijk'). Als gevolg van deze generalisatie heeft er echter zeer waarschijnlijk een vertekening plaats plaatsgevonden, want geen van de GGZ-gebruikers woont in sterk stedelijk gebied. Gezien het feit dat dit niet erg

aannemelijk is, kunnen op basis van deze cijfers geen goede conclusies getrokken worden. Om een beter beeld te schetsen moet de stedelijkheidsklasse op postcodeniveau achterhaald worden. Dit is echter niet mogelijk.

Wel is het mogelijk om te kijken of er verschillen in zorggebruik zijn tussen de gemeenten in de provincie Groningen. De Chi-kwadraat die op basis hiervan berekend is, bedraagt 1.648,88. Dit is aanzienlijk hoger dan de grenswaarde 36,415. Er is dus een significant verschil in zorggebruik in de verschillende gemeenten. In de gemeenten Appingedam, Bellingwedde, Delfzijl, Eemsmond, Menterwolde, Pekela, Reiderland, Scheemda, Stadskanaal, Veendam, Vlagtwedde en Winschoten (zie kaart 3.4) wordt meer gebruik gemaakt van GGZ dan mocht worden verwacht. Opvallend is dat al deze gemeenten in Noord- en Oost-Groningen liggen. Deze gebieden staan bekend als achterblijvende regio's, gekenmerkt door achterblijvende economische prestaties (Van der Velden, 2003), hoge werkloosheid (zie ook kaart 4.3 in paragraaf 4.1.7) en een laag gemiddeld opleidingsniveau. Het lijkt dus dat de kans op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in achtergebleven regio's/regio's met een verminderde welvaart hoger is dan in regio's die geen achterstandspositie hebben.



Kaart 4.4: Gemeenten met een hoog GGZ-gebruik.  
(Bron: (bewerking van) Provincie Groningen, 2009).

Concluderend kan gesteld worden dat alle bovenstaande variabelen (een aantal onder voorbehoud) significant van invloed zijn op het zorggebruik in de provincie Groningen. Daar waar het mogelijk is om een vergelijking te treffen met nationale cijfers, blijkt dat

alleen etnische herkomst een andere uitkomst geeft. Dit kan echter het ook gevolg zijn van het grote aantal missing values. De overige variabelen wijzen in dezelfde richting als de uitkomsten van nationale onderzoeken.

Door het ontbreken van een groot aantal gegevens is het niet mogelijk een volledig beeld te schetsen van de variabelen die significant bijdragen aan de zorgvraag. Door in de toekomst een groter aantal patiëntkenmerken te registreren kan een zorgvuldiger beeld gevormd worden van de variabelen die van invloed zijn op de zorgvraag.

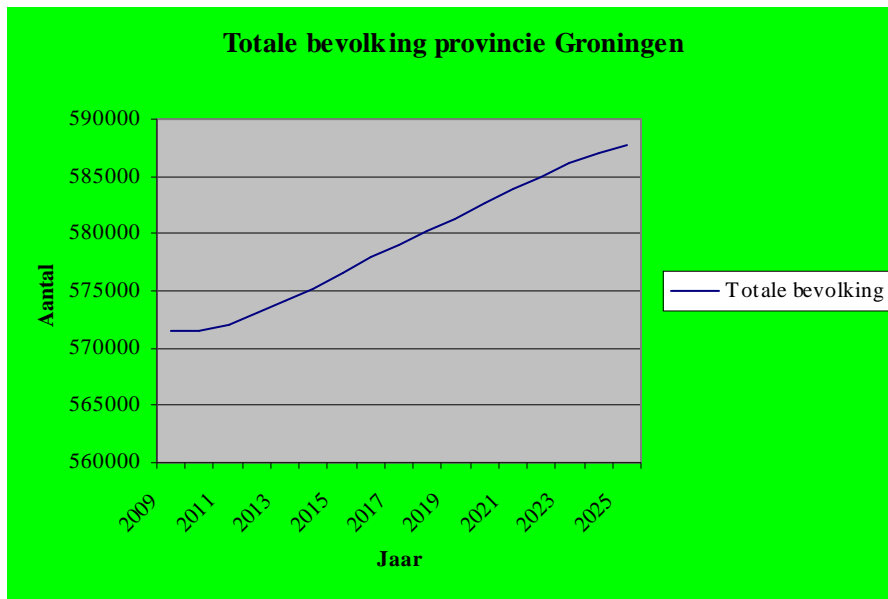
Door eveneens een grootschalig onderzoek te houden onder de inwoners van de provincie Groningen kan een soortgelijke dataset van niet-patiënten gecreëerd worden. Als deze dataset beschikbaar is, zal het mogelijk worden om te kijken of andere dan bovenstaande persoonskenmerken van patiënten ook significant verschillen van die van niet-patiënten. Tevens kan dan een uitspraak gedaan worden over de mate waarin deze variabelen bijdragen aan de zorgvraag en kan gepoogd worden een voorspellingsmethode op te zetten.

Het opstellen van een dataset van niet-patiënten is echter een dusdanig tijdrovende zaak dat het niet mogelijk is om het in het tijdsbestek van dit onderzoek uit te voeren.

#### ***4.3 Voorspelling van de zorgvraag***

Met behulp van de variabelen die in de vorige paragraaf behandeld zijn, zal gepoogd worden een voorspelling te doen over de ontwikkelingen die zich in de zorgvraag zullen voordoen. Verondersteld wordt dat de percentages die in de vorige paragraaf berekend zijn stabiel blijven in de periode tot 2025.

Grafiek 3.7 laat allereerst de algemene bevolkingsprognose voor de provincie Groningen tot 2025 zien. Te zien is dat na 2010 een sterke bevolkingsgroei zal optreden die zeker tot 2025 zal doorzetten. De totale bevolking zal stijgen tot ongeveer 587.700. Dit is een stijging van 13.220 personen in zestien jaar tijd.

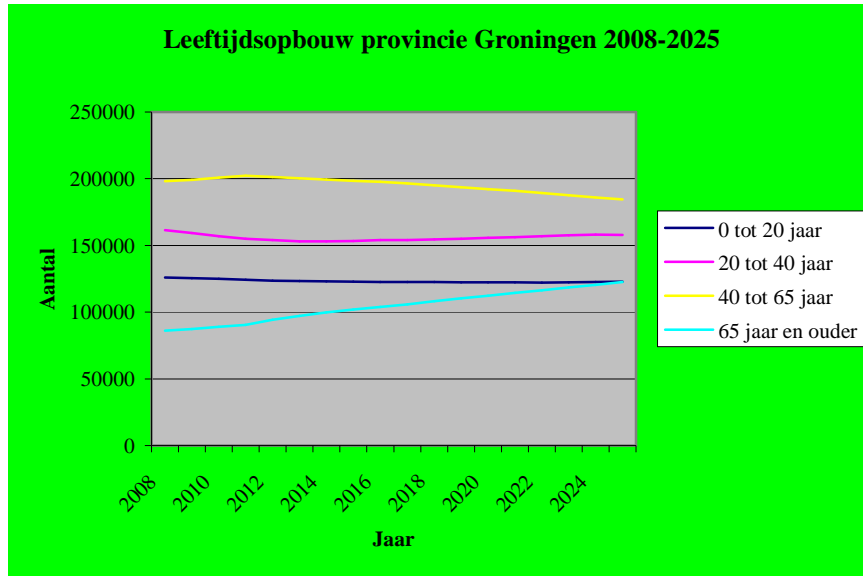


Grafiek 4.7: Bevolkingsprognose provincie Groningen. (Bron: CBS, 2009).

Als aangenomen wordt dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg onder de bevolking op hetzelfde niveau blijft als in 2006, namelijk 5,2 procent van alle inwoners, dan zal het aantal GGZ-gebruikers stijgen van 29.615 in 2006 tot 30.560 in 2025. Dit is een stijging van bijna 1.000 personen.

Hoewel het geslacht van een persoon significant van invloed is op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg heeft deze variabele geen invloed op ontwikkelingen in de vraag naar GGZ. Uit cijfers van het CBS blijkt dat geslacht een stabiel gegeven is waar in de toekomst hoogstwaarschijnlijk geen veranderingen in optreden. Het aantal vrouwen in de samenleving is altijd een fractie hoger dan het aantal mannen, omdat vrouwen gemiddeld genomen ouder worden dan mannen. Dit zal op de middellange termijn ook zo blijven.

De verdeling van de leeftijden van de bevolking heeft echter wel invloed op de vraag naar GGZ. De groep 65-plussers in de provincie Groningen zal in verband met de vergrijzing de komende jaren sterk gaan stijgen. Daarentegen zal het aantal 40- tot 65-jarigen na 2011 een sterke daling vertonen. Verwacht mag worden dat er om die reden voornamelijk meer vraag naar GGZ voor ouderen zal komen. Tevens zal dit tot een daling van de zorgvraag in de categorie 40- tot 65-jarigen leiden. De andere twee leeftijdscategorieën (jonger dan 20 jaar en 20 tot 40 jaar) vertonen slechts een lichte daling. Grafiek 4.8 geeft deze ontwikkelingen weer.



Grafiek 4.8: Prognose leeftijdsopbouw provincie Groningen 2008-2025.  
(Bron: CBS, 2009)

Er vanuit gaande dat de etnische herkomst daadwerkelijk significant van invloed is op het zorggebruik, zal de bevolkingsgroei onderscheiden moeten worden in de groei van het aantal autochtonen en de groei van het aantal allochtonen. Bekend was dat in de periode tot 2025 de bevolking met ongeveer 16.250 personen zou groeien. Hiervan zijn 1.070 autochtoon en 15.180 allochtoon. De groei vindt dus voornamelijk plaats in de allochtone bevolkingsgroep. De groei in zorgvraag zal dan ook vooral onder deze groep gaan stijgen.

Uit paragraaf 3.2 is gebleken dat ongehuwde en gescheiden personen vaker een beroep op geestelijke gezondheidszorg doen dan verwacht. Prognoses over de burgerlijke staat zijn echter niet voorhanden. Wel zijn er prognoses over de huishoudensamenstelling waaruit blijkt dat het aantal alleenstaanden en eenouderhuishoudens in de periode tot 2025 zeer sterk zal gaan stijgen. Logischerwijs groeit dan ook het aantal ongehuwde en gescheiden personen.

Omdat er zeer waarschijnlijk een vertekening heeft plaatsgevonden in de variabele 'mate van stedelijkheid' zal deze variabele buiten beschouwing gelaten worden. Voorzichtige prognoses over het verschil in zorggebruik tussen de gemeenten in Groningen kunnen wel gedaan worden. Uit de voorgaande paragraaf is gebleken dat in Noord- en Oost-Groningen meer dan evenredig gebruik gemaakt wordt van geestelijke gezondheidszorg. Deze gebieden worden echter gekenmerkt door een grote bevolkingskrimp. Voorspellingen wijzen erop dat tot 2020 per saldo zo'n 800 huishoudens wegtrekken uit het gebied (RTV Noord, 2009). Door de ontvolking van het gebied lijkt het waarschijnlijk



dat de zorgvraag in dit gebied ook zal dalen. Hoewel dit een logisch gevolg lijkt, bestaat de kans dat juist de personen die behoefte hebben aan GGZ in dit gebied achterblijven.

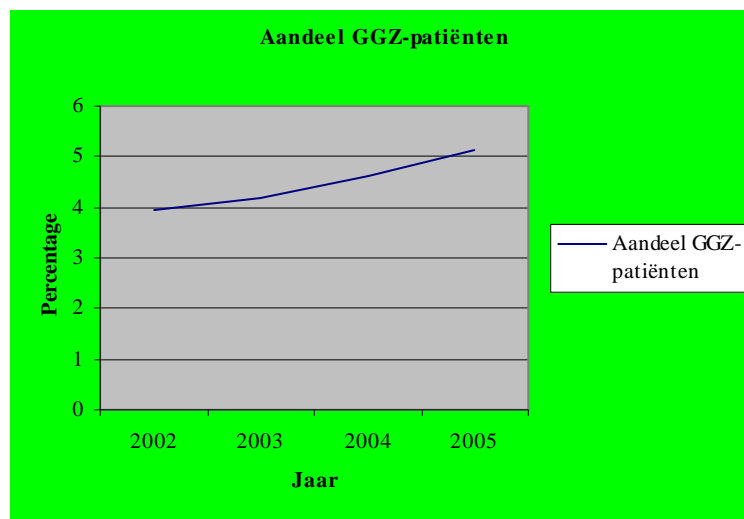
Op basis van bovenstaande prognoses kan geconcludeerd worden dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg zal groeien in de komende vijftien jaar. Deze groei zal voornamelijk plaatsvinden onder ouderen, allochtonen, ongehuwde personen en gescheiden personen. Een minimale groei die verwacht mag worden in de periode tot 2025 is een groei van 1.000 personen. Gezien het feit dat het aandeel patiënten in de bevolking de afgelopen jaren sterk is gestegen, van 3,9 procent in 2002 tot 5,12 procent in 2005, is het te verwachten dat er sprake zal zijn van een nog grotere groei van het aantal patiënten. Om een betere inschatting te kunnen maken van de groei, zullen in het volgende hoofdstuk een aantal scenario's behandeld worden, waaronder een uitlaat over een hoger aandeel zorggebruikers.

## Hoofdstuk 5 Scenario's

In dit hoofdstuk zullen een drietal scenario's geschetst worden voor de mogelijke ontwikkeling van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Uitgangspunt van deze scenario's is de kwantitatieve bevolkingsontwikkeling van de provincie Groningen. Vervolgens zijn op basis van een aantal aannames doorberekeningen gemaakt. Met deze doorberekeningen zijn voorspellingen gemaakt over de extra ruimtebehoefte die zal ontstaan. Door de scenario's voor te leggen aan een aantal deskundigen op het gebied van de GGZ is achterhaald wat hun opinie hierover is.

### 5.1 Sterke groei

De periode 2002 tot 2005 werd gekenmerkt door een sterke stijging in de vraag naar geestelijk gezondheidszorg. In 2002 bedroeg de totale zorgvraag in de provincie Groningen 3,93 procent van de bevolking, wat neerkomt op 22.465 personen. In 2005 was dit aantal gestegen naar 29.432 personen, wat neerkomt op 5,12 procent van de bevolking. Dit is een stijging van ruim 30 procent in een periode van drie jaar. Grafiek 5.1 bevat een visuele weergave van deze groei.



Grafiek 5.1: Percentage van de bevolking dat GGZ gebruikt.  
(Bron: Pijl, 2007).

Giesbers (2000) heeft voor het RIVM een schatting gemaakt de prevalentie van psychische stoornissen onder volwassenen in 2000. Hieruit kwam naar voren dat landelijk genomen één op de vier volwassenen een of meer psychische stoornissen heeft. Het aantal personen met een psychische stoornis is dus aanmerkelijk groter dan het

aantal dat om hulp vraagt. Een sterke stijging in de zorgvraag lijkt dus een aannemelijk scenario.

Stel dat de sterke groei die in de periode 2000-2005 heeft plaatsgevonden (ongeveer 7,5 procent per jaar) door zal zetten in de periode tot 2025, hoe zal de zorgvraag er dan de komende jaren uit komen te zien?

De onderstaande tabel schetst het beeld van de ontwikkeling van de zorgvraag indien dit scenario het meest aannemelijk blijkt te zijn.

Jaar	Totale bevolking	Percentage zorgvragers	Aantal zorgvragers
2010	571.527	7,35	42.007
2015	576.598	10,55	60.831
2020	582.753	15,15	88.287
2025	587.706	21,75	127.826

*Tabel 5.1: Ontwikkeling van de zorgvraag bij een sterke groei*

Te zien is dat een zeer sterke groei in het aantal zorgvragers te verwachten is. Internationaal onderzoek van onder andere Lehtinen e.a. (2007) en Garrison (2008) wijst uit dat de daadwerkelijke behoefte aan geestelijke gezondheidszorg vele malen groter is dan de vraag aangeeft. Forsell (2006) stelt zelfs dat slechts twintig tot dertig procent van de personen met een geestesstoornis de hulp krijgt die hij of zij nodig heeft. Diverse landen in Europa, waaronder Groot Brittannië en Zweden, voeren al campagne om het negatieve imago van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en zo de zorg toegankelijker te maken, zodat de personen die behoefte aan zorg hebben hier ook om durven te vragen. Hoewel de meeste van deze campagnes pas recentelijk zijn opgezet, blijkt uit Brits onderzoek dat het aantal jongeren dat om hulp vraagt al sterk is toegenomen (CAHMS, 2008). In hoeverre de promotie van geestelijke gezondheidszorg in Zweden aanslaat is niet bekend. In Zweden vinden dergelijke campagnes namelijk niet op nationaal niveau plaats, maar op initiatief van lokale overheden. Hierdoor is het effect van de campagnes niet goed meetbaar (Jané-Lopis en Anderson, 2006). Om het wereldwijde probleem aan te pakken, staat de '2009 World Mental Health Day', georganiseerd door de World Health Organization (WHO), ook in het teken van het promoten van geestelijke gezondheid (Garrison, 2008).

In dit licht lijkt het waarschijnlijk dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg nog sterk kan gaan stijgen. Als dergelijke campagnes in Nederland, en dus ook in de provincie Groningen, geïntroduceerd worden en ook blijken aan te slaan, kan de forse groei verwacht worden. De vraag blijft echter in hoeverre het aannemelijk is om te verwachten dat in 2025 ruim een op de vijf inwoners van de provincie Groningen behoefte heeft aan geestelijke gezondheidszorg en die ook zal uiten.

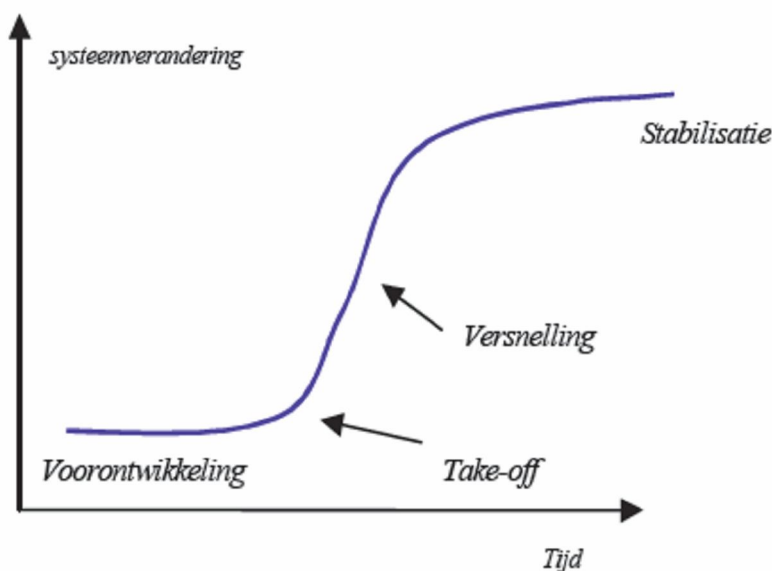
## 5.2 Gematigde groei

In het vorige scenario is uitgegaan van een constant groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Er zal echter ergens een plafond bereikt worden, want de groei kan niet eeuwig doorgaan. Onderzoek van Lethinen e.a. (2007) wijst uit dat wereldwijd gemiddeld tien procent van de bevolking zich ervan bewust is een psychisch probleem te hebben en hiervoor hulp zal moeten inschakelen. Als wordt aangenomen dat dit percentage ook voor de provincie Groningen geldt en dat in 2015 al deze personen ook daadwerkelijk om hulp zullen vragen, hoe zal de zorgvraag zich dan ontwikkelen? Tabel 5.2 laat deze ontwikkelingen zien.

Jaar	Totale bevolking	Percentage zorgvragers	Aantal zorgvragers
2010	571.527	7,5	42.865
2015	576.598	10,0	57.659
2020	582.753	10,0	58.275
2025	587.706	10,0	58.771

Tabel 5.2: Ontwikkeling van de zorgvraag bij een gematigde groei

Te zien is dat de zorgvraag veel minder sterk zal groeien dan in het eerste scenario. Toch zal de vraag nog met 15.900 personen stijgen tussen 2010 en 2025. In dit scenario heeft de zorgvraag zich ontwikkeld in een zogenaamde S-curve (zie figuur 5.1 voor een voorbeeld van een S-curve).



Figuur 5.1: Voorbeeld van een S-curve.

Bron: Dutch Research Institute for Transitions (DRIFT), 2005.

### *De S-curve*

In het begin van de twintigste eeuw was de zorgvraag laag. De zorg werd verleend in gesloten inrichtingen en algemeen psychiatrische ziekenhuizen, van waaruit weinig contact met de buitenwereld mogelijk was. In de jaren vijftig kwam hierin een omslag. Tot halverwege de jaren negentig is het aantal bedden in dit soort instellingen sterk gedaald. Hiervoor in de plaats kwamen modernere behandelingsvormen zoals klinische behandelingen en dagopnames. De patiënt bleef hierdoor in contact met de buitenwereld (Novella, 2008). Deze veranderingen en veranderende omstandigheden in de samenleving hebben ertoe geleid dat het aanbod van zorg sterk is toegenomen. Mede als gevolg hiervan is de vraag naar GGZ sterk toegenomen en zijn er lange wachtlijsten ontstaan. Door de lichte stijging die nog in de vraag te verwachten valt, gevolgd door een constant blijvende vraag lijkt het verloop van de behoefte conform de S-curve binnen een aantal jaren aannemelijk.

### **5.3 Selectieve groei**

Het is ook mogelijk dat er slechts groei ontstaat onder bepaalde bevolkingsgroepen. Dit kan onder ander het gevolg zijn van demografische veranderingen in de samenleving of verbeterde behandelmethoden voor bepaalde groepen patiënten. In dit scenario wordt er vanuit gegaan dat er slechts groei optreedt onder de categorie jongeren (tot 20 jaar) en de categorie ouderen (65-plussers).

#### *Jongeren*

De landelijk gesignaleerde trend is dat steeds meer jongeren een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg. Volgens Noz (2007), psycholoog bij GGNet, is dit te verklaren door de toegenomen kennis over psychische problemen onder jongeren. 'Tegenwoordig zoekt men de oorzaak van moeilijk gedrag in een ziekte, vroeger was een kind gewoon dwars'. Stoornissen als ADHD en autisme zijn hier een goed voorbeeld van. Gebleken is dat het aantal kinderen met deze stoornissen niet toeneemt, maar door de toegenomen kennis wordt het vaker herkend en dus behandeld. GGZ Nederland (2009) heeft deze trend ook gesignaleerd en bereidt momenteel een onderzoek voor naar de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag onder de jongeren. Uitkomsten van dit onderzoek zullen meer duidelijkheid brengen over de daadwerkelijke groei die gerealiseerd zal worden.

Gezien het feit dat er steeds meer kennis komt over psychische stoornissen onder kinderen en adolescenten lijkt het zeer aannemelijk dat er steeds meer stoornissen worden herkend en de vraag naar GGZ onder deze groep zal stijgen.

De belangstelling voor psychische gezondheid onder jongeren is niet alleen in Nederland groot, ook internationaal gezien (o.a. Duitsland, Groot Brittannië, Zweden, Verenigde Staten) is het een belangrijk thema.

### *Ouderen*

Hoewel ouderen niet vaker te kampen hebben met psychische problemen dan jongeren (Smits, 2002), zal door de komende vergrijzing de vraag naar zorg vanuit deze groep toch sterk gaan stijgen. Tevens worden de ouderen van nu steeds ouder, waardoor gedurende een langere periode zorg gevraagd wordt (Knapp, 2007). Ook ontstaat er, evenals bij de jongeren, meer vraag doordat de hulpverleners steeds deskundiger worden (Smits, 2002).

De sterke stijging van het aantal personen met dementie is een van de redenen waardoor de zorgvraag sterk zal gaan stijgen. Dit is namelijk een ziekte die voornamelijk voorkomt onder ouderen (Berr e.a., 2005). Schattingen van het RIVM (2007) wijzen op een groei van 46 procent van het aantal personen met dementie tot 2025.

Omdat ouderen tegenwoordig steeds zelfbewuster worden, zullen zij ook voor andere psychische problemen sneller hulp inschakelen. Hoe de vraag zich zal gaan ontwikkelen is onduidelijk, maar dat er een groei optreedt staat vast. Berkel (2009), manager algemene zaken afdeling Dignis van Lentis, heeft waargenomen dat er onder de groep ouderen op dit moment al daadwerkelijk een groeiende vraag optreedt. Naar haar mening lijkt dit scenario dan ook zeer aannemelijk.

Omdat het niet duidelijk is hoe de zorgvraag in deze twee groepen zich zal gaan ontwikkelen, is het niet mogelijk om een voorspelling te doen over de ruimtebehoefte. Onderzoeken gericht op de vraagontwikkeling onder deze bevolkingsgroepen kunnen hiervoor uitkomst bieden. Dit scenario zal in de volgende paragraaf buiten beschouwing gelaten worden.

### **5.4 Voorspelling van de ruimtebehoefte**

In het verleden gestarte ontwikkelingen, zoals de daling van het aantal psychiatrische bedden en het sluiten of verkleinen van psychiatrische ziekenhuizen, lijken zich in de toekomst voort te zetten (Arvidsson, 2004). Een toename van het aantal patiënten in de ambulante zorg is een gevolg hiervan. Steeds meer zal geprobeerd worden om patiënten te integreren/geïntegreerd te houden met de normale samenleving. Een van de manieren waarop dit gebeurt is door de patiënt in zijn eigen woonomgeving te behandelen. Hierdoor wordt de patiënt niet uit zijn huishouden gehaald en blijft hij/zij bij de

dagelijkse activiteiten betrokken (Chan en Van Weel, 2008). Een andere manier waarmee de patiënt in de normale samenleving geïntegreerd blijft, is door kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk te plaatsen.

Deze ontwikkelingen hebben invloed op de ruimtebehoefte van GGZ-instellingen en zullen dus meegenomen worden in de onderstaande voorspellingen.

Uit cijfers van het Rob Giel Onderzoekscentrum (2007) blijkt dat op dit moment ongeveer negentig procent van alle geestelijke gezondheidszorg ambulante zorg is. Gezien de bovenstaande ontwikkelingen zal dit percentage in de toekomst nog verder stijgen. Voordeel van deze zorgvorm is dat het in kantoorachtige panden verleend kan worden.

Er is per patiënt zeer weinig vloeroppervlak nodig, omdat de zorgverlener de patiënten in zijn eigen kantoorruimte ontvangt en behandelt. Per fulltime-equivalent (fte) is een bruto vloeroppervlak van 20,8 vierkante meter vereist (College Bouw Zorginstellingen, 2008). Elke fte heeft per jaar ongeveer 1.000 ambulante contacten. Het gemiddelde aantal contacten dat een patiënt in de provincie Groningen heeft is tien (RGOc, 2007). Dit komt er op neer dat elke fte ongeveer 100 patiënten behandelt. Berekend kan worden dat per patiënt een bruto vloeroppervlak van 0,208 vierkante meter benodigd is. Een stijging in de vraag naar ambulante GGZ zal leiden tot een grotere ruimtebehoefte. Omdat deze zorg verleend kan worden in courante panden kan nieuwe ruimte vrij snel gerealiseerd worden.

In tegenstelling tot de ambulante zorg, zijn de panden voor de zorgvragers die opgenomen moeten worden vaak veel minder courant. Hierdoor kan minder snel ruimte voor deze vorm van zorg gerealiseerd kan worden. Vaak moeten panden voor eigen rekening en risico ontwikkeld worden. Het ruimtegebruik voor deze zorgvormen is ook vele malen groter. Op basis van recente nieuwbouwprojecten die voldoen aan de normen van het College Bouw Zorginstellingen is berekend dat voor dergelijke panden ongeveer tachtig vierkante meter vloeroppervlak per patiënt gewenst is (Lentis, 2009).

Door de trend van integratie in de samenleving zal echter een deel van deze patiënten in de toekomst in kleinschalige woonvormen in de wijk behandeld worden. Deze trend wordt tevens vanuit de overheid gestimuleerd. Zo heeft staatssecretaris Bussemaker er begin 2009 tachtig miljoen euro voor uitgetrokken om kleinschalige woonvormen voor dementerenden in de wijk op te zetten (Zorgvisie, 2009). Soortgelijke woonvormen zijn ook mogelijk voor andere groepen GGZ-patiënten. Bijkomend voordeel van deze trend is dat het grotendeels plaats kan vinden in bestaande, courante panden (woningen) die sneller en gemakkelijker aan te trekken en/of af te stoten zijn. Richtlijn voor de oppervlakte van deze kleinschalige woonvormen is vijftig vierkante meter gemeenschappelijk vloeroppervlak plus twintig vierkante meter privé vloeroppervlak per patiënt (College Bouw Zorginstellingen, 2007).

Hoewel kleinschalige woonprojecten sterk gestimuleerd worden, zullen ze nooit helemaal de bestaande grootschalige woonvormen vervangen. Een deel van de patiënten is namelijk niet in staat om in de normale samenleving te functioneren, of zal een gevaar vormen voor anderen (forensische patiënten).

Hoe de verhoudingen tussen ambulante zorg en zorg waarbij opname genoodzaakt is zich precies zullen gaan ontwikkelen is niet bekend. Als we aannemen dat het aandeel ambulante zorg stijgt naar vijftien procent en de behandelvormen waarbij opname genoodzaakt is vijf procent voor hun rekening nemen (waarvan de helft voor kleinschalige woonvormen) kan een inschatting gemaakt worden hoe de ruimtebehoefte zich bij de eerste twee scenario's zal ontwikkelen. De groepsgrootte die gehanteerd wordt voor de kleinschalige woonvormen is zes personen. Het College Bouw Zorginstellingen (2007) noemt dit de optimale groepsgrootte omdat dit aantal in psychologisch opzicht te overzien is. Berekend kan dan worden dat per woongroep 170 vierkante meter woonoppervlak benodigd is (zes keer twintig vierkante meter plus een keer vijftig vierkante meter).

#### *Sterke groei*

In het scenario van een zeer sterke groei in de vraag naar GGZ zal het aantal zorgvragers tussen 2010 en 2025 stijgen met ongeveer 85.800 personen. In de onderstaande tabel is de verdeling van deze personen naar zorgvorm weergegeven en de extra ruimtebehoefte die hier mee samenhangt. De totale extra ruimtebehoefte die in dit scenario ontstaat, is ruim 250.000 vierkante meter.

	Aantal personen	Ruimtebehoefte in m <sup>2</sup>
Ambulante zorg	81.500	16.952
Grootschalige woonvorm	2.150	172.000
Kleinschalige woonvorm	2.150	61.200
Totaal	85.800	250.152

*Tabel 5.3: Ontwikkeling ruimtebehoefte bij een sterke groei.*

#### *Gematigde groei*

Bij het scenario van een gematigde groei zal het aantal personen dat tussen 2010 en 2025 zorg vraagt stijgen met 15.900 personen. 15.100 personen hiervan zullen ambulante hulp vragen en 800 personen zullen worden opgenomen. De totale extra behoefte aan ruimte die in dit scenario zal ontstaan zal ongeveer 46.500 vierkante meter bedragen (zie tabel 5.4).



	Aantal personen	Ruimtebehoefte in m <sup>2</sup>
Ambulante zorg	15.100	3.140,8
Grootschalige woonvorm	400	32.000
Kleinschalige woonvorm	400	11.350
Totaal	15.900	46.490,8

*Tabel 5.4 Ontwikkeling ruimtebehoefte bij een gematigde groei.*

GGZ-instelling Lentis is met een marktaandeel van ongeveer 85 procent marktleider in het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen. Haar totale vloeroppervlak bedraagt op dit moment circa 270.000 vierkante meter. Ervan uitgaande dat haar marktaandeel gelijk blijft, zal zij voor het eerste scenario haar vloeroppervlak tot 2025 met ruim tachtig procent moeten uitbreiden (212.600 vierkante meter). Indien uitgegaan wordt van het tweede scenario zal een uitbreiding van ruim 39.500 vierkante meter vereist zijn. Om te achterhalen welk scenario het beste kan worden aangenomen, zijn de verschillende scenario's voorgelegd aan een aantal deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Hun reacties hierop zijn in de volgende paragraaf weergegeven.

### **5.5 Opinie van deskundigen**

De scenario's uit paragraaf 5.1 tot en met 5.3 zijn voorgelegd aan een aantal deskundigen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. De meerderheid van de deskundigen waren het erover eens dat een uitspraak doen over het meest aannemelijke scenario vrijwel niet mogelijk is; er zijn te veel ontwikkelingen die zich kunnen voordoen waardoor er geen duidelijk beeld te schetsen valt van toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag.

Muijsken, beleidsmedewerker van GGZ Nederland, stelt dat de zorgvraag niet alleen te bepalen is op basis van demografische kenmerken. Epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen spelen eveneens een rol. Ontwikkelingen hierin zijn, in tegenstelling tot demografische ontwikkelingen, veel lastiger te voorspellen. Tevens kan de vraag naar geestelijke gezondheidszorg wel toenemen, maar als er geen extra financiële middelen voor de sector beschikbaar komen, zal het aantal behandelingen niet kunnen stijgen en zullen de wachtlijsten toenemen.

Geerts, onderzoeker bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en wetenschappelijk onderzoeker bij GGZ Friesland, gaat dieper in op deze lastig te voorspellen ontwikkelingen. Hij noemt de economische crisis als voorbeeld van een ontwikkeling die niet vooraf voorspeld had kunnen worden. Hij verwacht dat de huidige crisis zeker zal leiden tot een toename van de zorgvraag. Hoe groot deze toename zal

zijn is volgens hem niet in te schatten, omdat het afhankelijk is van de duur van de crisis en het uiteindelijke aantal mensen dat als gevolg hiervan zijn baan en/of woning verliest. Appelo, hoofdonderzoeker bij Lentis, heeft geheel geen associaties bij de scenario's. Hij stelt dat personen hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg omdat ze de controle over hun klachten kwijt zijn en daardoor desintegreren van de samenleving. Hier kunnen volgens hem geen mogelijke scenario's over opgesteld worden.

Schaap, psychiater en oud-bestuurslid van Lentis, waagt zich wel aan een uitspraak. Hij verwacht dat het scenario met de gematigde groei het meest aannemelijk is. Hij verwacht niet dat de vraaggroei slechts onder bepaalde bevolkingsgroepen plaats zal vinden; een toename over de gehele breedte van de bevolking lijkt hem een reëler toekomstbeeld.

Op basis van dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat er geen eenduidig beeld bestaat over welk scenario een aannemelijke voorspelling van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg vormt. Als gevolg hiervan kunnen de verschillende scenario's met betrekking tot de ruimtebehoefte slechts gezien worden als een indicatie voor de verschillende benodigde vloeroppervlaktes die ontstaan bij uiteenlopende groeiscenario's. Zorginstellingen zullen voor het realiseren van nieuw vastgoed dus zelf een keuze moeten maken voor een bepaald scenario en zich hier vervolgens door laten leiden.

## ***Hoofdstuk 6 Toetsing van de betrouwbaarheid en toepasbaarheid***

In dit hoofdstuk zal een uitspraak gedaan worden over de betrouwbaarheid van de bestaande voorspellingsmethoden die in hoofdstuk drie behandeld zijn en de eigen ontwikkelde scenario's die in het vorige hoofdstuk aan de orde zijn gekomen. Vóór de toetsing van de betrouwbaarheid zal eerst besproken worden wat betrouwbaarheid is en hoe dit getoetst kan worden.

### ***6.1 Betrouwbaarheid***

Wat is betrouwbaarheid en hoe meet je betrouwbaarheid? Deze vragen zijn van belang voor het beoordelen van de verschillende vraagvoorspellingsmethoden die in de voorgaande hoofdstukken aan de orde zijn gekomen. In deze paragraaf zal geprobeerd worden om een antwoord op deze vragen te geven.

In de literatuur worden verschillende definities voor het begrip 'betrouwbaarheid' gebruikt. Hutjes en Van Buuren (1992) gebruiken in hun boek de volgende definitie: 'de mate waarin een waarneming stabiel is bij verschillende metingen'. Hartog e.a. (1992) omschrijven het als 'de mate waarin de informatie aansluit op de werkelijkheid'.

Hartog e.a. (1992) onderscheiden tevens een zestal aspecten die van invloed zijn op de betrouwbaarheid, te noemen: juistheid, volledigheid van waarneming en weergave, nauwkeurigheid, neutraliteit, controleerbaarheid en beveiliging. De meeste van deze aspecten behoeven geen verdere toelichting. Echter neutraliteit en beveiliging zullen ter verduidelijking nader toegelicht worden.

Het aspect neutraliteit wijst op de mate van onzijdigheid van de gegevens, dus de mate dat de gegevens van één kant belicht worden en er geen vertekening van de realiteit plaatsvindt. Beveiliging gaat over de mate waarin de data beveiligd zijn voor onbevoegden, storingen en andere externe factoren (Hartog e.a., 1992).

#### ***Betrouwbaarheid van de bron***

De herkomst van data geeft een belangrijke indicatie van de betrouwbaarheid van de gegevens. Verschillende bronnen hebben een verschillende mate van betrouwbaarheid. Bronnen die gegevens zonder commercieel belang verstrekken scoren veel hoger op de betrouwbaarheidsladder dan bronnen met een commercieel belang. Daarnaast spelen de presentatie, de context, de toetsbaarheid van de informatie bij andere bronnen en eerdere ervaringen met de bron een grote rol (Oostenbrink, 2007).

### *Betrouwbaarheid van cijfers*

Cijfers zijn betrouwbaar zolang ze niet beïnvloed zijn en kunnen worden door personen die er belang bij hebben (CBS, 2003). Betrouwbare statistische gegevens laten dan ook een nauwkeurig beeld van de werkelijkheid zien. Het CBS (2003) omschrijft betrouwbare cijfers als 'cijfers die voldoende nauwkeurig zijn en voldoende dicht bij de (onbekende) werkelijke waarde liggen'.

### *Betrouwbaarheid van prognoses*

De betrouwbaarheid van voorspellingen is in de eerste plaats altijd afhankelijk van de mate van betrouwbaarheid van de gegevens die worden gebruikt om prognoses op te stellen. Als een (of meerdere) van de gebruikte determinanten slecht scoort (scoren) op de betrouwbaarheid, dan is dit direct van invloed op de betrouwbaarheid van de uitkomst van een voorspelling. Als een van de determinanten minder betrouwbaar blijkt te zijn, dan kan dit in het achterhoofd gehouden worden bij de verdere berekeningen.

Het toetsen van de betrouwbaarheid van prognoses is pas achteraf mogelijk. Door data uit het verleden te gebruiken als basis voor de voorspellingsmethode kan worden vastgesteld of deze methode betrouwbare uitkomsten geeft. Bedacht moet worden dat er altijd enige ruis in de uitkomsten van voorspellingen optreedt. Sommige gebeurtenissen kunnen niet vooraf voorzien worden en zullen dus zorgen voor onjuiste uitkomsten.

## **6.2 Toetsing van de bestaande voorspellingsmethoden**

In deze paragraaf zullen de voorspellingsmethoden die in hoofdstuk drie besproken zijn getoetst worden op hun betrouwbaarheid. Gekeken zal worden in hoeverre de resultaten van de prognoses overeen kwamen met de daadwerkelijke vraag naar geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen in het jaar 2006.

### *6.2.1 Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor*

De Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor maakt een schatting van het aantal contacten met eerstelijns hulpverleners op het niveau van een wijk, buurt of gemeente. Afstemming op een hoger schaalniveau is niet mogelijk. De data die in dit rekenmodel gebruikt worden zijn afkomstig van databases van het CBS van de jaren 2005 en 2006. De data van het CBS kunnen gekenmerkt worden als zeer betrouwbaar. Het motto van het CBS is 'onbetwiste cijfers voor iedereen' en publiceert dan ook alleen cijfers die voldoende dicht bij de werkelijke waarde liggen en voor iedereen beschikbaar zijn. De data zijn onpartijdig, omdat het CBS zich 'niet laat leiden door inzichten of opvattingen die slechts door bepaalde belangengroepen worden gedeeld' (CBS, 2003).

Hoewel de data die voor deze methode gebruikt worden als betrouwbaar beschouwd mogen worden, is er geen gebruik gemaakt van de meest recente data. Bij de ontwikkeling van de VAAM in 2006 waren de data van 2005 en 2006 het meeste recent. Hoewel er nieuwere data beschikbaar zijn, blijft gewerkt worden met deze (verouderde) data. Hoe recenter de data zijn die gebruikt worden, des te nauwkeuriger kunnen voorspellingen worden gedaan.

De onderstaande berekening laat zien in hoeverre de methode betrouwbaar is gebleken bij de berekening van het aantal huisartsencontacten voor psychische of sociale problemen per jaar.

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

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

Tabel 6.1: Berekening van het aantal huisartsencontacten voor psychische of sociale problemen per jaar (Bron: Zwaanswijk e.a., 2007)

$C_{\text{huisarts}}$	$= 0,0756 * P_T + 0,1019 * X_1 - 0,1621 * X_2 - 0,1169 * X_3 - 0,0818 * X_4 + 0,0768 * X_5$ $+ 0,1041 * X_6 + 0,2788 * X_7 - 0,0448 * X_8 - 0,1521 * X_9 + 0,0604 * X_{10}$ $+ 0,1735 * X_{11} + 0,0676 * P_T * X_{12} + 0,0293 * P_T * X_{13} + 0,0268 * P_T * X_{14}$ $- 0,0211 * P_T * X_{15}$
$C_{\text{huisarts}}$	= het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen per jaar
$P_T$	= het aantal personen in de populatie
$X_1$	= het aantal vrouwen in de populatie
$X_2$	= het aantal 0 tot 5-jarigen in de populatie
$X_3$	= het aantal 5 tot 15-jarigen in de populatie
$X_4$	= het aantal 15 tot 25-jarigen in de populatie
$X_5$	= het aantal 40 tot 65-jarigen in de populatie
$X_6$	= het aantal 65 tot 75-jarigen in de populatie
$X_7$	= het aantal 75-plussers in de populatie
$X_8$	= het aantal eenpersoonshuishoudens in de populatie
$X_9$	= het aantal westerse allochtonen in de populatie
$X_{10}$	= het aantal niet-westerse allochtonen in de populatie
$X_{11}$	= het aantal personen in een huishouden met een laag inkomen in de populatie
$X_{12} - X_{15}$	= dummy's voor de verschillende categorieën van stedelijkheid
$(C_{\text{huisarts}} / P_T) * 1000$	= het jaarlijks aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen per 1000 inwoners

Rekenmodel 6.1: Berekening van het jaarlijks aantal huisartscontacten voor psychische en sociale problemen. (Bron: Zwaanswijk e.a., 2007)

In bijlage 3 zijn de waarden voor X te zien. Gekozen is voor de dummy 'weinig stedelijk', omdat het grootste deel van de bevolking van de provincie Groningen in een weinig stedelijk gebied woont. De overige dummy's ( $X_{13}$ - $X_{15}$ ) zijn daarom op nul gesteld.

Door de formule in te vullen kan worden berekend dat op basis van data van 2006 het aantal huisartscontacten voor psychische of sociale problemen naar verwachting 114.865 zou bedragen. Dit komt neer op 200 huisartscontacten per 1000 inwoners.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft op basis van de Mental Health Inventory 5 geconcludeerd dat in de periode 2004-2007 gemiddeld 10,3 procent van de Groningse bevolking te kampen had met een verminderde psychische gezondheid. Dit komt in 2006 op 59.126 personen neer. Op basis de General Health Questionnaire (GHQ) kon geconcludeerd worden dat ongeveer 90 procent van de personen met een verminderde psychische gezondheid zich binnen een jaar bij een huisarts meldt (Schoemaker en Hoeymans, 2005). Dit komt dus neer op 52.213 personen. Dit percentage is echter een landelijk gegeven. In hoeverre dit overeenkomt met de provincie Groningen is niet bekend, waardoor hier geen conclusies aan verbonden kunnen worden.

Om te bepalen hoeveel contacten een huisarts voor psychische en sociale problemen op jaarbasis heeft, zal dus bekend moeten zijn hoe vaak deze personen met psychische problemen op jaarbasis zich bij een huisarts melden. Aangezien dit gegeven niet bekend is, kan niet gekeken in hoeverre de voorspelling overeen komt met de werkelijkheid.

Het aantal huisartsencontacten is echter geen zinvolle manier om de vraag naar zorg van GGZ-instellingen te bepalen. Het totaal aantal patiënten met psychische problemen die bij een huisarts komen zou een beter gegeven zijn, aangezien dan met behulp van de gemiddelde doorverwijzingsgraad bepaald kan worden hoeveel patiënten doorstromen naar de geestelijke gezondheidszorg. Op deze wijze kan dan een inschatting gemaakt worden van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

Een ander gegeven dat met behulp van de VAAM berekend kan worden is het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op een eerstelijnspsycholoog. In de onderstaande berekeningen zal duidelijk worden in hoeverre de door de VAAM voorspelde vraag overeenkomt met het daadwerkelijke aantal.

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

<sup>a</sup> Schatting is gemaakt door de percentages uit het LINEP-bestand toe te passen op een totaal aantal van 71.500 cliënten in 2005 (LVE, 2005)

<sup>b</sup> Gegevens zijn ontleend aan de Gemeentelijke Basisadministratie van het CBS

<sup>c</sup> Bepaald door de cijfers uit de derde kolom te delen door de cijfers uit de vierde kolom  
ELP = eerstelijnspsycholoog

Tabel 6.2: Berekening van de kans op contact met een eerstelijnspsycholoog voor een persoon met een gegeven leeftijd en geslacht (Bron: Zwaanswijk e.a., 2007)

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

*Rekenmodel 6.2: Berekening aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op eerstelijnspsychologen. (Bron: Zwaanswijk e.a., 2007)*

Het invullen van de formule  $C_{elp}$  geeft als uitkomst 2.661,8102 (zie bijlage 3 voor de waarden van X). Dit houdt in dat volgens de berekeningen van de VAAM in 2006 2.662 personen in de provincie Groningen een beroep doen op een eerstelijns psycholoog. Dit komt neer op 4,64 persoon per 1.000 inwoners.

Hoeveel dit aantal in werkelijkheid bedroeg is nergens geregistreerd. Wel kan een grove schatting gemaakt worden op basis van gegevens van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Deze organisatie heeft voor een zestal praktijken in Noord-Nederland (vijf in Groningen, één in Drenthe) het aantal doorverwijzingen naar een eerstelijns psycholoog geregistreerd. De totale populatie van deze praktijken was 29.149, het aantal doorverwijzingen bedroeg 161 (Van der Veen en Groenhof, 2007). Dit komt neer op 5,52 persoon per 1.000 patiënten, wat wijst op een verschil van bijna twintig procent in vergelijking met de uitkomst van de VAAM. Dit komt neer op een verschil van bijna 1 per 1.000 inwoners, er van uitgaande dat alle inwoners van de provincie Groningen geregistreerd staan bij een huisartspraktijk. Er kan echter nog niet geconcludeerd worden dat de VAAM een goede voorspeller is voor de vraag naar zorg door eerstelijns psychologen. Het is namelijk niet duidelijk of de huisartsenpraktijken waarvan het RNG de gegevens geregistreerd heeft representatief zijn voor de provincie Groningen.

Hoewel het niet mogelijk is om exact te controleren of de berekening van de VAAM voor het aantal cliënten dat jaarlijks een beroep doet op een eerstelijnspsycholoog overeen



komt met het daadwerkelijke aantal cliënten dat een eerstelijnspsycholoog bezocht heeft, lijken de resultaten toch in de goede richting te wijzen.

De VAAM-methode is een methode die eenvoudig toepasbaar is. Door kerncijfers te verzamelen via Statline kunnen eenvoudig de formules ingevuld worden die de aantallen berekenen. De methode lijkt een redelijk betrouwbare manier om de vraag naar zorg door eerstelijnspsychologen te voorspellen. Over de betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal huisartsencontacten voor psychische of sociale problemen kan echter geen uitspraak gedaan worden, omdat de juiste data hiervoor ontbreken. Deze voorspelling is bovendien niet erg zinvol als de vraag naar tweedelijns geestelijke gezondheidszorg bepaald moet worden; deze wordt namelijk geheel buiten beschouwing gelaten. Ook worden ontwikkelingen in de samenleving niet meegenomen. De basisgegevens die gebruikt worden zijn van 2005 en 2006. Veranderingen die optreden in de samenleving worden dus niet meegenomen, omdat gebruik wordt gemaakt van verouderde statistieken.

#### *6.2.2 Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index*

Zoals in paragraaf 2.3.4 is genoemd, bepaalt deze methode de prijs- en volumeontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Door de trend van de volumeontwikkelingen van voorgaande jaren te extrapoleren kan een voorspelling gedaan worden over de toekomstige volumebehoefte van de geestelijke gezondheidszorg.

De data die in deze methode toegepast worden is afkomstig van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze data bestaan uit de hoeveelheden geproduceerde zorg en de tarieven die per zorgproduct gerekend worden. De NZa is een organisatie die de belangen van de consument behartigt en goed werkende zorgmarkten bewaakt. Van deze organisatie mag in principe verwacht worden dat de data die zij leveren als betrouwbaar beschouwd mag worden.

Een factor die de betrouwbaarheid van de methode ter discussie stelt is de compleetheid van de informatie die gebruikt wordt. Het systeem dat gebruikt wordt voor de registratie van de hoeveelheden geproduceerde zorg en de gehanteerde tarieven is pas in 2000 opgezet en werkte niet direct perfect. Hierdoor was er de eerste paar jaar sprake van problemen met de registratie (Denneman, 2008 en GGZ Nederland, 2003). De volumeontwikkelingen van de voorgaande jaren kunnen dus een onderschatting zijn van de daadwerkelijke ontwikkelingen. Hierdoor wordt de trendextrapolatie erg onzeker. In de toekomst kan deze onzekerheid echter weggenomen worden. Als er zich voor een langere periode geen registratieproblemen meer voordoen zal een betrouwbaardere extrapolatie gedaan kunnen worden.

Een tweede probleem is dat de tarieven die gebruikt worden om de capaciteits- en productiebudgetten te berekenen niet de daadwerkelijk gehanteerde tarieven zijn (Denneman, 2008). De tarieven die in deze methode gebruikt zijn, zijn door de NZa vastgesteld. Zij heeft haar tarieven zo vastgesteld dat ze zo goed mogelijk overeen komen met de echte kostenstructuur van GGZ-instellingen. De GGZ-instellingen hanteren echter vaak net iets andere tarieven, waardoor een lichte vertekening in het eindresultaat ontstaat. Deze vertekening werkt door in de extrapolatie, wat als gevolg heeft dat de voorspellingen op een langere termijn steeds onbetrouwbaarder worden. Deze vertekening zal nooit helemaal verdwijnen omdat de tarieven die de zorginstellingen hanteren nooit volledig overeen zullen komen met de NZa-tarieven.

Een toets op de betrouwbaarheid kan nog niet uitgevoerd worden. De methode is pas zeer recent ontwikkeld (december 2008), waardoor reeds gebruik gemaakt is van de meest recente gegevens. De trend kan wel geëxtrapoleerd worden, maar data om de uitkomsten te verifiëren zijn dus nog niet beschikbaar. Om een eenduidige uitspraak te doen over de betrouwbaarheid van deze methode zal dus nog een aantal jaar gewacht moeten worden. Op basis van de twee bovenstaande tekortkomingen in het model kan wel geconcludeerd worden dat de methode op dit moment nog niet in staat is om nauwkeurige voorspellingen te doen. Daarbij komt dat de methode erg omslachtig is. Er zijn meer dan honderd verschillende soorten zorgproducten die elk hun eigen tarief hebben en dus allemaal afzonderlijk berekend moeten worden.

Kortom, om een duidelijk inzicht te verkrijgen in de toekomstige vraag naar geestelijke gezondheidszorg lijkt de Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index op dit moment nog niet geschikt. Door onderregistratie in de eerste jaren van het registratiesysteem en de verschillen in de daadwerkelijk gehanteerde tarieven en de NZa-tarieven kan nog geen betrouwbaar toekomstbeeld geschetst worden.

### *6.2.3 Jarman Underprivileged Area Score*

Deze methode gaat uit van acht demografische variabelen die de psychiatrische opname-index in een bepaalde regio bepalen. Deze acht variabelen zijn alleenwonende ouderen, etnische minderheden, ongeschoolden, werklozen, éénoudergezinnen, overbevolkte huishoudens, kinderen onder de vijf jaar en verhuizingen. Door de opnameduur hier aan toe te voegen kan een indicatie gegeven worden van het benodigde aantal bedden, en zo dus de ruimtebehoefte.

Gekeken naar de provincie Groningen zijn alleen gegevens bekend over de variabelen alleenwonende ouderen, etnische minderheden, werklozen, éénoudergezinnen, kinderen onder de vijf jaar, verhuizingen en de behandelduur (per circuit). Deze data zijn echter frequenties, geen gekoppelde gegevens. Data over ongeschooldheid en overbevolkte huishoudens zijn niet voorhanden. Om te kunnen verifiëren of deze methode geschikt is

om een uitspraak te doen over de ruimtebehoefte van de GGZ in de provincie Groningen zal eerst nader onderzoek gedaan moeten worden naar deze twee variabelen. Door middel van enquêtes kan getracht worden deze informatie te achterhalen. Als deze methode een goede inschatting blijkt te geven van de benodigde vierkante meters vloeroppervlak in de geestelijke gezondheidszorg, zullen de data over deze twee variabelen up-to-date gehouden moeten worden. Door cijfers van prognoses over de variabelen te gebruiken, kan dan een beeld geschetst worden van de toekomstige ruimte behoefte.

De beschikbaarheid van alle data wil echter nog niet zeggen dat deze methode een goede peiler is voor de ruimtebehoefte. Het geeft slechts een indicatie van de beddenscapaciteit, terwijl de meeste GGZ-contacten ambulante zijn (niet opgenomen worden) en dus geen bedden behoeven.

Concluderend kan gesteld worden dat deze methode op dit moment niet geschikt is om de opname-index en de ruimtebehoefte voor de geestelijke gezondheidszorg te bepalen. Dit vanwege het ontbreken van data en het geven van een verkeerde indicatie voor de ruimtebehoefte. Een eventuele aanpassing van de methode zou tot verbeterde uitkomsten kunnen leiden. Gedacht kan worden aan een combinatie van de berekende opname-index met de vereiste voorgeschreven vierkante meters vloeroppervlak per patiënt. Ook dit zal pas geverifieerd kunnen worden als de ontbrekende data achterhaald zijn.

#### *6.2.4 The Camberwell Assessment of Need*

Deze methode kijkt naar de huidige zorgbehoefte om de toekomstige zorgbehoefte te bepalen. Zoals in paragraaf 2.3.4 is toegelicht wordt de totale zorgbehoefte (opgelost en onopgelost) bepaald door een lange vragenlijst die door de patiënten en hun zorgverleners worden ingevuld. Deze vragenlijst wordt slechts door een klein deel van de zorgverleners in de provincie Groningen gebruikt, omdat het invullen ervan een zeer tijdrovende zaak is. Omdat deze vragenlijst niet in de gehele provincie Groningen gebruikt wordt, kan deze methode niet toegepast worden. Daarnaast geeft het slechts een beeld van de intramurale zorg waardoor het niet als een geschikte methode voor het plannen van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen gezien kan worden.

### **6.3 Betrouwbaarheid eigen analyse en voorspellingen**

De betrouwbaarheid van de eigen uitgevoerde data-analyse en voorspellingen op basis van de scenario's zullen in deze paragraaf aan de orde komen. Allereerst zal worden stilgestaan bij de betrouwbaarheid van de gebruikte data.

De data gebruikt voor dit onderzoek zijn afkomstig van het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc) en het Centraal bureau voor de Statistiek. Gegevens van beide bronnen zijn afkomstig uit het jaar 2006. Hierdoor is het mogelijk om de cijfers op een goede manier met elkaar te combineren.

#### *Betrouwbaarheid van de bron*

De cijfers van het CBS mogen als zeer betrouwbaar worden aanvaard, gezien het feit dat het CBS alleen cijfers publiceert die voldoende nauwkeurig zijn en dus dicht genoeg bij de daadwerkelijke waarde liggen. De data die beschikbaar zijn gesteld door het RGOc kunnen eveneens als betrouwbaar bestempeld worden. Het RGOc is onderdeel van het Universitair Psychologisch Centrum in Groningen. Zij hebben in hun database gegevens van alle GGZ-gebruikers in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Deze data zijn afkomstig van de administratieve systemen van de verschillende zorginstellingen van deze provincies. Deze data worden beheerd in het Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland. Dit register is niet voor buitenstaanders toegankelijk, waardoor er dus geen wijzigingen in doorgevoerd kunnen worden door belanghebbenden. Alleen onderzoeker van het RGOc en onderzoekers van de toeleverende zorginstellingen hebben beschikking over de data.

#### *Betrouwbaarheid van de cijfers*

Zorginstellingen zijn verplicht om al hun patiënten te registreren, vandaar dat een volledig beeld van het aantal GGZ-patiënten met hun kenmerken kan worden geschetst. Van verschillende variabelen is een volledig beeld geschetst (geslacht, leeftijd en postcode), terwijl bij andere variabelen sprake is van missing values (etnische herkomst en burgerlijke staat). Missing values kunnen leiden tot een vertekening van de werkelijkheid, waardoor de uitkomsten van een analyse als minder betrouwbaar beschouwd moeten worden. Vooral bij de variabele 'etnische herkomst' was sprake van een groot aantal missing values; voor slechts 42 procent van de patiënten was dit gegeven geregistreerd. Voor de variabele burgerlijke stand was het aantal missing values iets minder groot; hier was van bijna vijftien procent het antwoord onbekend.

Op basis van de data-analyse van de variabelen geslacht, leeftijd en postcode kunnen dus zeer betrouwbare conclusies worden getrokken. Conclusies die getrokken zijn op

basis van analyses van de variabelen etnische herkomst en burgerlijke staat zullen enige onzekerheid met zich meebrengen.

*Betrouwbaarheid van de voorspelling van de zorgvraag op basis van de data-analyse*

De voorspelling die gedaan is op basis van de uitkomsten van de data-analyse kan niet als zeer betrouwbaar bestempeld worden. Er wordt verondersteld dat alle factoren in de samenleving op een gelijk niveau blijven, wat niet erg aannemelijk is. De kans dat de vraag naar GGZ zal groeien is wel erg groot. Trends die vanuit de bevolking gesignaleerd zijn, tezamen met de bevolkingsgroei die zal optreden tot 2025 leiden ertoe dat de vraag groter zal worden. Over hoeveel groter deze vraag zal worden kunnen echter geen uitspraken gedaan worden. Het doen van een goede voorspelling wordt tegengehouden door de grote onzekerheden die er zijn en het gebrek aan data. Voor meer zekerheden zal een veel uitgebreider en grootschaliger onderzoek opgezet moeten worden.

*Betrouwbaarheid van de voorspelling van de ruimtebehoefte op basis van de scenario's*

Uitgangspunt van de scenario's zijn kwantitatieve bevolkingsaantallen, van waaruit doorberekeningen op basis van aannames zijn uitgevoerd. Omdat gewerkt wordt met aannames en niet met zekerheden, daalt de betrouwbaarheid van de voorspellingen. Het ontbreken van epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen in de scenario's stelt eveneens de betrouwbaarheid in het geding. Deze ontwikkelingen zijn echter buiten beschouwing gelaten omdat er geen gedegen inzicht in verkregen kan worden.

De ruimtebehoeftes die op basis van deze scenario's zijn opgesteld, kunnen dus niet als betrouwbaar gekenmerkt worden. Ze geven eerder een inzicht in de mogelijke ontwikkelingen in de vraag naar ruimte bij een veranderende vraag.

## ***Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen***

Voor vastgoedafdelingen van geestelijke gezondheidszorginstellingen is het van groot belang dat een inschatting gemaakt kan worden van de toekomstige vraag naar geestelijke gezondheidszorg in een bepaald gebied. De mate waarin zij nieuw vastgoed moeten ontwikkelen is afhankelijk van de gevraagde hoeveelheid zorg. Door het aanbod zo goed mogelijk op de vraag te laten aansluiten, kunnen de kapitaallasten zo beperkt mogelijk gehouden worden.

In dit hoofdstuk zullen de conclusies van het onderzoek naar betrouwbare vraagvoorspellingsmethoden in de geestelijke gezondheidszorg behandeld worden. Tevens zal antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek:

*Welke voorspellingsmethoden zijn voorhanden met betrekking tot de vraag naar geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en kan een uitspraak gedaan worden over de betrouwbaarheid van deze methoden?*

Door middel van literatuuronderzoek zijn een viertal voorspellingsmethoden achterhaald. Deze methoden zullen hier kort besproken worden en er zal een uitspraak gedaan worden over de toepasbaarheid en betrouwbaarheid:

### *Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)*

De standaard VAAM maakt een schatting van het aantal contacten met eerstelijns hulpverleners op het niveau van een wijk, buurt of gemeente. Door data te verzamelen op provinciaal niveau kan de VAAM ook toegepast worden op dit hogere schaalniveau. Hoewel de data voor deze methode eenvoudig te verzamelen en toe te passen zijn, blijkt de VAAM toch niet goed toepasbaar. Er wordt namelijk slechts een beeld geschetst van de eerstelijnszorg, terwijl de tweedelijns zorg juist van belang is.

### *Paasche prijsindex en Laspeyres volume-index*

Met deze methode worden achteraf prijs- en volumeontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg bepaald. Door de volumetrend van voorgaande jaren te extrapoleren, is het mogelijk om een voorspelling te doen over de toekomstige volumebehoefte. Er kleven echter wel een aantal gebreken aan deze methode die de betrouwbaarheid sterk beïnvloeden. Ten eerste werkte het in 2000 opgezette registratiesysteem, van waaruit een groot deel van de benodigde data gehaald wordt, de eerste jaren niet perfect. Hierdoor heeft onderregistratie plaatsgevonden die ook in de extrapolatie zal doorwerken. Ten tweede zijn in de methode tarieven gebruikt die door de Nationale Zorgautoriteit zijn vastgesteld. Deze tarieven wijken vaak iets af van de daadwerkelijk gehanteerde tarieven. In hoeverre deze twee gebreken de betrouwbaarheid beïnvloeden

kan nog niet getoetst worden. De methode is namelijk zeer recentelijk ontwikkeld, waardoor reeds gebruik gemaakt is van de meest recente data. De toekomst zal moeten uitwijzen of dit een geschikte methode blijkt te zijn.

#### *Jarman-Underprivileged-Area-score*

In deze methode wordt uitgegaan van acht demografische variabelen die de psychiatrische opname-index bepalen. Door de opnameduur hier aan toe te voegen kan een indicatie gegeven worden van de ruimtebehoefte. Deze ruimtebehoefte is echter gebaseerd op de beddenscapaciteit. Dit is niet erg relevant, gezien het feit dat het overgrote deel van de zorg tegenwoordig in ambulante vorm verleend wordt. Daarnaast zijn niet alle data die benodigd zijn voor deze methode geregistreerd, waardoor de methode niet toepasbaar is. Een volledige uitspraak over de betrouwbaarheid van deze methode kan dan ook niet gedaan worden.

#### *The Camberwell Assessemnt of Need (CAN)*

Deze methode kijkt naar de huidige zorgvraag om de toekomstige zorgvraag te bepalen. Dit wordt gedaan door middel van lange vraaglijsten die de patiënt samen met zijn zorgverlener invult. Omdat deze vragenlijsten slechts op zeer kleine schaal worden toegepast in de provincie Groningen, kan niet bepaald worden of deze methode een betrouwbaar beeld schetst van de toekomstige zorgvraag.

Geconcludeerd kan worden dat geen van de bovenstaande methoden geschikt lijkt te zijn voor het voorspellen van de zorgvraag. Elke methode heeft zijn eigen tekortkomingen waardoor het niet mogelijk is om tot een goede voorspelling te komen.

Omdat een bestaande methode geen uitkomst blijkt te bieden, is gepoogd zelf een voorspellingsmethode op te zetten. In nationale en internationale literatuur worden verschillende variabelen als bepalend voor de vraag naar GGZ gekenmerkt. Deze variabelen zijn: geslacht, leeftijd, huishoudensamenstelling, woonomgeving, religie, etnische herkomst, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en de hoogte van het inkomen. Doordat niet al deze variabelen voor de zorggebruikers uit provincie Groningen geregistreerd zijn, konden slechts de variabelen die wel geregistreerd zijn, leeftijd, geslacht, etnische herkomst, woonomgeving (op basis van de postcode) en burgerlijke staat, meegenomen worden in de analyse. Met behulp van de Chi-kwadraattoets is achterhaald dat deze vijf variabelen allemaal (al dan niet onder voorbehoud) significant van invloed zijn op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen.

Samengevat kunnen de volgende conclusies getrokken worden op basis van de data-analyse:

- Vrouwen maken meer gebruik van GGZ dan mannen.
- De leeftijdscategorieën 20 tot 40 jaar en 40 tot 65 jaar maken meer gebruik van GGZ dan de overige leeftijdscategorieën.
- Allochtonen maken meer gebruik van GGZ dan autochtonen (onder groot voorbehoud).
- Ongehuwde en alleenstaande personen maken meer gebruik van GGZ dan gehuwde en verweduwde personen (onder enig voorbehoud).
- Personen woonachtig in Noord- en Oost-Groningen maken meer gebruik van GGZ dan personen in de overige delen van Groningen.

Gekeken naar de toekomstige ontwikkelingen die zich voor zullen doen onder de bevolkingsgroepen die significant meer zorg gebruiken, kan voorspeld worden dat de zorgvraag zal gaan groeien. Hoe sterk deze groei zal zijn is niet duidelijk.

Om meer duidelijkheid te krijgen over hoe deze groei zich zal gaan ontwikkelen zijn een drietal scenario's (zeer sterke groei, gematigde groei en selectieve groei) voorgelegd aan een aantal deskundigen. Gevraagd is wat in hun beleving het meest aannemelijke scenario is. De eensgezinde reactie van de deskundigen luidt echter dat het niet mogelijk is om in dergelijke scenario's te denken, omdat er te veel andere ontwikkelingen, zoals epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen, de vraag naar zorg sterk kunnen beïnvloeden. De ruimtebehoeftes die op basis van deze scenario's berekend zijn, zullen dus onder groot voorbehoud aanschouwd moeten worden.

### *Aanbevelingen*

Uit het bovenstaande blijkt dat het op dit moment niet mogelijk is om een betrouwbare voorspelling te doen voor de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in de provincie Groningen. Zonder een betrouwbare vraagprognose is het ook niet mogelijk om een betrouwbare voorspelling te doen voor de ruimtebehoefte. Gebrek aan registratie is hiervoor een van de redenen.

Om een voorspellingmethode te kunnen ontwikkelen op basis van demografische ontwikkelingen, zal de registratie van patiënten uitgebreid moeten worden. Per patiënt zouden alle eerder vermelde variabelen geregistreerd moeten worden. Hierdoor kan een uitgebreider beeld geschetst worden van de variabelen die van invloed zijn op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Het registreren van deze gegevens is een taak voor de zorgverleners. Zij hebben het contact met de patiënten en doen ook de huidige registratie. Zij zijn dus de aangewezen persoon om deze extra gegevens te achterhalen.



Om daadwerkelijk een voorspellingsmethode op te kunnen zetten, zal ook een database opgesteld moeten worden van niet-patiënten. Er kan dan onderzocht worden of de groep patiënten daadwerkelijk verschilt van de groep niet-patiënten.

Het verzamelen van de gegevens van de niet-patiënten is een lastigere taak. Omdat het gekoppelde gegevens betreft die in verband met de privacy wetgeving niet openbaar bekend mogen worden, is het niet mogelijk om het door een openbaar orgaan als het CBS te laten uitvoeren. Zorginstellingen zullen dus zelf, bijvoorbeeld door een grootschalige enquête, de kenmerken van de niet-patiënten moeten achterhalen of hiervoor een onderzoeksbureau inschakelen.

Als al deze data beschikbaar zijn voor de patiënten en niet-patiënten is het mogelijk om een voorspellingsmethode op te zetten. Er is dan echter geen rekening gehouden met epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Het is de taak aan onderzoekers om te uit te zoeken of er een trend in dergelijke ontwikkelingen is waar te nemen. Feit blijft echter dat het zeer lastig zal blijven om deze ontwikkelingen te voorspellen.

### *Conclusie*

Er is op dit moment geen goed toepasbare en betrouwbare methode voorhanden om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg te voorspellen. Met behulp van uitgebreidere registratie van patiënten en het opstellen van een database van niet-patiënten is het mogelijk om een voorspellingsmethode op basis van demografische ontwikkelingen op te zetten. Epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen, die zeer slecht voorspelbaar zijn, worden dan echter buiten beschouwing gelaten, terwijl deze ontwikkelingen juist een grote invloed op de zorgvraag hebben. Ook al is er dus beschikking over de juiste demografische data, het doen van een betrouwbare voorspelling zal een lastige taak blijven.

## **Bronvermelding**

### Literatuur:

- Agtmaal-Wobma, van, E., Duin, van, C. (2007) *Huishoudensprognose 2006-2050: belangrijkste uitkomsten*; Bevolkingstrends 55/2, pp. 53-59, CBS, Heerlen.
- Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007) *Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*; Mental Health Policy and Practice across Europe, McGraw-Hill, Berkshire.
- Arvidsson, H. (2004) *After the 1995 Swedish Mental Health Care Reform*, Göteborg University, Sweden.
- Baarda, D.B. & Goede, de, M.P.M. (1997) *Basisboek Methoden en Technieken*; Noordhoff Uitgevers.
- Bebbington, P.E., Marsden, L., Brewin, C.R. (1997) *The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care survey*; Psychological Medicine 27, pp. 821-834.
- Becker, J., Hart, de, J. (2006) *Godsdienstige veranderingen in Nederland*; Sociaal en Cultureel Planbureau Nederland, Den Haag.
- Beer, de, J., Verweij, A. (2008) *Huishoudenssamenstelling: Wat is de huidige situatie?*; Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM, Bilthoven.
- Bekkers, R. (2005) *Secularisering: het probleem voor de filantropie van de 21<sup>e</sup> eeuw*; Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Berg, van den, J. (2003) *Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ?*; Korte Lijnen, NIZW, Utrecht.
- Berr, C., Wancata, J., Ritchie, K. (2005) *Prevalence of dementia in the elderly in Europe*; European Neuropsychopharmacology 15, pp. 463-471.
- Borsboom-van Beurden, J.A.M., Boersma, W.T., Bouwman, A.A., Crommentuijn, L.E.M., Dekkers, J.E.C., Koomen, E. (2005) *Ruimtelijke Beelden, Visualisatie van een veranderd Nederland in 2030*; RIVM, Bilthoven.
- Brouwer, W., Sixma, H., Delnoij, D. (2006) *Handleiding Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)*; NIVEL, Utrecht.
- College Bouw Zorginstellingen (2006) *Vastgoedbeheer in de GGZ*, Utrecht.
- Cotgrove, A.J., Bell, G., Katona, C.L.E. (1992) *Psychiatric admissions and social deprivation: Is the Jarman underprivileged score relevant?*; Journal of epidemiology and Community Health 46 pp. 245-247.
- Delnoij, D.M.J., Schee, van der, E. (2003) *Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg*; NIVEL, Utrecht.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003) *Gedragscode*; Voorburg/Heerlen.

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) *Jaarboek onderwijs in cijfers 2009*; Den Haag/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003) *Jeugd 2003, cijfers en feiten*; Voorburg/Heerlen.
- Child and Adolescent Mental Health Services (2008) *Improving the mental health and psychological well-being of children and young people*; CAMHS, Mitcham.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2002) *Signaleringsrapport GGZ-problematiek grote steden*; Utrecht.
- College Bouw Zorginstellingen (2007) *Kleinschalig wonen, grote verschillen*; Utrecht.
- College Bouw Zorginstellingen (2008) *Jaarbeeld bouwkosten 2008*; Utrecht.
- Delft, van, K. (2007) *Snelle toename van psychische problemen onder jongeren*; De Stentor.
- Denneman, A. (2008) *Geestelijke gezondheidszorg, een methode voor het bepalen van volume- en prijsontwikkelingen*; Centraal bureau voor de Statistiek, Den Haag/ Heerlen.
- Deuning, C.M., Frenken, F. (2008) *Personen met psychische klachten 2004-2007*; Volksgezondheid Toekomst Herkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid, Bilthoven.
- Dieperink, C.J., Dijk, van, R., Vries, de, S. (2007) *Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit*; Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 62/9, pp. 710-720.
- Dieperink, C.J., Pijl, Y.J., Mulder, C.L., Os, van, J., Drukker, M. (2008) *Langdurige zorgafhankelijke patiënten in de ggz: samenhang met verstedelijking*; Tijdschrift voor de Psychiatrie 50/12, pp. 761-769.
- Dorsselaer, van, S., Graaf, de, R., Verdurmen, J., Land, van 't, H., Have, ten, M., Vollebergh, W. (2006) *Trimbos Kerncijfers psychische stoornissen*; Trimbos-instituut, Utrecht.
- Drukker, M., Bak, M., Driessen, G., Os, van, J., Delespaul, P.A.E.G. (2007) *Voorspelt de Camberwell Assessment of Need (verandering in) psychiatrische zorgconsumptie?*; Tijdschrift voor Psychiatrie 49/5, pp. 305-314.
- Duin, van, C. (2009) *Bevolkingsprognose 2008-2050: naar 17,5 miljoen inwoners*; Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen.
- Eijk, van, L., Miedema, I., Kruijer, J., Holtkamp, T., Jaarsma, R., Oldersma, F. (2006) *Weten waar we staan*; Sociaal Rapport Provincie Groningen 2006, CMO, Groningen.
- Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (2007) *Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2001*; NIVEL, Utrecht.

- European Commission (2004) *The state of mental health in the European Union*, Luxemburg.
- Garrison, P.J. (2008) *World Federation for Menal Health : 2009 Wold Mental Health Day campaign highlights need for more attention to mental health services in primary health care*; *Mental Health in Family Medicine* 2008/5, pp. 189-190.
- Geerdes-Van Senden, E.M., Piket, A. (2006) *Waarom marktwerking in de zorg?*; B&G juli/augustus, pp. 9-11.
- GGZ Nederland (2003) *Kerncijfers uit de GGZ 2000-2002*; Utrecht.
- GGZ Nederland (2009) *Zorg op waarde geschat, sectorrapport GGZ 2009*; Amersfoort.
- GGZ Nederland (2009) *Wachlijsten GGZ stabiel; groeiende vraag jeugd-GGZ*; Amersfoort.
- Giebers, H. (2000) *Geschatte prevalentie van enige stoornis 2000*; Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM, Bilthoven.
- Graafmans, W.C., Berg, van den, M.J., Koolman, A.H.E. (2008) *Wat verstaan we onder marktwerking in de gezondheidszorg?*; *Zorgbalans*, Bilthoven.
- Hartog, P.A., Molenkamp, A., Otten, J.H.M. (1992) *Kwaliteit van administratieve dienstverlening*; Kluwer, Deventer.
- Hoof, van, F., Fotiadis, L., Vijselaar, J. Haster, J. (2008) *Trendrapportage GGZ deel 1; Organisatie, structuur en financiering*; Trimbos Instituut, Utrecht.
- Hutjes, J.M., Buuren, van, J.A. (1992) *De gevalstudie: strategie van kwalitatief onderzoek*; Uitgeverij Boom, Nijmegen/Heerlen.
- Jané-Lopis, E., Anderson, P. (2006) *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*; European Communities, Luxemburg.
- Jong, de, A., Agtmaal-Wobma, van, E. (2008) *Regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2007-2025: belangrijkste uitkomsten*; *Bevolkingstrends* 56/3, pp. 45-54.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B., Zaslavsky, A.M. (2005) *Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003*; *The New England Journal of Medicine* 352/24 pp. 2515-2523.
- Knapp, M., McDaid, D., Massialos, E., Thornicroft, G. (2007) *Mental health policy and practice across Europe: an overview*; *Mental Health Policy and Practice across Europe*, McGraw-Hill, Berkshire.
- Kroon, H., Borgesius, E., Brunenberg, W., Durkoop, P., Gersons, M., Greshof, D., Hull, H., Nijssen, Y., Reinking, D. (2003) *De zorgbehoefte lijst: een vragenlijst*

*voor het meten van zorgen rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen*; Trimbos Instituut, Utrecht.

- Kuiper, R., Borsboom, J., Bouwman, A., Kuijpers-Linde, M., Loonen, W. (2006) *Waarheen met Nederland? Ruimtelijk beeld trends scenario 2040*; Nova Terra 6/3, pp. 26-29.
- Land, van 't, H., Grolleman, J., Mutsaers, Smits, C. (2008) *Tendrapportage GGZ deel 2; Toegang en Zorggebruik*; Trimbos Instituut, Utrecht.
- Latten, J. (2004) *Trends in samenwonen en trouwen*; Bevolkingstrends 52/4, pp. 46-60.
- Lehtinen, V., Katschnig, H., Kovess-Masféty, K., Goldberg, D. (2007) *Developments in the treatment of mental disorders*; Mental Health Policy and Practice across Europe, McGraw-Hill, Berkshire.
- Lentis (Strategisch) Vastgoedplan deel II, Zorggroepen en diensten, 10 december 2008, Zuidlaren.
- Linders, L., Meijer, A. (2005) *Vermaatschappelijking en woonservicezone*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001) *Vraag aan bod; Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Den Haag.
- Nienhuis, F.J. *Mini-SCAN, een psychiatrisch diagnostisch instrument voor de praktijk*; Universitair Centrum Psychiatrie UMCG, Groningen.
- Norusis, M.J. (2002) *SPSS 11.0 Guide to Data Analysis*; Prentice Hall, New Jersey.
- Oostenbrink, M.D.J. (2007) *Afstudeerscriptie: Door de bomen het bos blijven zien*; Wehe den Hoorn.
- Peen, J., Dekker, J. (1996) *Is de Jarman-Underprivileged-Area-score relevant voor Nederland?*; Tijdschrift voor Psychiatrie 38/5.
- Pijl, Y.J. (2007) *Kerncijfers GGZ Noord-Nederland*; Rob Giel Onderzoekscentrum, Groningen.
- Plaats, van der, W. (2007) *Gebouwenbeheer in de GGZ; Vastgoedstrategie, een 'must'*; Zorginstellingen 2, pp. 19-21.
- Pol, van de, F. (2005) *Gereguleerde marktwerking in de GGZ*; Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 60/11, pp. 1095-1107.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006) *Management van vastgoed in de zorgsector*, Zoetermeer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Witchen, H.U., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., Döpfner, M. (2008) *Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey*; European child & adolescent psychiatry 17/1, pp. 22-33.

- Reitsma-van Rooijen, M., Boer, de, D., Hendriks, M., Hoek, van der, L., Rademakers, J. (2008) *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars*; NIVEL, Utrecht.
- Rotmans, J., Loorbach, D., Brugge, van der, R. (2005) *Transitiemanagement en duurzame ontwikkeling; Co-evolutionaire sturing in het licht van complexiteit*; *Beleidswetenschap* 19/2, pp. 3-23.
- Ruysbroek, J.M.H. (2001) *Wat is geestelijke gezondheidszorg?*; Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Bilthoven.
- Schoemaker, C., Have, ten, M., Sytema, S., Verhaak, P. (2007) *Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland*; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 62/10, pp. 824-835.
- Schoemaker, C., Hoeymans, N. (2005) *Hoeveel mensen hebben psychische problemen?*; *Volksgezondheid Toekomst Herkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven.
- Smits, C. (2002) *GGZ voor ouderen samengevat*; *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven.
- Stam, P.J.A., Ven, van de, W.P.M.M. (2006) *Risicoverevening in de zorgverzekering*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Til, van, R.J., Groenemeijer, L., Poulus, C., Lukey, R. (2007) *Bijdrage POP Provincie Groningen, Notitie Demografie*; ABF Research, Delft.
- Veen, van der, W.J., Groenhof, F. (2007): *Registratie Netwerk Groningen. Registratie Jaarverslag 2006, Zorggegevens op praktijkniveau*; Registratie Netwerk Groningen, Groningen.
- Velden, van der, W. (2003) *Zwakke economie treft regio's verschillend*; Stafgroep Economisch Onderzoek Rabobank, Themabericht 2003/11.
- Viane, I. (2002) *General Health Questionnaire*; Universiteit Gent, Gent.
- Vollenbergh, W., Graaf, de, R., Have, ten, M. Schoemaker, C.G. Dorsselaer, S., Spijker, J., Beekman, A. (2003) *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*; Trimbos-instituut, Utrecht.
- Ybema, J.F., Evers, M. (2005) *Profiel Arbeid en Gezondheid 2005*; Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Hoofddorp.

#### Websites:

- Brancheorganisatie GGZ instellingen, [www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl), laatst bezocht op 30 maart 2009.
- CBS Statline, [www.statline.nl](http://www.statline.nl), laatst bezocht op 30 juni 2009.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), laatst bezocht op 16 maart 2009.

- College Bouw Zorginstellingen; [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl), laatst bezocht op 4 maart 2009.
- Details gemeenten en plaatsen, [www.metatopos.nl](http://www.metatopos.nl), laatst bezocht op 15 juni 2009.
- Institute of Phonetic Sciences, Amsterdam, [www.fon.hum.uva.nl](http://www.fon.hum.uva.nl), laatst bezocht op 30 juni 2009.
- Lentis, [www.lentis.nl](http://www.lentis.nl), laatst bezocht op 8 juni 2009.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl), laatst bezocht op 4 maart 2009.
- Nederlandse Zorgautoriteit; [www.nza.nl](http://www.nza.nl), laatst bezocht op 4 maart 2009.
- NIVEL, Nederlandse Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl), laatst bezocht op 20 april 2009.
- Princeton University, <https://qed.princeton.edu>, laatst bezocht op 16 maart 2009.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl), laatst bezocht op 23 maart 2009.
- RTV Noord, [www.rtvnoord.nl](http://www.rtvnoord.nl), laatst bezocht op 1 juli 2009.
- Ruimtemonitor van Planbureau voor de Leefomgeving, [www.ruimtemonitor.nl](http://www.ruimtemonitor.nl), laatst bezocht op 6 mei 2009.
- Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor, [www.nivel.nl/vaam](http://www.nivel.nl/vaam), laatst bezocht op 30 maart 2009.
- Zorgverzekeraars Nederland, [www.zn.nl](http://www.zn.nl), laatst bezocht op 23 maart 2009.
- Zorgvisie, beleid en management in de zorg, [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl), laatst bezocht op 21 juli 2009.

Personen:

- Appelo, M., Hoofdonderzoeker bij Lentis.
- Berkel, R., Manager algemene zaken Dignis, Lentis.
- Geerts, E., Onderzoeker UMCG en wetenschappelijk onderzoeker GGZ Friesland.
- Muijsken, J., Beleidsmedewerker GGZ Nederland.
- Schaap, G., Psychiater en oud-bestuurslid van Lentis.
- Visser, E., Dataverwerking Rob Giel Onderzoekcentrum.