

Geestelijke gezondheidszorg en geluk: een macroverkenning

*Over de samenhang tussen het gemiddelde geluk in een land en
nationale indicatoren voor de GGZ*



Giorgio Touburg (273037)
Rotterdam, maart 2007

Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit der Sociale Wetenschappen, bachelor Sociologie
Begeleider: prof.dr. Ruut Veenhoven

What do you think you are, for Christ's sake, *crazy* or somethin'? Well you're not!
You're *not*! You're no crazier than the average asshole out walkin' around on the
streets and that's it!

Jack Nicholson als Randall McMurphy in "One Flew over the Cuckoo's Nest" (1975)

VOORWOORD

Rotterdam, maart 2007

L.S.,

Voor u ligt mijn afsluiting van de bachelor sociologie. Na aanvankelijk de nodige moeite te hebben gehad met de aanpak en de opzet, moet ik zeggen dat het werk aan deze opdracht de afgelopen weken steeds plezieriger is geworden. Na eerst geen idee te hebben gehad wat er nu precies van mij werd verwacht, begon ik na enkele tussentijdse beoordelingen van mijn begeleider steeds meer schik in het schrijven van deze bachelorscriptie te krijgen.

De onderwerpkeuze was een aangename samenloop van omstandigheden: vanwege mijn persoonlijke achtergrond was ik geïnteresseerd in de werking van de geestelijke gezondheidszorg. Mijn persoonlijke overtuiging, gebaseerd op eigen ervaring, was en is nog steeds dat het een fikse hulp kan zijn bij het overwinnen van psychische of emotionele problemen. Navraag bij mijn begeleider, Ruut Veenhoven, leerde me dat er in zijn *World Database of Happiness* nauwelijks gegevens beschikbaar over het verband tussen geluk en de GGZ. Genoeg reden om dit te onderzoeken dus.

Tot slot wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken de mensen die mij tijdens het maken van deze bachelorscriptie hebben gesteund, zowel in intellectuele als persoonlijke zin: mijn ouders, die me steun en studieruimte hebben geboden als ik mezelf ertoe moest zetten de draad weer eens op te pakken, mijn decaan, de heer Den Boogert, die me op dergelijke momenten van advies voorzag en uiteraard de medewerkers van de Onderzoeksgroep Geluk en professor Veenhoven in het bijzonder, die me altijd op opbouwende en prikkelende wijze van commentaar of nieuwe inzichten voorzag. Mede daardoor is de voldoening die ik haal uit het doen van wetenschappelijk onderzoek sterk toegenomen.

Giorgio Touburg

SAMENVATTING

Er is kritiek op de werkzaamheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zo hebben Hans Achterhuis en de antipsychiaters betoogd dat het een sector is die repressief werkt en patiënten afhankelijk maakt van een intrinsiek ziekmakend systeem en dat de diagnosestelling ten onrechte gebruik maakt van een somatisch ziektemodel. Niet alleen in de wetenschap leeft deze veronderstelling, ook onder de bevolking is er schroom om gebruik te maken van GGZ-voorzieningen en is er scepsis over de werkzaamheid ervan. Op grond van deze denkbeelden zou geconcludeerd kunnen worden dat de GGZ slechts is voor het geluk van de mensheid.

Medisch-experimentele analyses laten echter zien dat er op het patiëntniveau een duidelijk positief effect uitgaat van diverse therapeutische en medicinale behandelingen.

Deze twee beweringen hoeven elkaar echter niet tegen te spreken: dat op het patiëntniveau de werkzaamheid van enkele behandelingen is aangetoond, wil nog niet zeggen dat dit positieve effect op macro-niveau door allerlei perverse effecten niet tenietgedaan of zelfs omgekeerd wordt.

Aanzetten tot het in kaart brengen van het macro-effect van de GGZ zijn tot nog toe onvoldoende. Daarom tracht ik door statistische analyse van landelijke GGZ-gegevens van de World Health Organization en de gemiddelde levensvoldoening in een land uit de *World Database of Happiness* van Ruut Veenhoven meer steekhoudende uitspraken te doen over een mogelijk verband.

Na analyse blijken de GGZ-indicatoren ook na controle voor de voornaamste omgevingsfactor (welvaart) fiks positief te correleren met de gemiddelde levensvoldoening. Bovendien blijkt dat verband in rijkere landen fiks sterker te zijn, terwijl in armere landen het effect vrijwel verdwijnt. Dit doet het vermoeden rijzen dat de effectiviteit van GGZ-behandelingen zich ook op macro-niveau doet gelden, maar dat er wel eerst voldaan dient te worden aan een basisniveau van welvaart, willen de interventies effect sorteren. De claim van critici dat de GGZ een negatief effect zou hebben, wordt hiermee afdoende weerlegd.

INHOUDSOPGAVE

1.	HET PROBLEEM	9
	• Inleiding	9
	• De GGZ: enkele gegevens	10
	○ Geestelijke gezondheid	10
	○ Zelfhulp?	12
	○ Daadwerkelijk gebruik	12
	○ Omvang	14
	○ Budget	15
	• Twijfels over nut GGZ	16
	○ Volkssentimenten	16
	○ Achterhuis	16
	○ De antipsychiatrie	18
	• De individuele werkzaamheid van enkele behandelingen	20
	• Enkele empirische aanzetten	21
	• Vraagstelling van dit onderzoek	22
2.	HET ONDERZOEK	24
	• Aanpak	24
	○ Meting GGZ in landen	24
	○ Meting kwaliteit van leven in landen	25
	• Resultaten	32
	○ Gevonden verbanden	32
	○ Controles op mogelijke schijnverbanden	39
3.	DISCUSSIE	46
	• Beperkingen van dit onderzoek	46
	• Opties voor verder onderzoek	46
4.	CONCLUSIES	47
5.	BRONNEN	49
6.	BIJLAGEN	51

1. HET PROBLEEM

Inleiding

In de meeste moderne landen heeft zich binnen de gezondheidszorg een geestelijke gezondheidssector (GGZ) ontwikkeld. Nederland gaf in 2003 6,8 % van zijn gezondheidszorgbudget uit aan geestelijke gezondheidszorg (RIVM, 2006).

Naast deze door de overheid bestierde geestelijke gezondheidszorg zijn er allerlei particulieren die zich bezighouden met het geestelijke welzijn van hun klanten. Dit kunnen gediplomeerde psychologen en psychiaters zijn, maar ook geestelijk raadslieden als de pastoor, priester en imam en, van recenter datum, de Tv-psycholoog.

Het is de bedoeling van de geestelijke gezondheidszorg hun patiënten beter en gelukkiger te maken. Niet iedereen is echter overtuigd van de heilzame werking van geestelijke gezondheidszorg, met name die van de geprofessionaliseerde sector. Begin jaren '80 raakte bijvoorbeeld de theorie van Hans Achterhuis in zwang, die gebruikmakend van de denkbeelden van de Kroatische filosoof Ivan Illich en onder andere de antipsychiatrie, de these formuleerde dat de geestelijke gezondheidszorg een sector is die vooral zijn eigen vraag schept, cliënten onnodig afhankelijk maakt en zelfs schadelijk is voor het menselijk welzijn (Achterhuis, 1980). Ook de door Achterhuis aangehaalde stroming van de antipsychiatrie is uiterst kritisch ten opzichte van (met name de psychiatrische componenten van) de geestelijke gezondheidszorg en wijst naast de door Achterhuis benadrukte afhankelijkheidsrelatie op de vooral door Foucault uitgedragen these dat het psychiatrisch systeem een machtsmiddel is dat gebruikt wordt om 'andersdenkenden' op niet al te zachtzinnige manier erin onder te brengen.

De laatste jaren is er echter medisch-experimenteel onderzoek verschenen dat in ieder geval op patiëntniveau de werkzaamheid van enkele therapeutische benaderingen voor specifieke stoornissen onderschrijft.

Of de werking van die behandelingen zich ook op macroniveau laat gelden, is een vraag die tot op heden onbeantwoord is gebleven. Veel verder dan de waarneming dat in gelukkiger landen kennelijk meer psychologen zijn, is men niet gekomen. Dit hoeft geenszins te betekenen dat de psychologen (of in bredere zin: de geestelijke gezondheidssector) de 'veroorzakers' zijn van dit geluk: zo weten we uit onderzoek van de Rotterdamse socioloog Ruut Veenhoven dat de gemiddelde levensvoldoening in een land een correlatie van +.68 vertoont met welvaart (Veenhoven & Kalmijn, 2005, p. 7). Diezelfde psychologen zouden dus

in plaats van een oorzaak van geluk net zo goed louter een gevolg van welvaart kunnen zijn.

Inzicht in de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg als sector is wenselijk, aangezien het een sector is waar in Nederland in 2003 3,9 miljard euro in omging (RIVM, 2006). Een verdere empirische kijk op de zaak dan louter de signalering dat landen met een groter aantal psychologen kennelijk gelukkiger zijn, lijkt dus gewenst.

Met deze bachelorscriptie zal ik trachten op die wens in te gaan door nationale data over de geestelijke gezondheidssector en landelijke geluksgemiddelden statistisch te analyseren.

De hoofdstukopbouw van deze thesis is als volgt: allereerst zal ik een overzicht geven van de kritische theorieën, daarna zal ik recente inzichten over de werking van de geestelijke gezondheidszorg op het welzijn van haar klanten de revue laten passeren en ten slotte formuleer ik een onderzoeksvraag. In het laatste deel zal ik overgaan tot een data-analyse en zal ik mijn interpretatie geven van de daaruit voortvloeiende resultaten.

De GGZ: enkele gegevens

Voordat we een uitgebreide beschouwing op de werkzaamheid van de geestelijke gezondheidszorg gaan houden, is het handig een korte schets te geven van hoe deze eruit ziet.

Geestelijke gezondheid

Geen enkele sector die een –al dan niet publiek- goed aanbiedt kan bestaan zonder dat er vraag naar bestaat. De potentiële vraag naar geestelijke gezondheidszorg kan worden weergegeven door het aantal mensen in een land dat te kampen heeft met emotionele of psychische klachten. Let wel dat het hier om de *potentiële* vraag gaat, aangezien een psychische stoornis voor veel mensen niet meteen reden is de hulp van een professional in te roepen, zoals we zo zullen zien.

Nederland & de EU

In een onlangs verschenen rapport, vervaardigd door Eurostat (2006) in opdracht van de Europese Commissie, wordt door middel van een survey onder de Europese bevolking verslag gedaan van de psychische en emotionele

gesteldheid van de burgers in de 25 EU-lidstaten. Opgenomen in de survey zijn de vragen (eigen vertaling):

- Hoe vaak zat je de afgelopen 4 weken zo in zak en as dat niets je meer kon opvrolijken?
- Hoe vaak voelde je je de afgelopen 4 weken teneergeslagen of depressief?
- Hoe vaak voelde je je de afgelopen weken bijzonder gespannen?

(ibid., p. 9)

De respondenten konden op een Likert-schaal de vragen als volgt beantwoorden: Nooit – zelden - soms – meestal – altijd (wederom eigen vertaling)

Onderstaande tabel geeft het percentage uit de bevolking van zowel de 25 lidstaten van de EU als van Nederland weer dat 'zelden' of 'nooit' heeft geantwoord (ibid., p. 11):

Tabel 1.1: geestelijke gezondheid in de 25 EU-lidstaten en Nederland

% Zelden of nooit:	EU-25	Nederland
In zak & as	83	78
Teneergeslagen/depressief	78	71
Bijzonder gespannen	53	50

Er is sprake van risicoverhogende kenmerken als het gaat om de kans op het krijgen van een psychische stoornis. Van Dorsselaer et al. (2006, p. 91) (letterlijk overgenomen) concluderen aan de hand van het Nederlandse NEMESIS-onderzoek, dat psychische stoornissen vaker voorkomen bij mensen:

- met een lagere leeftijd;
- met een lager opleidingsniveau;
- die wonen in stedelijke gebieden;
- die alleen of bij hun ouders wonen;
- student of werkloos zijn;
- één of meer lichamelijke aandoeningen hebben;
- ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen.

Zelfhulp?

Inhoudelijke kennis over psychische klachten en hoe ermee om te gaan, kan de vraag naar psychische of emotionele bijstand danig drukken: voldoende kennis kan door tijdig zelf op te treden namelijk voornamelijk bij minder zware stoornissen de klachten drukken.

Nederland & de EU

Op de vraag hoe moeilijk of gemakkelijk het is om informatie over psychische of emotionele gezondheidsklachten of hoe ermee om te gaan te vinden (eigen vertaling), geeft in Nederland 10% het antwoord 'moeilijk', tegenover 29% voor de 25 EU-lidstaten. Nederland heeft hiermee het laagste percentage van alle lidstaten (ibid., p. 40). Hieruit kan geconcludeerd worden dat een groot deel van de Nederlandse en Europese bevolking wellicht over voldoende kennis beschikt om zelf handelend op te treden tegen ervaren klachten. Het is echter moeilijk om dergelijke conclusies op basis van deze cijfers te trekken, het kan namelijk ook zo zijn dat kennis over psychische of emotionele problemen leidt tot het herkennen van klachten bij jezelf, waardoor er juist eerder de hulp van een professional wordt ingeroepen.

Daadwerkelijk gebruik

Zoals in de inleiding al aangeduid, zijn er meer aanbieders op de markt van GGZ aanwezig dan dat deel wat officieel geregistreerd staat: naast de gediplomeerde hulpverleners zijn er bijvoorbeeld helderzienden of geestelijk leiders actief op de zogenaamde welzijnsmarkt. Belangrijker dan deze aanbieders, en misschien ook wel belangrijker dan de GGZ zélf als het gaat om de zoektocht naar psychische hulp, is de nabije omgeving van familie en vrienden. In de EU is het zo dat als gevraagd wordt waar de respondent het eerst steun zou zoeken als hij of zij zich slecht zou voelen, 53% 'de familie' als antwoord opgeeft en 50% 'een professional' als antwoord geeft. 22% zou zijn vrienden eerst raadplegen (meerdere antwoorden tegelijk mogelijk) (ibid., p. 37). In de hulpbehoefte wordt, ook in het geval van psychische of emotionele klachten, dus voor een belangrijk deel voorzien door de nabije omgeving. Het deel dat zijn heil zoekt in de geprofessionaliseerde zorg is een stuk geringer.

Nederland & de EU

Onderstaande tabel geeft aan welk percentage van de respondenten de afgelopen 12 maanden hulp van een professional heeft gezocht voor een psychisch of emotioneel probleem. Van de personen die dat gedaan hebben, wordt er tevens een uitsplitsing gemaakt naar het type hulpverlener dat ze hebben bezocht (meerdere antwoorden tegelijk mogelijk) (ibid., p. 31-32 & p. 80):

Tabel 1.2: gebruik van GGZ in de 25 EU-lidstaten en Nederland

	EU-25	Nederland*
% dat hulp heeft gezocht	13	17
<i>Bij:</i>		
Algemeen arts	70	45
Apotheker	12	18
Psychiater	13	18
Psycholoog	14	29
Psychoanalyticus	2	0
Verpleger	4	6
Sociaal werker	4	12
Een ander soort psychotherapeut	4	12
Andere professional	13	18

Cijfers over het type ontvangen behandeling over de *gehele* bevolking (dus niet alleen dat deel van de bevolking die heeft aangegeven hulp ontvangen te hebben) zijn tevens beschikbaar (ibid., p. 34):

Tabel 1.3: GGZ-gebruik naar type behandeling in de 25 EU-lidstaten en Nederland

% van de bevolking dat de afgelopen 12 maanden op de volgende manieren in aanraking is gekomen met de GGZ:	EU-25	Nederland
Ziekenhuisopname	2	1
Psychotherapie	4	7
Medicatie	7	8

* De naar beroepsgroep gespecificeerde cijfers voor Nederland zijn minder nauwkeurig, deze zijn namelijk omgerekend van aandeel van de totale bevolking naar aandeel van de bevolking die hulp heeft ontvangen.

De cijfers onder het kopje ‘geestelijke gezondheid’ in ogenschouw nemende, kunnen we uit bovenstaande cijfers opmaken dat inderdaad niet iedereen die psychische of emotionele bijstand verlangt, deze zoekt bij een professional en dat er verschillende professionals zijn waaruit men kan kiezen, mocht men dat wel doen. Dan nog is het zo dat het gros zijn of haar heil zoekt bij een algemeen arts, bijvoorbeeld een huisarts. Er zijn dus meerdere lagen van ‘filters’ actief op de hulpbehoevende bevolking voordat men zich tot een in geestelijke gezondheid gespecialiseerde professional wendt.

Omvang

Naast het aantal mensen dat wenst gebruik te maken van de voorzieningen, is natuurlijk de capaciteit van de GGZ van belang. Zonder efficiënte afhandeling en doorstroming kan het percentage hulpbehoevenden nog zo laag zijn, maar kunnen ze niet adequaat of tijdig behandeld worden.

Nederland

In de GGZ waren tussen 2000 en 2002 zo’n 45.000 arbeidsplaatsen (fte’s) (Van den Berg, De Ruiter, & Schoemaker, 2004, p. 17). Het aantal intramurale en deeltijdbedden is in die tijd ook stabiel gebleven, respectievelijk rond de 30.700 en 4.800 bedden.

Nederland in vergelijking met de wereld.

Ook hier is een vergelijking op wereldschaal wellicht interessant, de data voor de volgende tabel ontleen ik voor Nederland uit de *Mental Health Atlas 2005: Profiles Countries N-R* (WHO, 2005c, p. 338), die voor die over alle lidstaten van de WHO uit de *Mental Health Atlas 2005: Global Results* (WHO, 2005b, pp. 31-33):

Tabel 1.4: Omvang van de GGZ in alle WHO-lidstaten en Nederland

	Alle WHO-lidstaten	Nederland
Psychiatrische bedden per 10.000 inwoners	4,36	18,7
Psychiaters per 100.000 inwoners	4,15	9
Psychiatrisch verplegers per 100.000 inwoners	12,97	99
Psychologen werkzaam in de GGZ per 100.000 inwoners	7,35	28
Sociaal werkers in de GGZ per 100.000 inwoners	11,58	176

Budget

Naast voldoende mankracht en opvangcapaciteit is uiteraard voldoende geld nodig om de geestelijke gezondheidszorg draaiende te houden. Hier een overzicht van de kosten van de GGZ in Nederland en een voorzichtige vergelijking met de rest van de wereld:

Nederland

Zoals in de inleiding vermeld, werd in Nederland in 2003 3,9 miljard uitgegeven aan GGZ. Dat is 6,8% van het totale gezondheidszorgbudget (RIVM, 2006).

De gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van de GGZ over de jaren 2000-2002 is 10%, van 2.813.300.000 euro naar 3.383.900.000 euro. Deze groei gaat in gelijke tred met de groei van het gehele gezondheidszorgbudget (Van den Berg et al., 2004, p. 21). Naast de directe kosten die van de GGZ uitgaan, is het ook interessant de maatschappelijke kosten van geestesziekten in kaart te brengen. Sytema & Koopmans (1998, p. 135) ramen de zogenaamde 'indirecte kosten' van geestesziekten op zo'n 2 miljard gulden aan ziektewet-uitkeringen aan werknemers met psychische klachten in 1993.

Wereldwijd

Van 101 landen waar gegevens voor beschikbaar zijn, geeft 20,9% minder dan 1% van het aan volksgezondheid gewijde budget uit aan GGZ. In Afrika en

Zuid-Oost Azië is dat respectievelijk 70,0 en 50,0%. In Europa geeft meer dan 61,5% van de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn meer dan 5% van het gezondheidszorgbudget uit aan de GGZ (WHO, 2005b, p. 25). De manieren van het financieren van deze zorg lopen over de gehele wereld uiteen: zo is in een groot deel van de Europese landen (44,9%) de voornaamste financieringsmethode het sociale verzekeringsstelsel, terwijl bijvoorbeeld in een groot deel van de Afrikaanse landen (38,6%) dat de betaling uit eigen portemonnee is (ibid., p. 27).

Twijfels over nut GGZ

Volkssentimenten

Een belangrijke bron van twijfel over de werkzaamheid van de GGZ zijn naar mijn idee algemene, onder de bevolking levende opvattingen: het feit dat men zich in de EU eerder tot de familiekring wendt dan tot een daarvoor opgeleide professional, duidt op een zekere terughoudendheid als het gaat om het zoeken van psychische bijstand in de professionele sfeer. Of dit te wijten valt aan gezonde scepsis, een hoge mate van zelfredzaamheid of een sociaal stigma op geestesziekten is echter niet duidelijk.

Duidelijk wordt het wél als we kijken naar een Duitse studie die aan respondenten vraagt in hoeverre ze bepaalde soorten psychische hulpverlening afwijzen of toejuichen. Hier gaat het dus niet om het gedrag zoals dat voorkomt, maar om een denkbeeld zoals dat geuit wordt, een belangrijk verschil ten opzichte van de Europese studie. Bij de behandeling van schizofrenie geniet de professional een duidelijke voorkeur ten opzichte van de andere behandelingsvormen (28,9% van de respondenten raadt een psychiater aan, 10,3% een psychotherapeut, ten opzichte van 23,2% die een vertrouweling opgeeft als eerste keus). Als het aankomt op de best veronderstelde behandeling van depressie geniet hulp zoeken bij een vertrouweling veruit de meeste voorkeur (maar liefst 34,7%) (Angermeyer, Matschinger, & Riedel-Heller, 1999, pp. 204-205). Hoewel het wat ver gaat deze gegevens rechtstreeks te vertalen naar de Nederlandse, laat staan wereldwijde situatie, is het opmerkelijk dat in een modern land als Duitsland door velen nog steeds sceptisch wordt gedacht over de effectiviteit van de behandeling van geestesziekten.

Achterhuis

In zijn boek *De Markt van Welzijn en Geluk* formuleert Hans Achterhuis (1980) zijn twijfels over de werkzaamheid van het welzijnswerk. De term

'welzijnswerk' wordt tegenwoordig gebruikt voor sociaal-cultureel werk, zoals buurthuizen en jongerencentra. Achterhuis gebruikt de term kennelijk in een andere betekenis, namelijk voor wat we tegenwoordig GGZ en maatschappelijk werk noemen.

Hij stelt dat aangezien Ivan Illich in zijn boek *Grenzen aan de Geneeskunde* overtuigend heeft aangetoond dat de professionele geneeskunde een negatieve uitwerking het welzijn van mensen heeft, het niet zo'n boude stelling is deze redenering door te trekken naar de welzijnssector. De werkwijze en diagnosestelling in de welzijnssector, zo betoogt Achterhuis, zijn namelijk grotendeels ontleend aan de geprofessionaliseerde medische sector. Illich introduceert in zijn boek de term *iatrogenese*: een aanduiding voor nieuwe ziekten, waarvan artsen, ziekenhuizen en geneesmiddelen de verwekkers zijn.

Hij onderscheidt drie vormen van iatrogenese: de klinische iatrogenese (de directe schade die medische ingrepen veroorzaken), sociale iatrogenese (ziekmakende effecten van de gezondheidszorg op het niveau van de samenleving, een ziekte geeft mensen een excuus om niet meer mee te doen in de samenleving) en culturele/structurele iatrogenese (het medisch systeem dat de mens het vermogen zichzelf te genezen en zijn eigen levensomstandigheden te bepalen, afgenomen). Hoewel de medische wetenschap heeft gezorgd voor belangrijke doorbraken als schoon drinkwater en tijdige vaccinatie, stelt Illich dat dit vormen van algemene maatschappelijke vooruitgang zijn en nog geen rechtvaardiging van een geprofessionaliseerd medisch systeem dat mensen de beslissingsvrijheid over het lichaam ontnemt: voor drinkwaterzuivering en vaccinatie is geen uitgebreide medische opleiding nodig. Illich toont volgens Achterhuis aan dat maar voor zeer weinig ziekten de werkzaamheid van medisch ingrijpen effectief is en dat bijvoorbeeld het aantal artsen in een land geenszins een voorspellende variabele is van de levensduur van de bevolking, eerder variabelen als beter onderwijs en meer hygiëne. Als het aantal artsen al met een variabele samenhangt, is dat vaak het aantal operaties of onderzoeken dat in een gebied of tijdsbestek ondernomen wordt. De professie van arts schept dus naar het idee van Illich en Achterhuis zijn eigen ziekten. Bovendien is het zo dat er ieder jaar weer talloze patiënten verkeerd gediagnosticeerd worden, waardoor ze een verkeerde en schadelijke behandeling moeten doorgaan.

Analoog aan de gezondheidszorg stelt Achterhuis dat dit ook voor het welzijnswerk geldt: doordat de welzijnssector een medische terminologie gebruikt en dus mensen als 'ziek' kan bestempelen, rechtvaardigt dit verregaand ingrijpen in het menselijk leven. Aan de dichotomie 'geestelijk gezond/geestesziek' wordt de dichotomie 'normaal/niet normaal' gekoppeld, aldus sociaal afwijkend gedrag als geestesziek bestempelend. Hij merkt op dat, hoewel beleidsmakers en professionals er klakkeloos vanuit gaan dat

therapeutisch of anderzijds ingrijpen effect heeft, de effectiviteit van ingrijpen niet door onderzoek wordt aangetoond. Achterhuis haalt effectiviteitsstudies uit zijn tijd aan die of aantoonen dat de behandeling geen effect had of dat de groep die op de wachtlijst stond voor een behandeling steeds beter af was dan de mensen die geholpen werden. Bovendien trad er een 'wachtlijsteffect van spontaan herstel' op: de mensen die op die lijst stonden vertoonden na verloop van tijd geen klachten meer. Op basis van deze gegevens, die voor Achterhuis meer zijn dan toevalligheden, concludeert hij dat er ook in de geestelijke gezondheidszorg sprake is van klinische *therapeugeneses*. Als een patiënt al geholpen wordt door een sociaal hulpverlener, dan is dat alleen doordat hij of zij een verhaal kwijt kan of een luisterend oor geboden krijgt, niet door de expertise van de behandelaar in kwestie. Eerdergenoemde onderzoeken worden in de betreffende beroepsgroep echter gebruikt als argument voor verdere uitbreiding van de sector zodat deze wél effectief kan worden, beter onderzoek naar de effectiviteit of andere vormen van behandeling, nooit leidt het tot een pleidooi voor algehele afschaffing van de geprofessionaliseerde welzijnssector.

Sterker nog, steeds vaker wordt een pleidooi gehouden voor een algehele preventieve aanpak: door een mentaal consult voor iedere burger kan deviant gedrag op tijd worden opgespoord en behandeld. Doordat de geestelijke gezondheidszorg minder nog dan de somatische zorg vertrouwt op 'harde' diagnosestelling, maakt zij gebruik van vage concepten van geestesziekte, die niet duidelijk afgebakend zijn en waarbinnen met een beetje fantasie ieder persoon wel kan passen. Bovendien hebben artsen ook in de GGZ niet de neiging bij twijfel iemand niet als ziek te diagnosticeren, want 'je zult maar een ziek persoon ten onrechte gezond verklaren'. Dit preventiedenken en de hantering van ziekte als open begrip maakt mensen onnodig afhankelijk, onder de bevolking gaat namelijk het vermoeden groeien dat sommige hulp kennelijk nodig is, los van de discussie over het bestaansrecht van deze hulp. Bovendien werkt het gebruik van voor de patiënt onbegrijpelijk jargon en de vermeende autoriteit van de hulpverlener dit nog eens verder in de hand. Zo levert de patiënt de autonomie over het lichaam ook in geestelijk opzicht in.

Bovendien bestaat er volgens Achterhuis zoets als welzijnsmarketing: door het aanhalen van beleidsnotities en rapporten laat hij zien dat er professionals zijn die als taak hebben mensen zich bewust te laten worden van hun geestelijke problemen en latente behoeften te laten manifesteren.

De antipsychiatrie

Achterhuis' ideeën zijn niet uit de lucht komen vallen: naast het feit dat hij theoretisch zwaar leunt op het magnum opus van Ivan Illich, vertoont hij niet

geheel ontoevallig parallellen met de stroming van de antipsychiatrie, een stroming die van oudsher kritiek heeft op de institutionele geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie in het bijzonder. Met name de passages in *Achterhuis'* boek die handelen over de sociale controlefunctie van de geestelijke gezondheidszorg en het gehanteerde ziektemodel zijn rechtstreeks af te leiden uit de antipsychiatrische literatuur.

Hoewel aanhangers van deze stroming zichzelf vaak niet als zodanig willen bestempelen en de onderlinge verschillen tussen critici van de psychiatrie groot zijn, voldoen hun zienswijzen allemaal in meer of mindere mate aan de volgende 4 kernpunten, die aldus als beginselen van de antipsychiatrie kunnen worden gezien (Trimbos, 1975, pp. 53-65):

De verwerping van het medische model

Het medische model staat volgens de antipsychiatrische stroming toe dat de patiënt los wordt gezien van zijn of haar ziekmakende omgeving. Genezing van een geestesziekte zou volgens de antipsychiaters ook een kritische blik op de omgeving die dit soort ziektes veroorzaakt inhouden. Bovendien, zoals *Achterhuis* al betoogde, is het loslaten van een somatisch ziektemodel op psychiatrische klachten problematisch omdat opvattingen over wat geestesziek is, niet vrij staan van een normatieve lading. Omdat de behandelaar bovendien louter de zielenpijn van de patiënt signaleert en niet meteen door zoals bij de somatische zorg de vinger op de zere plek te leggen achter de onderliggende oorzaak ervan komt, is de veronderstelde autoriteit van de arts ongegrond: er is immers een uitgebreide uitwisseling van zienswijzen en ervaringen met de patiënt nodig om tot een enigszins adequate behandeling te komen. Wat daar nog bij komt is dat wanneer de patiënt intramuraal behandeld wordt, het feit dat de patiënt zich in een aan een gedragsregulerend stramien moet onderwerpen tot nog meer psychische klachten, zoals apathie kan leiden.

De verwerping van de inrichtingspsychiatrie

De inrichtingspsychiatrie handelt volgens de antipsychiaters nauwelijks in het belang van haar patiënten, maar een belangrijke politieke functie. Zo toonde Foucault al aan dat de criteria voor geestesziekte in een tijdperk in belangrijke mate correleren met economische hiërarchieën. De arts deed zijn intrede in het gesticht lang voordat de psychiatrie als wetenschap zijn opmars maakte. De autoriteit van de arts diende als legitimering van deze repressievorm en om de opgeborgenen een vaderfiguur te bieden. De sfeer in een psychiatrische inrichting is repressief en niet gericht op het welzijn van de patiënt, maar (zeker

in het geval van onvrijwillige opname) op sociale controle en het aanleren van normconform gedrag. Aldus vervult de inrichtingspsychiatrie geen medische, maar een sociaal-pedagogische functie. De patiënt verliest door zijn verblijf zijn autonomie en levenslust en de inrichting wordt voor veel patiënten dan ook een blijvende leefgemeenschap (ten tijde van het verschijnen van Trimbos' boek was 50% van de inrichtingspatiënten langer dan 10 jaar opgenomen);

De verwerking van de sociale controlefunctie van de psychiatrie

Louter door vast te stellen dat de psychiatrie er niet op gericht is medische klachten te verhelpen, maar deviant gedrag te corrigeren, is er nog geen oordeel geveld over de wenselijkheid van dit proces. Wellicht zorgt het aanleren van normconform gedrag voor grotere maatschappelijke zelfredzaamheid. De antipsychiatrie bestrijdt deze vergoelijking van institutionele dwang echter: door mensen maar zoveel mogelijk aan de leidende norm te conformeren, hoeft de vraag wat er mis is met de samenleving zelf niet beantwoord te worden. Een echte oplossing is volgens de antipsychiaters in plaats van de dienstbaarheid van psychiaters aan dominante machtsstructuren, een dienstbaarheid van de psychiaters aan de individuele ontplooiing van hun patiënten te voorstaan.

De positieve waardering van de 'waanzin'

Een opvallende stellingname van de antipsychiaters is dat ze 'waanzin' (de psychose, met name van de schizofrenie) als een positief verschijnsel waarderen. De psychotische persoon wordt gezien als iemand die zich niet aangepast heeft aan de repressieve en disfunctionele maatschappij, zich daardoor als ontdekkingsreiziger door tijd en ruimte kan begeven en hierdoor in staat is een grotere creativiteit te ontplooien.

Als psychotisme voor sommigen een manier is om tegen de disfunctionele realiteit van alledag op te boksen en (naar het idee van sommige antipsychiaters) een genezingsproces is, dan is het tegen proberen te gaan van dit proces onherroepelijk schadelijk voor het welzijn van de patiënt.

De individuele werkzaamheid van enkele behandelingen

De afgelopen jaren zijn er tal van onderzoeken gedaan volgens het medisch-experimentele model, die op het niveau van de patiënt andere conclusies opleveren: in het boek *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* van Anthony Roth en Peter Fonagy (1996) worden tal van dit soort studies aan een meta-analyse onderworpen en hoewel, zo stellen de

auteurs, er genoeg studies zijn die de toets der wetenschappelijke kritiek niet kunnen doorstaan, vallen er uit de studies die dat wel doen op zijn minst indicaties te halen dat een flink aantal psychotherapieën op enkele psychische aandoeningen een heilzame werking zou kunnen hebben. De psychiatrische zorg, die een meer gemedicaliseerde aanpak kent, wordt hier helaas buiten beschouwing gelaten.

Een auteur die de werkzaamheid van therapeutische, maar ook medische behandelingen van psychische stoornissen onderschrijft is André van Gageldonk: samen met Marianne van Donker schreef hij een artikel wat als doel had de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland in kaart te brengen (Van Gageldonk & Donker, 1999). Hierin stellen ze dat een van de indicatoren van de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg vanzelfsprekend de aangetoonde effectiviteit van de aangeboden behandelingen is en dat die effectiviteit voor zowel de therapeutische als de medicinale behandeling van de drie voornaamste stoornissen (schizofrenie, depressie en angststoornissen) is aangetoond. De auteurs stellen echter ook dat over een groot deel van de behandelingen van andere psychische stoornissen nog niets bekend is.

Onder redactie van Hedda van 't Land en Corine de Ruiters (2005) heeft het Trimbos Instituut in haar overzichtsstudie over de geestelijke gezondheid in Nederland een meta-analyse van werkzame interventies opgenomen. Zij onderschrijven voor een breed scala aan stoornissen zowel de medicinale als de therapeutische werkzaamheid, afhankelijk van de aard en de ernst van de te behandelen geestesziekte. Ten opzichte van de eerdere overzichtsstudies springt hier vooral de aangetoonde werkzaamheid van verschillende medicijnen in het oog. Voor paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen is echter amper een werkzame behandeling of medicijn gevonden.

Enkele empirische aanzetten

Dat op het patiëntniveau de werkzaamheid van sommige behandelmethodes is aangetoond, wil echter allerminst zeggen dat op het macroniveau (datgene wat ik uiteindelijk wil onderzoeken) hetzelfde beeld ontstaat: er zijn namelijk tal van andere factoren van invloed op de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg. Zo noemen Van Gageldonk en Donker naast de aangetoonde effectiviteit van de aangeboden behandelingen ook het bereik van de sector onder de psychisch hulpbehoevenden, de kwaliteit van de diagnostiek, de kwaliteit van de indicatiestelling, de uitvoering van de zorg door de hulpverlener en de therapietrouw van de patiënt. De aangetoonde effectiviteit van een bepaalde behandeling kan dus nog zo groot zijn, als er geen vraag naar

is, als hij verkeerd, onbekwaam of op de verkeerde aandoening wordt toegepast, kan het positieve effect van de behandeling teniet worden gedaan of kan de behandeling zelfs schade toebrengen aan de patiënt.

Conclusies over de veronderstelde relatie geestelijke gezondheidszorg-geluk kunnen op macro- (lees: landelijk) niveau op basis van eerdergenoemde empirie dus niet worden getrokken.

Dit neemt niet weg dat er wel degelijk empirische aanzetten zijn gedaan om dit op macroniveau te duiden. Zo berichtte de Volkskrant op 7 december 2006: "In gelukkiger landen vind je meer psychologen". Schrijver Bert Lanting merkte op basis van bevindingen van een aan geestelijke gezondheid gewijde publicatie van de Europese Commissie op dat in landen die een groter percentage gelukkige mensen hebben, er naar verhouding meer mensen zijn die de afgelopen tijd professionele hulp hebben gezocht. Lanting merkt op dat "[...] kennelijk de vraag naar psychologen en psychiaters toeneemt, naarmate het een land beter gaat." (Lanting, 2006, p. 4)

In een eerder verschenen artikel, van de hand van de Slowaak Damián Kováč (2001), wordt hetzelfde beweerd: hij merkt op dat het aantal psychologen per miljoen inwoners in een land sterk correleert met verschillende maten van levenskwaliteit. Hij vermeldt in de conclusie dat, hoewel het te kort door de bocht is deze psychologen als 'geluksmakers' te beschouwen, hij wel de hypothese aandurft dat waar er sprake is van een hoge levenskwaliteit, er ook veel psychologen aanwezig zijn.

Jammer genoeg zegt de simpele vaststelling van de correlatie niets over de causale aard ervan: misschien zijn de psychologen wel een luxeververschijnsel, voortkomend uit welvaart, een variabele die zeer sterk samenhangt met geluk of levenskwaliteit. Het is zelfs zeer wel mogelijk dat de sterke samenhang met levenskwaliteit via welvaart een rechtstreeks negatief effect van het aantal psychologen op levenskwaliteit verdoezelt.

Ruut Veenhoven (2000c) heeft bijvoorbeeld aangetoond dat de mate waarin de staat zich over zijn burgers ontfermt op geen enkele manier samenhangt met het gemiddelde geluksniveau in een land of de verdeling van die geluksscore. De geestelijke gezondheidszorg, een belangrijke exponent van de verzorgingsstaat, zou op basis van deze bevindingen heel goed geen effect kunnen hebben op het welzijn van haar cliënten.

Vraagstelling van dit onderzoek

Kort gezegd bieden zowel de aanklacht van Achterhuis en de antipsychiaters als de aangetoonde werkzaamheid van enkele therapeutische en medicinale interventies op microniveau een onvoldoende verklaring voor of

beschrijving van de invloed van de geestelijke gezondheidszorg in landen op het welzijn van hun burgers. De aanzetten die er gedaan zijn om dit empirisch in kaart te brengen zijn, met name door het ontbreken van bruikbare data, uiterst mager: verder dan de droge vaststelling van een correlatie komen ze niet.

Gelukkig is een meer empirische macrobenadering van de samenhang tussen (de omvang van) de geestelijke gezondheidszorg en het gemiddelde geluk in een land nu beter mogelijk: recent gepubliceerde data van zowel Eurostat (het rapport waarop Lanting zijn bevinding baseerde) als de World Health Organization, in combinatie met de theorie en data over geluk van Ruut Veenhoven, stellen me in staat meer nauwkeurige formuleringen te doen over de onderlinge verhouding tussen de twee begrippen.

De onderzoeksvragen die ik zo tracht te beantwoorden luiden als volgt:

- *Valt het vermoedelijke effect van de GGZ op het gemiddelde geluk op landenniveau voldoende statistisch te isoleren en zo ja, is dat effect positief, negatief of niet aanwezig?*

En:

- *Hoe verhoudt het waargenomen effect zich tot de zojuist beschreven theorieën op macroniveau en de empirie op microniveau?*

2. HET ONDERZOEK

Aanpak

Meting GGZ in landen

Tijdens mijn zoektocht naar geschikte variabelen op landenniveau stuitte ik al snel op de database van de Mental Health Atlas van de World Health Organization (2005a). Deze bleek een keur aan gegevens te bevatten over zo'n 120 landen over de gehele wereld. Zo heeft ieder opgenomen land bijvoorbeeld variabelen over de manier van financieren van de geestelijke gezondheidszorg, het eerste jaar dat er concrete wetgeving over is gekomen, de aanwezigheid van een lijst van essentiële geneesmiddelen op dat gebied en welke belangrijke geneesmiddelen op het gebied van geestelijke gezondheid worden verstrekt.

Helaas zijn dit vaak of variabelen van nominaal meetniveau die niet zinvol te ordenen zijn (de vraag welke financieringsvorm van de GGZ beter is, is bijvoorbeeld eerder een onderwerp van politiek debat dan een vraag die thuis hoort in een bachelorscriptie sociologie), bij opsplitsing naar itemscore per itemscore een te kleine analysegroep opleveren, of zijn het variabelen die een onvolledig beeld geven (de kosten van 100 mg van een bepaald kalmerend medicijn zegt bijvoorbeeld niets over de toegankelijkheid van dat medicijn, laat staan over de GGZ in het algemeen, als er niet zinvol gecorrigeerd kan worden naar prijspeil en manier van financieren).

De variabelen binnen die database die naar mijn idee de beste weergave boden van de geestelijke gezondheidszorg in een land waren dan ook de volgende, al uit de paragraaf over de GGZ bekende variabelen:

- Number of psychiatric beds/10,000 population
- Number of psychiatrists/100,000 population
- Number of psychiatric nurses/100,000 population
- Number of psychologists working in mental health/100,000 population
- Number of social workers working in mental health/100,000 population

Toegegeven, het zijn variabelen die slechts de omvang van de geestelijke gezondheidszorg in een land indiceren, maar ze laten niets aan interpretatie te wensen over, lenen zich door hun hoge meetniveau voor meer diepgaande statistische bewerkingen en het is door de weergave van verschillende beroepsdisciplines ook nog eens goed mogelijk om afzonderlijk de bevindingen van Roth & Fonagy, Van Gageldonk & Donker en Van 't Land & De Ruiters, die meer de werkzaamheid van de psychologische, therapeutische kant van de

geestelijke gezondheidszorg belichten, ten opzichte van die van de antipsychiatrie, die meer de gemedicaliseerde, psychiatrische kant van de geestelijke gezondheidszorg bekijkt, te toetsen.

Een factoranalyse onderschrijft deze mogelijkheid: alle factoren samengenomen hebben een eigenwaarde van 58,80% op één factor. De psychiatrische factoren (psychiatrische bedden, psychiaters en psychiatrisch verplegers) bij elkaar hebben echter een eigenwaarde van 71,56% op één factor, terwijl de twee overige, meer ‘zachte’, therapeutische variabelen een eigenwaarde van 73,05% op één factor hebben. Een eventuele opsplitsing naar meer therapeutische en meer psychiatrische indicatoren verderop in dit onderzoek is dus legitiem, omdat ze als twee losse groepen meer verklarende kracht bieden dan alle variabelen tezamen.

Meting kwaliteit van leven in landen

Kwaliteit van leven is een in veel verbanden en op veel manieren gebruikt begrip. Deze ambiguïteit heeft in het wetenschappelijke discours voor de nodige verwarring gezorgd: van bepaalde samenlevingskenmerken, zoals vrijheid en welvaart, wordt vaak zonder meer uitgegaan dat ze een belangrijke determinant van geluk zijn, terwijl de werkelijke bijdrage aan de kwaliteit van leven als bekend wordt verondersteld en dus niet verder wordt onderzocht. Het is daarom belangrijk om onderscheid te maken tussen de verschillende geluksdimensies, zoals Ruut Veenhoven dat doet. In een van zijn hand verschenen artikel, genaamd *The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life* (Veenhoven, 2000a) zet hij de deelconcepten van levenskwaliteit, waaraan een groot deel van zijn werk is opgehangen, uiteen. De gehanteerde vertalingen ontleen ik aan een ander, in het Nederlands geschreven werk van hem: *Leefbaarheid: Betekenissen en Methoden* (Veenhoven, 2000b).

In *The Four Qualities of Life* stelt Veenhoven dat er veel verschillende woorden in omloop zijn die aangeven hoe goed het met ons gaat (geluk, welvaart, gezondheid). Een eerste probleem wat hierbij de kop opsteekt is de al eerder genoemde ambiguïteit: nu eens wordt een woord gebruikt om alles wat met welzijn te maken heeft aan te duiden, dan weer is het slechts van toepassing op een bepaald aspect van het bestaan. “Kwaliteit van leven” kan de ene keer slaan op de kwaliteit van de maatschappij en de andere keer gaat het over individuele mensen.

Een tweede probleem is volgens Veenhoven dat termen als ‘kwaliteit van leven’ en ‘geluk’ suggereren dat alle aspecten van het leven onder een noemer

kunnen worden gevat. Zijns inziens is dat echter een illusie. Als je probeert kwaliteit van leven te meten merk je dat je appels bij peren gaat zitten optellen. Vervolgens verkent Veenhoven de mogelijkheden de verschillende kwaliteiten van leven te rangschikken en ontrafelen. Allereerst merkt hij op dat 'leven' zoals bedoeld in het begrip 'kwaliteit van leven' verschillende vormen aan kan nemen: het kan refereren aan een mens, een groep mensen of de maatschappij als geheel. Daarnaast kan het ook gaan over dieren of zelf hele ecosystemen. Veenhoven wil het echter slechts hebben over de kwaliteit van individuele menselijke levens, wat volgens hem al moeilijk genoeg is.

Onderscheid aanbrengen in kwaliteit van leven is niet iets nieuws: een klassiek onderscheid in dezen is het onderscheid tussen de 'objectieve' en 'subjectieve' kwaliteit van leven. Dit onderscheid is echter weinig waardevol: niet alleen is het slechts een onderscheid in waarneming (de arts die objectief vaststelt hoe gezond iemand is en de patiënt die subjectief aangeeft hoe goed hij of zij zich voelt) en duidt het niet inhoudelijk op verschillende vormen van geluk (uiteindelijk meten zowel de dokter als de patiënt hetzelfde, namelijk 'gezondheid'), het leidt ook nog eens tot het misverstand dat 'objectief' in dit verband gelijk gesteld kan worden met een onfeilbare waarheid, ten opzichte van 'subjectief' als een kwestie van smaak.

Een meer relevante manier van onderscheid is volgens Veenhoven allereerst het verschil maken tussen de mogelijkheden voor "het goede leven" en het "goede leven" zelf, respectievelijk *levenskansen* en *levensuitkomsten*. Het heeft zin dit onderscheid te maken omdat, hoewel de ene dimensie wel samenhang vertoont met de andere (betere kansen verhogen de kans op betere uitkomsten), goede levenskansen allerm minst een voldoende voorwaarde zijn voor positieve levensuitkomsten. Omgekeerd is het zo dat je de beperkte kansen die je zijn geboden kunt benutten om toch een gelukkig leven te leiden.

Een tweede onderscheid dat door Veenhoven wordt gemaakt is een onderscheid naar *externe* en *interne* kwaliteit van leven: bij de externe variant ligt de kwaliteit van leven in de omgeving, bij de interne variant ligt die bij het individu. De formulering van deze twee dichotomieën leidt tot een matrix met vier kwadranten, zoals hieronder staat uitgetekend:

Figuur 2.1: de vier gelukskwadranten

	Extern	Intern
Kansen	Leefbaarheid omgeving	Levensvaardigheid individu
Uitkomsten	Nuttig leven	Prettig leven

Leefbaarheid van de omgeving

Het begrip in het kwadrant linksboven geeft weer of en in hoeverre er sprake is van gunstige *externe* levensvoorwaarden. Een leefbare omgeving is een omgeving waarbinnen het individu gedijt, een omgeving die inspeelt op de specifieke levensbehoeften van het individu.

Omstandigheden als vrede, vrijheid, welvaart, maar ook culturele tolerantie vallen hieronder.

Levensvaardigheid van het individu

Het kwadrant rechtsboven geeft weer in hoeverre het individu zélf in staat is zich aan te passen aan verschillende levensomstandigheden en adequaat om te gaan met de problemen die zijn of haar levenspad kruisen. Het gaat hier om de innerlijke vermogens de door de omgeving gegeven omstandigheden (de eerder aangehaalde leefbaarheid van de omgeving) te benutten. Manieren om met het leven om te gaan beslaan vooral de persoonlijkheid en psychische kenmerken van het individu. Voorbeelden van levensvaardigheidsfactoren zijn: geestelijke en lichamelijke gezondheid, de mate van stress of stressbestendigheid, de mate van neuroticisme, (het uitblijven van) depressie en de mate van extraversie van een persoon.

Een nuttig leven

Het kwadrant linksonder geeft de opvatting weer dat een goed leven meer dan alleen een intrinsieke waarde kent en dus ook een waarde kan kennen die voor anderen betekenis heeft. Wat waardevol is voor 'de ander' is uiteraard onderhevig aan het gehanteerde begrippenkader van die ander. Zo vindt de werkgever arbeidsproductiviteit belangrijk, hecht een vriend of familielid vooral aan de vriendschap of liefde die die persoon hem of haar geeft en stelt de overheid het vooral op prijs als iemand zijn burgerplichten nakomt. Gebruik van het begrip 'nut' in een theoretisch schema als dit gaat dan ook hand in hand met

de erkenning van de subjectieve waarde ervan. Bovendien is het ook nog maar de vraag of het individu zélf een nuttig leven belangrijk vindt.

Een prettig leven

Hier komen we tot de kern van waar geluk (naar mijn idee) over gaat: de subjectieve levenswaardering van het individu. Vaak slaat de contextuele betekenis van de term 'gelukkig' namelijk op dit kwadrant: als er bijvoorbeeld wordt gezegd dat iemand gelukkig is, betreft het vaak het gevoel van de persoon waarover het gaat. Deze subjectieve waardering kan op verschillende manieren tot stand komen. Zo kan de waardering voortkomen uit een cognitieve vergelijking van het leven wat het individu nu leidt met het gewenste leven van dat individu. Meer op de man af en losstaand van verwachtingen en conventies is de vraag "hoe voel je je nu?". Hier gaat het om een meer affectieve benadering van de levensvreugd.

Onderlinge samenhang

Uiteraard staan de genoemde kwadranten niet los van elkaar en zijn er vele denkbare onderlinge relaties mogelijk: men kan zich voorstellen dat een slechte leefbaarheid van de omgeving, zoals een oorlogssituatie, een duidelijk effect heeft op het geluk van een individu, zowel rechtstreeks (de wetenschap in oorlog te zijn geeft je een onprettig gevoel en doet je je leven lager waarderen) als via het kwadrant van de levensvaardigheid (de stress en onzekerheid die een oorlogssituatie met zich meebrengt, heeft een zekere weerslag op je levensvaardigheid, wat op zijn beurt weer als gevolg heeft dat je het leven als minder prettig waardeert). Een welvaartsniveau dat voorziet in op zijn minst de meest basale levensbehoeften kan een vergelijkbaar, in dit geval positief, effect genereren, wederom direct en via de levensvaardigheid van het individu. Uitgedrukt in het eerder uitgelegde schema ziet dit er zo uit:

Figuur 2.2: de onderlinge samenhang van de 4 geluyskwadranten

	Extern	Intern
Kansen	Leefbaarheid omgeving	Levensvaardigheid individu
Uitkomsten	Nuttig leven	Prettig leven

Een prettig leven en de subjectieve waardering daarvan lijkt dus de uitkomst te zijn van een direct effect van omgevingsfactoren die ervoor zorgen dat het individu goed gedijt en van omgevingsfactoren die via hun invloed op de mentale gesteldheid van een persoon op die manier indirect de draaglijkheid van het leven beïnvloeden.

Dit laatste is niet alleen een *common-sense* verhaal, voortkomend uit veronderstellingen en volkswijsheid, maar wordt ook gesteund door empirisch materiaal: zo tonen DeNeve & Cooper (1998) in hun meta-analyse aan dat er verschillende persoonlijkheidskenmerken (levensvaardigheid individu) zijn die in hoge mate correleren met subjectieve levenswaardering (prettig leven). Het aanleren van geluksverhogende vaardigheden die voor mensen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken wat natuurlijker voorkomen, zoals extravertie, wordt door bijvoorbeeld Heady & Wearing (1992) aanbevolen om een stap dichterbij het ultieme levensgeluk te komen.

Naast deze persoonlijkheidskenmerken is ook geestelijke gezondheid een domeinlevensvaardigheid die samenhangt met geluk: zo tonen Lichter, Hays & Kamman (1980) aan dat op het individuele niveau depressie voor -0.65 correleert met levensvoldoening. Gekoppeld aan de eerder aangehaalde empirie die stelt dat er interventies zijn die een positief invloed hebben op de geestelijke gezondheid van patiënten, is het niet te kort door de bocht om te beweren dat op het individuele niveau GGZ-professionals over de mogelijkheid beschikken om via de levensvaardigheid mensen gelukkiger te maken.

De eerder genoemde en geoperationaliseerde variabele 'geestelijke gezondheidszorg' past overigens prima in dit theoretische model: zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven, is de GGZ een begrip wat een veelheid aan organisaties en instellingen behelst. Dit maakt het een omgevingsfactor. Bovendien is duidelijk dat het voornaamste doel van de GGZ het 'goed laten gedijen van het individu' is. Dit brengt de GGZ niet alleen qua (veronderstelde) uitwerking, maar ook qua doel onder in het kwadrant linksboven. In de naam van de geestelijke gezondheidssector zit namelijk al verborgen wat ze wil: de geestelijke gezondheidszorg wil invloed uitoefenen op de geestelijke gezondheid van haar patiënten. Geestelijke gezondheid kan, zoals eerder aangegeven, gezien worden als een onderdeel van levensvaardigheid, het kwadrant rechtsboven.

Wat ik uiteindelijk echter wil zien te ontrafelen, of in ieder geval analyseren, is hoe geestelijke gezondheidszorg en geluk zich tot elkaar verhouden. Met geluk bedoel ik in deze context de subjectieve levenswaardering, het kwadrant rechtsonder.

Dat de invloed van de geestelijke gezondheidszorg op het subjectieve welbevinden van het individu via het vermogen de levensvaardigheid te verbeteren gaat, moge duidelijk zijn. Ten eerste wijst de eerder in deze tekst

aangehaalde empirie uit dat er sprake is van een belangrijke samenhang tussen subjectief welbevinden en domeinen van levensvaardigheid en ten tweede is een rechtstreekse invloed van de aanwezigheid van GGZ-voorzieningen op het de subjectieve levenswaardering van het individu onwaarschijnlijk: het louter fysiek aanwezig zijn van bepaalde instellingen of voorzieningen in een land doet niet meteen de gemiddelde levenswaardering van haar inwoners stijgen: zij moeten, áls er al sprake is van een positieve invloed van de geestelijke gezondheidszorg op het subjectieve welbevinden, 'onder invloed' staan van deze instellingen om een verbeterde subjectieve levenswaardering te verkrijgen. Deze invloed verloopt langs de weg van levensvaardigheid en de domeinvaardigheid geestelijke gezondheid in het bijzonder. Uitgedrukt in het eerder aangehaalde schema ziet dit er zo uit:

Figuur 2.3: de te onderzoeken variabelen in de 4 geluyskwadranten

	Extern	Intern
Kansen	GGZ	Geestelijke gezondheid, geluksverhogende persoonlijkheidskenmerken
Uitkomsten		Subjectieve levenswaardering

Van wat de GGZ behelst hebben we nu een redelijk idee door de daaraan gewijde paragraaf. Geestelijke gezondheid en subjectieve levenswaardering dienen echter nog te worden geoperationaliseerd.

Voor de variabele levenswaardering heb ik een beroep gedaan op de World Database of Happiness van de heer Veenhoven (1984-present), meer in het bijzonder het databestand *States of Nations*. Hierin staan per beschikbaar land variabelen op landniveau vermeld die binnen het kader van de vier gegeven geluksdimensies passen. Dit geldt ook voor levensvoldoening: de levensvoldoeningsschaal die ik ga gebruiken voor mijn analyse is een composietscore van variabelen in verschillende geluksonderzoeken op landniveau over de jaren 1995-2005, die allemaal naar een zekere mate van levensvoldoening vroegen. Er kon bijvoorbeeld aan de respondenten in de representatieve steekproef gevraagd worden hoe tevreden ze waren met het leven dat ze tot dan toe leidden, of er werd ze gevraagd hun leven in te delen op een schaal die als ene pool het voor het best mogelijke leven en op de andere pool het slechtst mogelijke leven had. Door deze variabelen te hercoderen tot een nieuwe schaal en bij elkaar op te tellen, hebben zo'n 80 landen scores op deze

variabele. Door deze scores per land te middelen heeft ieder van die landen in de database een gemiddelde geluksscore.

Wat de indicator voor levensvaardigheid betreft, heeft de zoektocht wat meer voeten in de aarde gehad: landelijke stresscijfers in *states of nations* waren zowel voor te weinig landen bekend als niet recent genoeg. Na lang zoeken kwam ik uiteindelijk uit bij een rapport over geestelijke gezondheid van Eurostat (2006), waar de eerder aangehaalde journalist Bert Lanting ook al naar verwees en waarvan in de paragraaf over de GGZ in de Nederlandse vertaling een overzicht is geboden. Hierin wordt de respondent de volgende reeks vragen voorgelegd:

Over the past 4 weeks...

- ...have you felt downhearted and depressed?
- ...have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?
- ...have you felt particularly tense?

De respondent kon daarbij kiezen uit antwoorden op een Likert-schaal, als volgt ingedeeld:

All the time – most of the time – sometimes – rarely – never (don't know)

Hoewel het hier om slechts een domeinvaardigheid gaat, namelijk de mate van stress en depressie, geeft het wel die domeinvaardigheid aan die de geestelijke gezondheidszorg probeert te beïnvloeden. Bovendien zijn het variabelen waarop alle landen in de Europese Unie een score hebben.

Dat de drie vragen bovendien voor een belangrijk deel dezelfde conceptuele lading dekken, toont een factoranalyse aan: de drie variabelen hebben een eigenwaarde van 79,49% op dezelfde factor.

Probleem van dit rapport is echter dat het slechts gegevens bevat over (aspirant-) lidstaten van de Europese Unie, wat niet alleen het aantal te onderzoeken landen kleiner maakt, maar zich ook nog eens beperkt tot een continent waar relatief veel welvaart is en een sterke traditie van geestelijke gezondheid is, terwijl het voor het onderzoek nu juist interessant is landen die onderling sterk verschillen op deze items in de onderzoeksgroep te hebben.

Daarnet heb ik echter al betoogd dat het onwaarschijnlijk is dat de invloed van de geestelijke gezondheidszorg levensvoldoening van het individu anders dan via de levensvaardigheid van datzelfde individu zal gaan. Daarom kunnen we volstaan door slechts de samenhang tussen levensvoldoening en geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken. Wel kan de variabele als controlevariabele

gebruikt worden om te onderzoeken of het door mij onderzochte verband tussen geestelijke gezondheidszorg en levensvoldoening in ieder geval voor de Europese landen via levensvaardigheid loopt.

Resultaten*

Gevonden verbanden

Een correlatiematrix met de GGZ-variabelen en de levensvoldoeningsvariabele ziet er als volgt uit:

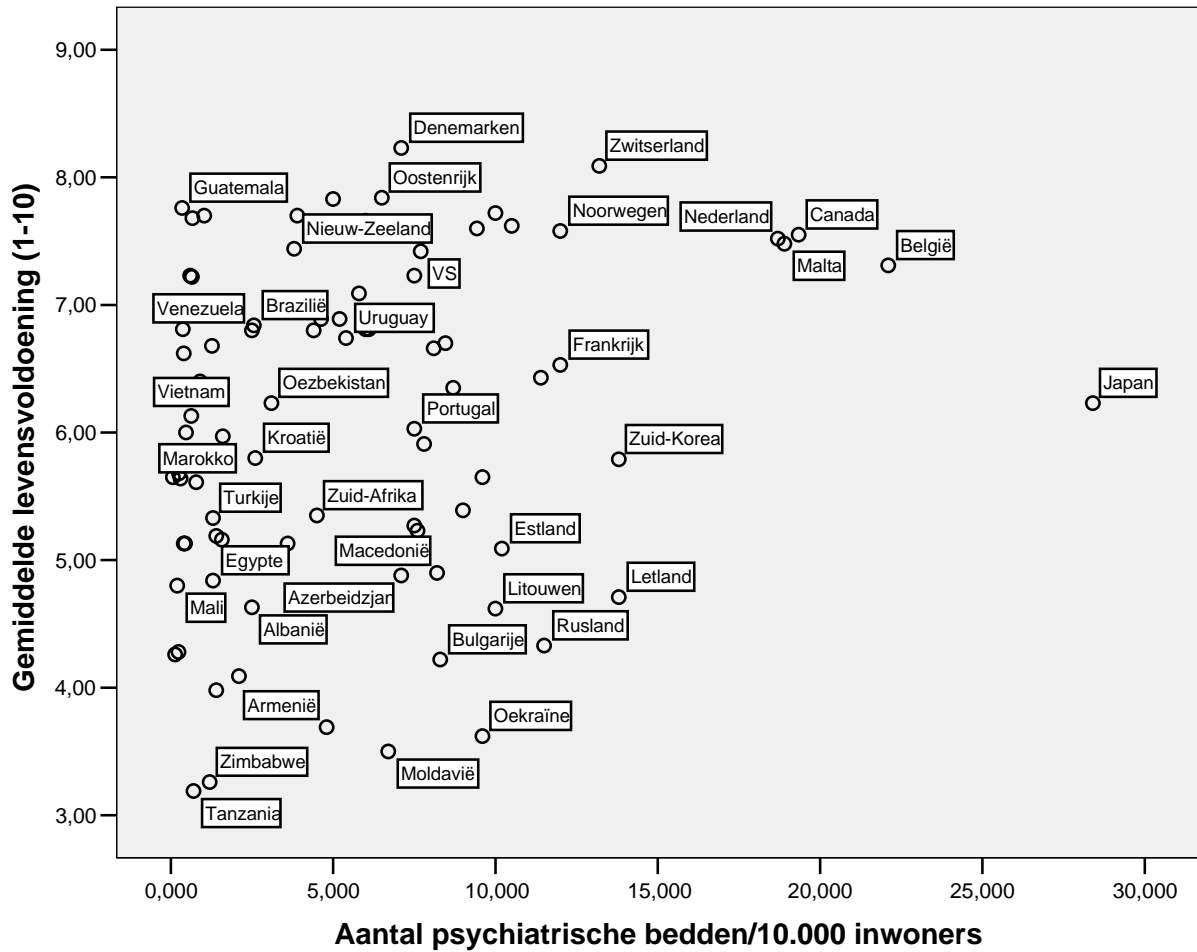
Tabel 2.1: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening

	Levensvoldoening
Psychiatrische bedden/10.000 inwoners (N=87)	+ .23
Psychiaters/100.000 inwoners (N=88)	+ .37
Psychiatrisch verplegers/100.000 inwoners (N=81)	+ .38
Psychologen in de GGZ/100.000 inwoners (N=80)	+ .57
Sociaal werkers in de GGZ/100.000 inwoners (N=70)	+ .37

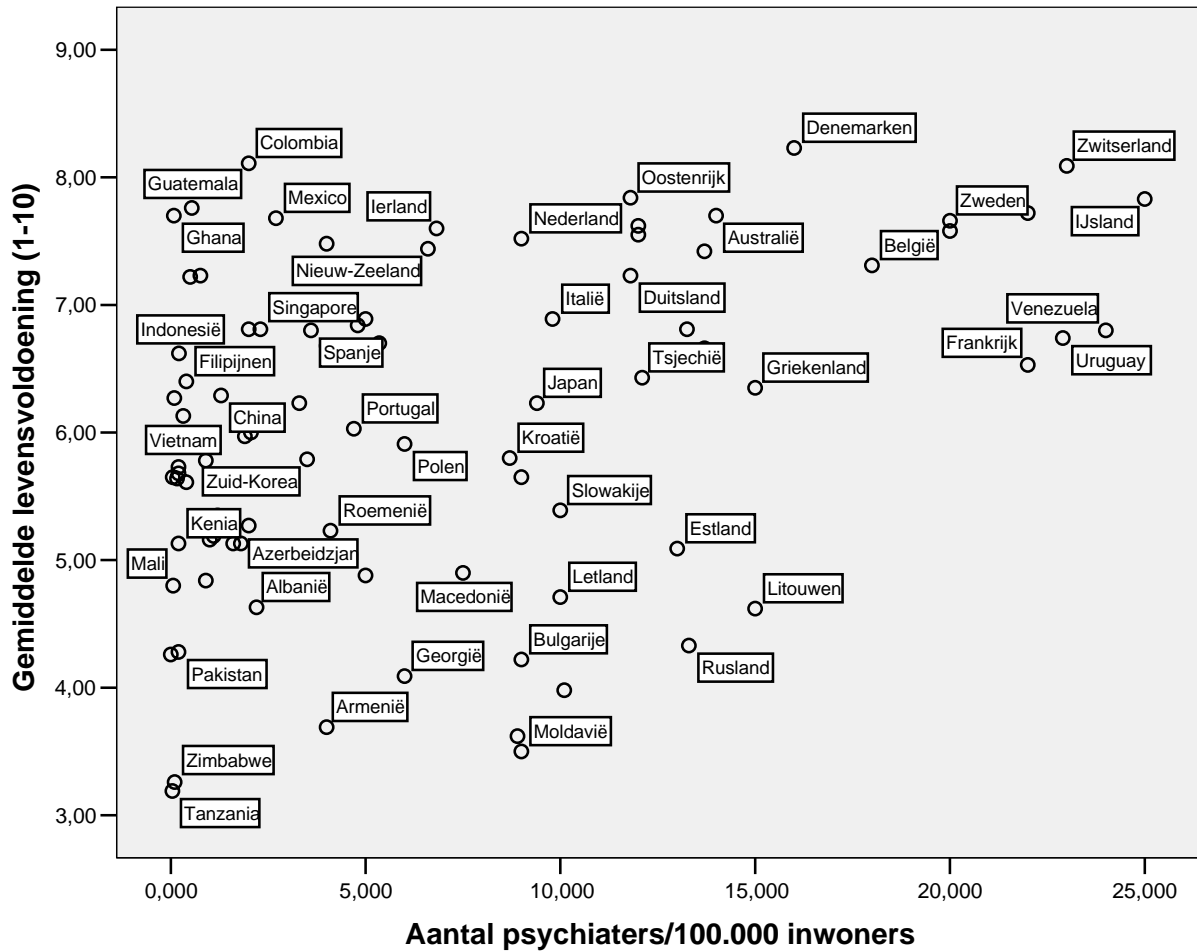
De correlaties laten, zoals door eerdere auteurs al aangetoond, zien dat er een positieve correlatie is tussen geluk en het aantal psychologen (+.57). Omdat alle variabelen uitgezet tegen levensvoldoening (de omvang van) de GGZ indiceren, vertonen ook de andere GGZ-variabelen een hoge mate van correlatie met levensvoldoening. Naast het vermelden van deze droge nuldegrads correlaties is het natuurlijk interessant om te kijken of er groepen landen zijn die een verschillende samenhang tussen de verschillende GGZ-variabelen en levensvoldoening vertonen. Het maken van scattergrams per GGZ-variabele biedt hier uitkomst:

* Merk op dat het vermelden van de significantie in dit geval niet nodig is: het gaat hier immers niet om een aselecte steekproef van landen, maar een selectie van landen waarvoor de gegevens beschikbaar zijn.

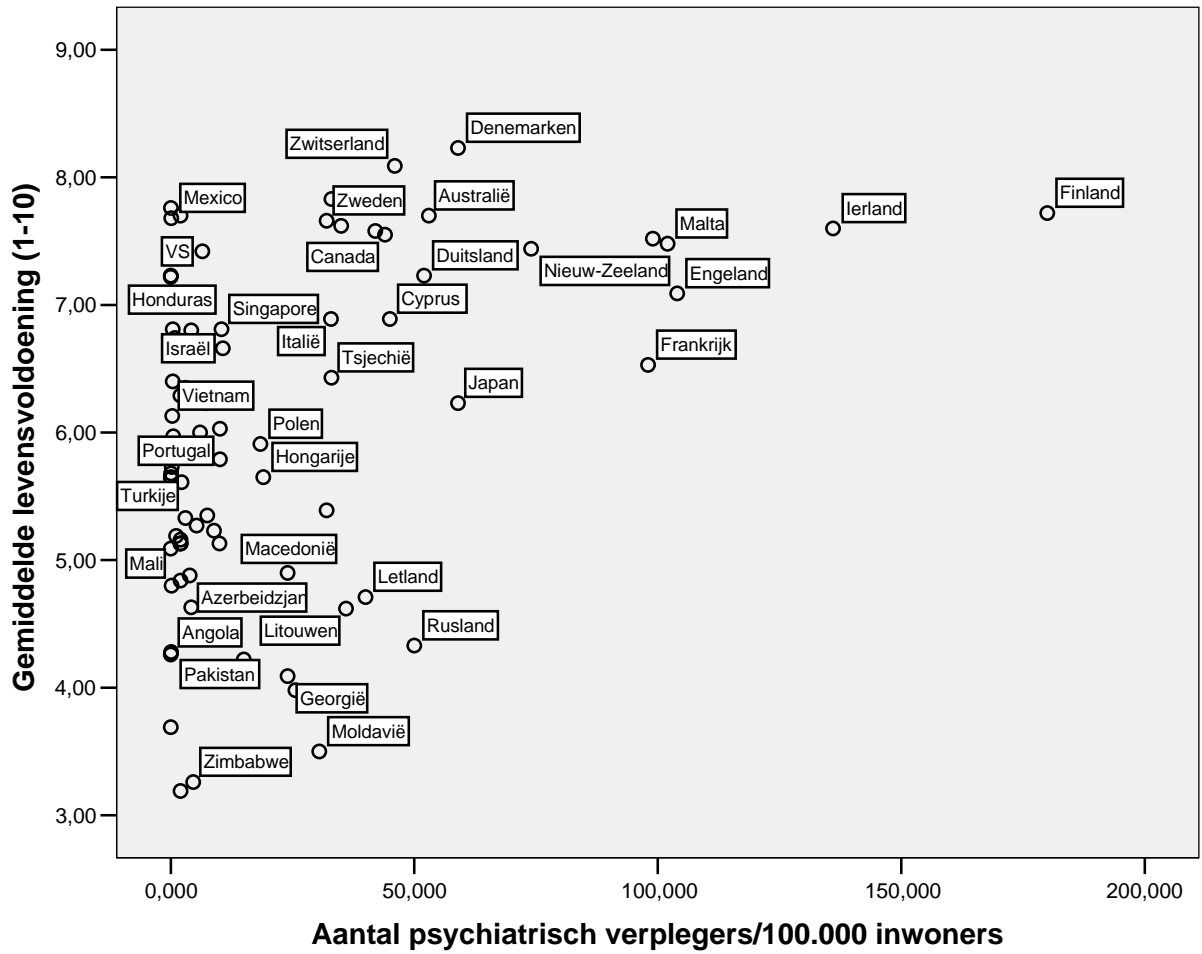
Figuur 2.4: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychiatrische bedden per 10.000 inwoners



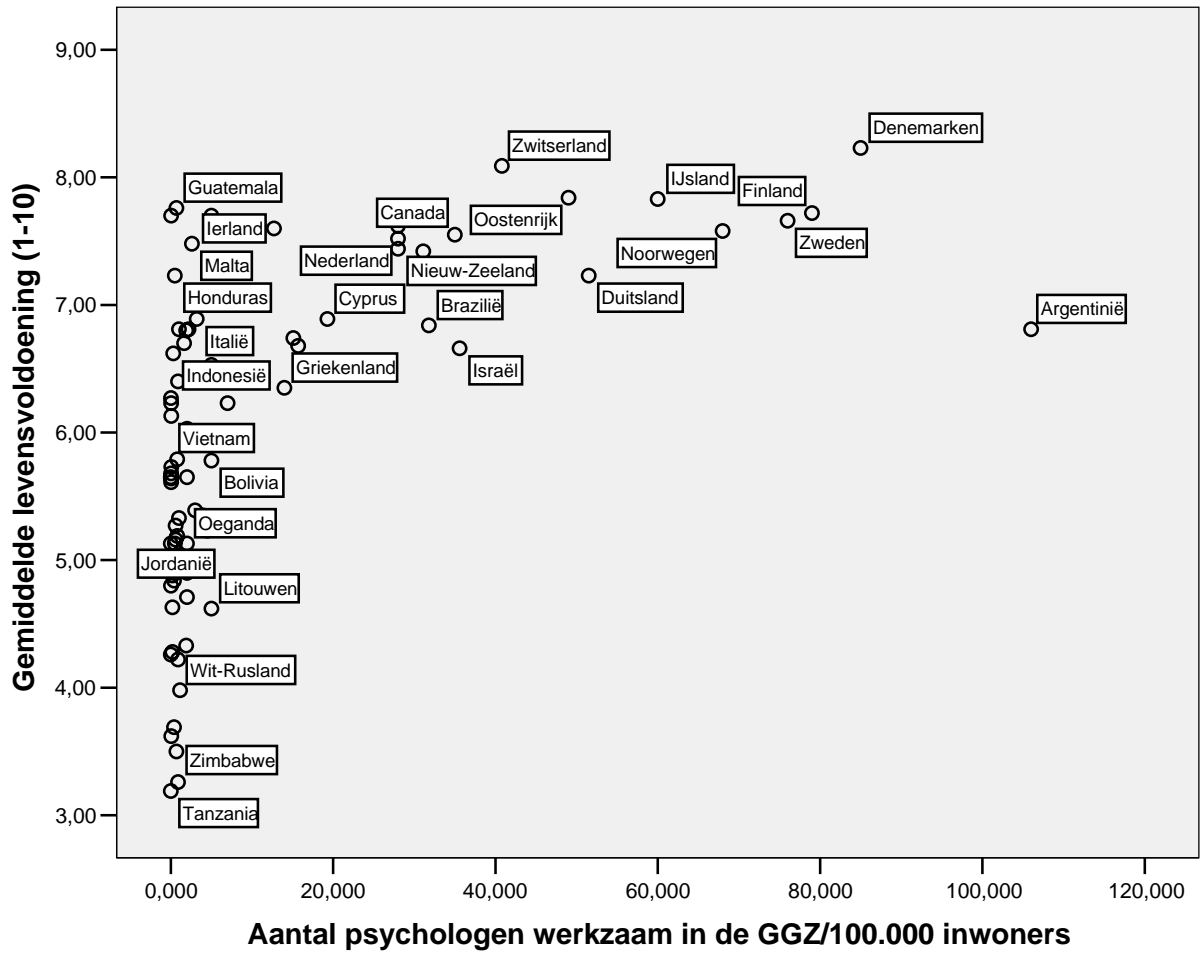
Figuur 2.5: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychiaters per 100.000 inwoners



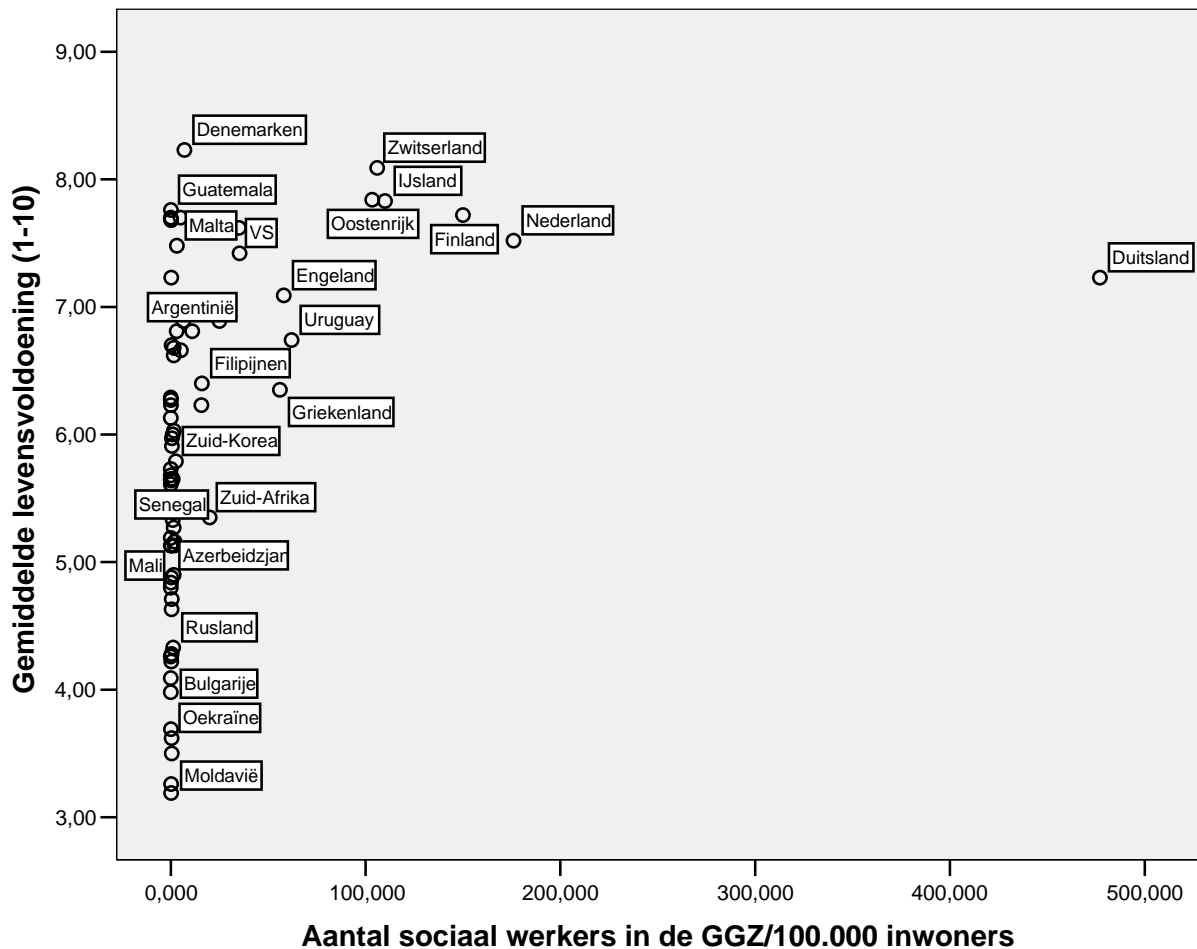
Figuur 2.6: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychiatrisch verplegers per 100.000 inwoners



Figuur 2.7: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychologen werkzaam in de GGZ per 100.000 inwoners



Figuur 2.8: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal sociaal werkers per 100.000 inwoners



Opvallend aan deze scattergrams is dat er bij elke GGZ-variabele een clustering van voormalige Oostbloklanden optreedt (Moldavië, Litouwen, Armenië, enz.) die bij het aantal psychologen en sociaal werkers keurig in lijn loopt met de rest van de scattergrams, maar in het geval van de meer psychiatrische indicatoren duidelijk afwijken van de rest van de landen in de grafiek: hier scoren ze voor landen met zo'n lage score op levensvoldoening (het gros van deze landen bevindt zich onder een score van 6 op een 10-puntsschaal) opmerkelijk hoog ten opzichte van andere landen met een vergelijkbare score op levensvoldoening.

Mijn stelling is dat dit komt door de manier waarop de GGZ in die landen voor de val van het communisme gebruikt is: psychiatrische instellingen werden daar nogal eens gebruikt om dissidenten in onder te brengen. Misbruik van het psychiatrisch systeem leidde in 1982 tot uittreding van de Sovjetunie uit de

World Psychiatric Association (Munro, 2000). Deze a-typische gebruiksvorm leidt er in combinatie met de naweën van een onderdrukkend regime toe dat er sprake is van een lage geluksscore en een hoge score op indexen voor de psychiatrische zorg. Afschaffing van het Communisme in deze landen heeft namelijk niet meteen geleid tot het stoppen van deze praktijken, sterker nog: zij wordt nog steeds actief gebruikt om critici van het huidige regime de mond te snoeren (AAPS, 2006). In het geval van het tegen de zin onderbrengen van een volgens de gangbare norm geestelijk gezond persoon in een controlerende omgeving, is het niet moeilijk te bedenken dat zijn of haar levensvreugde danig afneemt. Dit misbruik heeft, zeker als het op grote schaal wordt toegepast, uiteraard een negatief effect op het gemiddelde geluk van de bevolking van een dergelijk land. Het buiten beschouwing laten van deze landen zou in het geval van de indicatoren voor de psychiatrische zorg voor een hogere mate van samenhang tussen geluk en GGZ zorgen dan in de correlatiematrix staat vermeld. Onderstaande tabel geeft de correlaties tussen GGZ en geluk aan als de Oost-Europese landen buiten beschouwing worden gelaten:

Tabel 2.2: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese naties

	Levensvoldoening
Psychiatrische bedden/10.000 inwoners (N=66)	+ .41
Psychiaters/100.000 inwoners (N=67)	+ .56
Psychiatrisch verplegers/100.000 inwoners (N=61)	+ .49
Psychologen in de GGZ/100.000 inwoners (N=62)	+ .56
Sociaal werkers in de GGZ/100.000 inwoners (N=54)	+ .35

Merk op dat de niet-psychiatrische GGZ-indexen nauwelijks een andere correlatie met levensvoldoening vertonen na het buiten beschouwing laten van de Oost-Europese landen (sociaal werkers gaat van +.37 naar +.35, psychologen gaat van +.57 naar +.56), maar dat de psychiatrische indicatoren een opmerkelijke stijging vertonen (psychiatrische bedden van +.23 naar +.41, psychiatrisch verplegers van +.38 naar +.49, psychiaters van +.37 naar +.56).

Natuurlijk voegen deze correlaties weinig toe aan de eerder beschreven waarnemingen dat bijvoorbeeld een hoger aantal psychologen samenhangt met een hoger gemiddeld geluk in een land. Zoals eerder gezegd, kunnen de variabelen GGZ en geluk beiden afhankelijke variabelen van andere variabelen zijn, met name economisch welzijn.

Controles op mogelijke schijnverbanden

Het is dus zinvol om voor zoveel mogelijk variabelen waarvan we weten dat ze samenhangen met geluk, te corrigeren om de samenhang tussen geluk en de GGZ beter te kunnen duiden. Te denken valt dan aan zaken als culturele tolerantie, vrijheid en welvaart. Helaas is het corrigeren voor al deze factoren niet mogelijk: in *States of Nations* staan voor enkele landen wel indicatoren van deze variabelen vermeld, maar te weinig landen hebben scores op al deze variabelen.

Welvaart is echter een variabele waarop redelijk wat landen een score vermelden. Bovendien vertoont welvaart zoals eerder verteld een grote samenhang met geluk, zelfs de grootste samenhang van alle omgevingsfactoren. Het is tevens niet ondenkbaar dat welvaart een deel van de conceptuele lading van veel andere omgevingsfactoren dekt: per slot van rekening zijn zaken als democratisch gehalte, individuele vrijheid en economische welvaart allen indicaties van een 'algemene' vooruitgang, conceptueel misschien het best omschreven als moderniteit.

In *States of Nations* is een variabele opgenomen die het naar koopkracht gecorrigeerd inkomen per hoofd van de bevolking voor het jaar 2002 in Amerikaanse dollars weergeeft. Hieronder zien we de correlatietabel exclusief de Oost-Europese landen zoals die eerder is weergegeven, maar dan met het naar koopkracht gecorrigeerd BNP per hoofd over 2002 als controlevariabele:

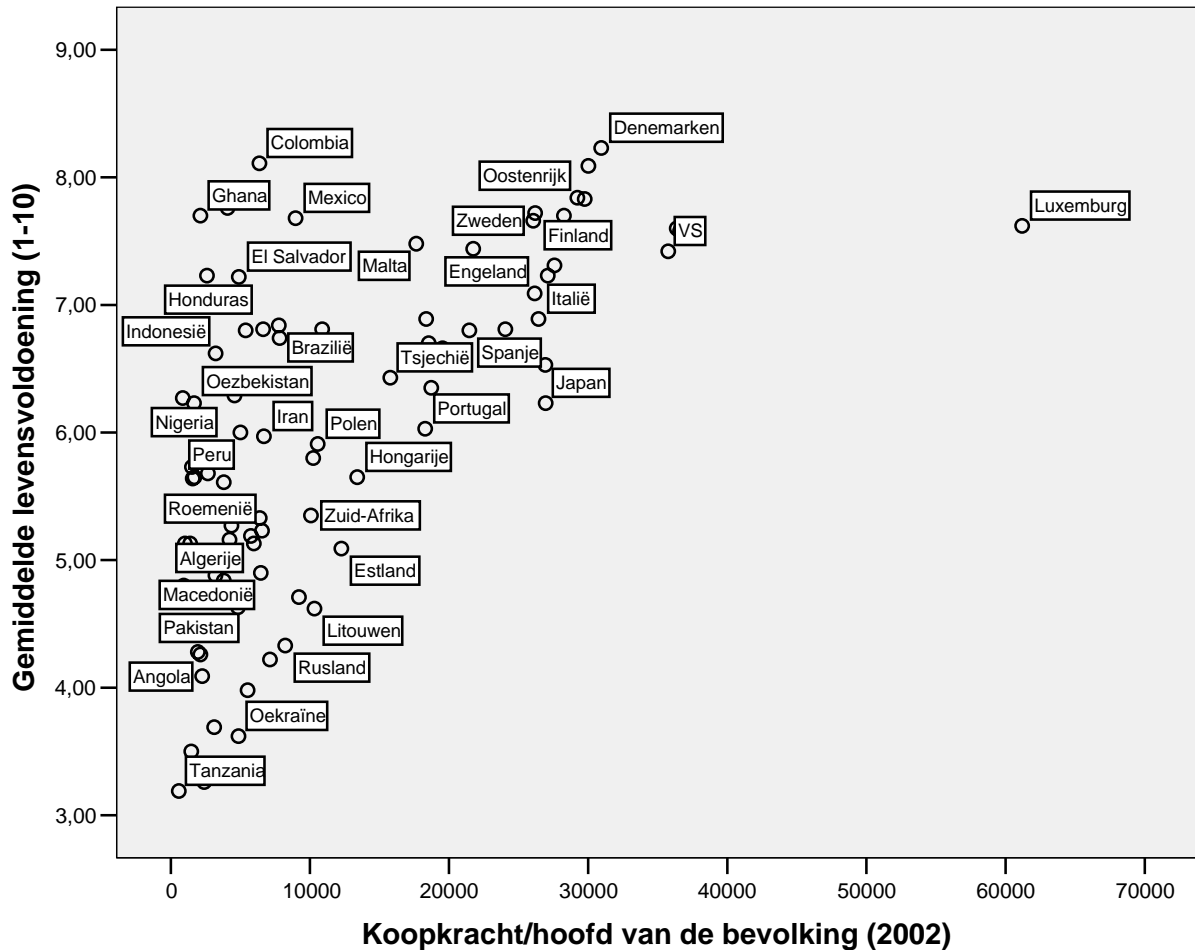
Tabel 2.3: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner

(df=48)	Levensvoldoening
Psychiatrische bedden/10.000 inwoners	-.02
Psychiaters/100.000 inwoners	+.30
Psychiatrisch verplegers/100.000 inwoners	+.20
Psychologen in de GGZ/100.000 inwoners	+.29
Sociaal werkers in de GGZ/100.000 inwoners	+.13

Wat opvalt is dat alle correlaties minder sterk worden, maar dat ze op één na niet verdwijnen: de correlatie tussen geluk en psychiatrische bedden gaat van +.41 naar -.02, wat een nivellering van de correlatie is, de correlatie met psychiatrisch verplegers gaat van +.49 naar +.20, de correlatie met psychiaters van +.56 naar +.29, de correlatie met sociaal werkers van +.35 naar +.13 en de correlatie met het aantal psychologen van +.56 naar +.29.

Met name deze laatste correlatie mag behoorlijk genoemd worden, als we in ogenschouw nemen dat voor een belangrijke omgevingsvariabele is gecorrigeerd. Als we deze variabele in een scattergram uitzetten tegen levensvoldoening, ontstaat het volgende beeld:

Figuur 2.9: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen de koopkracht per inwoner



Op dit scattergram is duidelijk te zien dat er, zoals eerder betoogd, een positief verband is tussen levensvoldoening en economische welvaart, maar ook dat, als we de eerder genoemde a-typische score voor de Oost-Europese landen buiten beschouwing laten, vooral de eerste tienduizend dollar gepaard gaan met een enorme stijging van de levensvoldoening. Daarna lijkt de wet van de afnemende meeropbrengst in werking te treden: toename van het BNP per hoofd met nog eens 10.000 dollar leidt niet tot een vergelijkbare stijging in levensvoldoening. Deze wet van de afnemende meeropbrengst kan worden aangevoerd als reden om in welvarende landen uit te kijken naar andere vormen van geluksverbetering dan toename van het nationaal of individueel inkomen.

De bijdrage van de GGZ zou hieronder kunnen vallen. Het is vanuit dat oogpunt wellicht interessant om onderscheid te maken tussen landen met een

reëel inkomen per inwoner van minder dan 10.000 dollar en landen die per hoofd van de bevolking meer verdienen. Het zou kunnen zijn dat professionals in de GGZ pas het verschil gaan uitmaken als er voldaan is aan bepaalde "basisvoorwaarden", uitgedrukt in een naar koopkracht gecorrigeerd inkomen per hoofd van de bevolking van 10.000 of meer. Als men immers constant bezig is de eindjes aan elkaar te knopen door economische malheur en dat stress oplevert, zal interventie door een psycholoog of psychiater weinig effect sorteren: de oorzaken van de stress zijn dan immers extern. Uitgesplitst naar of een land per hoofd van de bevolking meer of minder dan 10.000 dollar aan naar koopkracht gecorrigeerd inkomen verdient, ziet de correlatietabel er als volgt uit:

Tabel 2.4: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese Naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner, uitgesplitst naar landen met een koopkracht per inwoner van minder en meer dan 10.000 USD

	Levensvoldoening van landen met een naar koopkracht gecorrigeerd inkomen per hoofd van de bevolking van <10.000 USD (df=26)	Levensvoldoening van landen met een naar koopkracht gecorrigeerd inkomen per hoofd van de bevolking van >10.000 USD (df=19)
Psychiatrische bedden/10.000 inwoners	-0.07	-0.13
Psychiaters/100.000 inwoners	+0.09	+0.56
Psychiatrisch verplegers/100.000 inwoners	-0.14	+0.47
Psychologen in de GGZ/100.000 inwoners	+0.06	+0.61
Sociaal werkers in de GGZ/100.000 inwoners	+0.10	+0.24

De correlaties zijn in de rijkere landen overwegend positief en een stuk sterker, terwijl die in de arme landen vrijwel verdwijnen. Merk vooral de mogelijke bijdrage van de professionals zelf, uitgedrukt in de correlatie van levensgeluk met het aantal psychologen en psychiaters, op: de psychiaters

vertonen in rijkere landen na controle voor economische welvaart een correlatie van +.56 met levensvoldoening, de psychologen maar liefst een van +.61! Dit doet vermoeden dat GGZ-activiteit inderdaad pas effect kan hebben als er aan een bepaald niveau van welvaart is voldaan.

Om te testen of alle voorgaande correlaties niet door een schijnverband buiten de invloed van GGZ op levensvoldoening via levensvaardigheid tot stand is gebracht, kan er in het geval van de Europese Lidstaten gecorrigeerd worden op de eerder genoemde variabelen die de domeinvaardigheden depressie en stress uitdrukken. Door de correlatie van de gemiddelde levensvoldoening in deze landen bij correctie voor welvaart met de diverse GGZ-variabelen te berekenen en deze correlaties te vergelijken met een correlatietabel waar naast welvaart ook voor de levensvaardigheidsvariabelen is gecorrigeerd, kan worden gekeken of de invloed van de GGZ op geluk voor zover die aanwezig is ook daadwerkelijk via levensvaardigheid verloopt. Als de correlatie tussen levensvoldoening en GGZ niet minder of zelfs meer wordt na extra correctie voor de levensvaardigheidsvariabelen, is het minder waarschijnlijk dat het verband via levensvaardigheid loopt en aangezien dat de enige manier kan zijn waarop de GGZ een invloed kan uitoefenen op de levensvoldoening van inwoners van een land, zijn eventuele uitspraken over de effectiviteit van de GGZ dan ongegrond. Als we voor de Europese landen (m.u.v. de Oost-Europese naties) een correlatietabel maken, waarbij we controleren voor welvaart en de correlatietabel waarbij we daarnaast ook corrigeren voor de factorscore van de drie levensvaardigheidsvariabelen ernaast zetten, komen we uit op het volgende schema:

Tabel 2.5: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, slechts voor de Europese naties, m.u.v. de Oost-Europese Naties, eerst gecontroleerd voor koopkracht per inwoner, vervolgens voor koopkracht per inwoner en de domeinlevensvaardigheden depressie en stress

	Levensvoldoening van Europese landen, gecontroleerd voor welvaart (df=12)	Levensvoldoening van Europese landen, gecontroleerd voor welvaart en de domeinlevensvaardigheden depressie en stress (df=9)
Psychiatrische bedden/10.000 inwoners	+0.25	+0.14
Psychiaters/100.000 inwoners	+0.49	+0.16
Psychiatrisch verplegers/100.000 inwoners	+0.42	+0.30
Psychologen in de GGZ/100.000 inwoners	+0.68	+0.44
Sociaal werkers in de GGZ/100.000 inwoners	+0.14	-0.08

De tabel laat op alle variabelen die de GGZ indiceren een afname in de correlatiesterkte zien als er naast welvaart ook voor de factor van de drie domeinvaardigheden wordt gecontroleerd. Vooral de professionals met het meest ingrijpende contact met de patiënt (psychiaters en psychologen), boeten na correctie voor de domeinlevensvaardigheden aan effect in. Uiteraard verdwijnen de correlaties niet volledig, maar de twee domeinvaardigheden dekken natuurlijk ook niet het volledige kwadrant van levensvaardigheid. Wat wel opgemerkt dient te worden is dat door de controle op twee variabelen en het gebruik van louter West-Europese naties het aantal vrijheidsgraden zeer gering is. Op basis van deze tabel is het dus gevaarlijk met al te veel stelligheid conclusies te trekken over het verloop van het effect van de geestelijke gezondheidszorg op geluk. De correlatie boet echter zoals gezegd vooral bij de professionals die in het meest directe contact met de patiënt staan aan kracht in en er is nog geen empirisch onderbouwd obstakel gerezen dat anders doet

vermoeden dat het verband via levensvaardigheid loopt. Bovendien is al eerder betoogd dat het welhaast onmogelijk is dat het verband GGZ-geluk anders dan via levensvaardigheid loopt.

Opmerking hierbij is wel dat de invloed van de GGZ op geluk niet een effect heeft op de gehele bevolking: als dit via een effect op de levensvaardigheid gaat, zal de persoon in kwestie ook daadwerkelijk een professional die zich bezig houdt met geestelijke gezondheid moeten bezoeken om van de GGZ te kunnen profiteren in de vorm van een hogere levenswaardering. Uit een eerdere paragraaf hebben we echter al op kunnen maken dat het overgrote deel van de bevolking dit niet doet. De winst die wordt behaald zit dus waarschijnlijk in de staart van de geluksverdeling: de mensen die zich zonder interventie erg ongelukkig voelen en vanuit de wens hier vanaf te komen een professional opzoeken.

3. DISCUSSIE

Beperkingen van dit onderzoek

Natuurlijk dienen de onderzoeksbevindingen niet al te klakkeloos te worden geïnterpreteerd als een causaal verband tussen de GGZ en subjectieve levenswaardering. Er is bijvoorbeeld maar voor één omgevingsfactor (welvaart) gecorrigeerd, die niet de volledige variantie in geluksscores verklaart. Overige perverse effecten zijn dus niet volledig uitgesloten.

Een andere interveniërende omgevingsvariabele is de attitude van de bevolking ten opzichte van geestelijke gezondheidszorg en geestesziekten. De statistische invloed van volkssentimenten is nog onvoldoende onderzocht.

Daarnaast dekken de variabelen die voor de GGZ zijn gebruikt niet de volledige conceptuele lading van het begrip: zo gaat het bij het aantal psychologen in een land slechts om het aantal geregistreerde klinische psychologen, werkzaam in de geestelijke gezondheidssector. Psychologen met een andere specialisatie worden zo buiten beschouwing gelaten. Ook bieden de gebruikte variabelen slechts een indicatie van de omvang van de GGZ en niet van de kwaliteit ervan. Dit laatste is in macro-onderzoek echter moeilijk te kwantificeren.

Opties voor verder onderzoek

Een belangrijke optie voor verder onderzoek is onderzoek naar de rol van attitudes op succesvolle behandeling van geestesziekten. In het Eurostat-onderzoek zijn interessante variabelen opgenomen, die zich goed lenen voor bewerking in SPSS. Ik zie zeker mogelijkheden hier een onderzoek aan te wijden.

Ook zou het interessant zijn om aan dit onderwerp een longitudinale studie te wijden: loopt het niveau van het gemiddelde geluk in verschillende landen parallel met belangrijke, meetbare wijzigingen in het GGZ-beleid? Dit wordt echter een wat problematischer vervolgonderzoek, omdat de bij mijn weten WHO pas over de laatste 5 jaar gegevens over de GGZ beschikbaar heeft.

Daarnaast is het interessant om te onderzoeken op welk deel van de geluksverdeling de GGZ de meeste invloed heeft: is dit slechts het aantal mensen dat zich stelselmatig slecht voelt, of is de gehele bevolking gebaat bij een extensieve GGZ? Reden genoeg om nog even zoet te zijn met onderzoek naar dit onderwerp.

4. CONCLUSIES

Ondanks de beperkingen die in het vorige hoofdstuk zijn opgesomd, vallen er wel degelijk conclusies te trekken.

- *Valt het vermoedelijke effect van de GGZ op het gemiddelde geluk op landenniveau voldoende statistisch te isoleren en zo ja, is dat effect positief, negatief of niet aanwezig?*
- De correlatie tussen GGZ en geluk is, als we het a-typische verloop tussen deze twee variabelen in het geval van de voormalige Sovjetnaties buiten beschouwing laten, ook na controle voor de belangrijkste omgevingsvariabele, wat een boel spurieuze verbanden uitsluit, met name in rijke landen opmerkelijk hoog en positief te noemen. Bij een dergelijke sterkte wordt de these dat het hier daadwerkelijk om een causaal verband gaat, tevens een stuk aannemelijker. Wat in ieder geval zeer onwaarschijnlijk is, is dat er sprake is van een negatief effect van de GGZ op geluk.
- Tevens is het opvallend dat de positieve correlatie tussen GGZ en geluk in rijkere landen een stuk sterker is dan in minder bedeelde naties. Dat doet het vermoeden rijzen dat er kennelijk aan een economisch bestaansminimum voldaan moet worden, wil therapeutische of medicinale interventie een duidelijk effect sorteren.
- Daarnaast dient opgemerkt te worden dat waarschijnlijk niet de hele bevolking onder behandeling van de GGZ staat, zeker niet bij de variabelen die in dit onderzoek gebruikt zijn, en er dus een selectie, over het algemeen ongelukkige groep baat heeft bij therapeutische of medicinale interventie.

- *Hoe verhoudt het waargenomen effect zich tot de zojuist beschreven theorieën op macroniveau en de empirie op microniveau?*
- De directe effectiviteit van sommige therapeutische en andere interventies lijkt, als we heel voorzichtig het vermoeden van een direct verband verbinden aan de opmerkelijke correlaties, op macroniveau niet volledig genivelleerd te worden door perverse effecten, zoals een gebrekkig bereik en capaciteit van de GGZ. Dat wil echter nog niet zeggen dat dit soort effecten niet optreden: wellicht dat er met nieuwe inzichten, mentaliteitsveranderingen of organisationele wijzigingen nog meer winst te behalen valt op het gebied van beïnvloeding van het geluk van de bevolking door de GGZ. Zoals een eerdere schetsing van het gebruik van de GGZ doet vermoeden, valt hier nog genoeg winst te behalen. Dat is echter een vraag die door beleidsonderzoekers beantwoord dient te worden.
- Bovendien is het zoals gezegd onwaarschijnlijk dat er sprake is van een algeheel negatief effect van GGZ op geluk. Achterhuis' claim dat een extensieve en geprofessionaliseerde geestelijke gezondheidszorg een negatieve invloed heeft op het welzijn van haar patiënten én de samenleving waarvan zij deel uitmaakt, lijkt dus afdoende ontkracht. Een niet geheel onverwachte uitkomst, want de aangetoonde ineffectiviteit van therapeutische interventies die hij destijds gebruikte om zijn these te funderen, wordt inmiddels bestreden door later onderzoek dat zoals gezegd de werkzaamheid van enkele interventies wel degelijk onderschrijft. Daarnaast kan het zo zijn dat de kritiek van Achterhuis en andere vertolkers van deze kritische stroming ter harte is genomen en er inmiddels geen of in mindere mate sprake is van de ziekmakende situatie waar hij en de antipsychiaters over spreken.
- De theorie van met name de antipsychiaters houdt echter wel stand als we specifiek kijken naar de situatie in Oost-Europa, die onder de knoet van het communisme precies het soort machtsmisbruik van psychiatrische instituties hebben meegemaakt zoals dat door de antipsychiaters ideaaltypisch beschreven wordt. Dat de erfenis van meer dan 70 jaar gedwongen gelijkheid bijna twee decennia na de val van de muur daar nog altijd voelbaar is, mag dan ook nauwelijks een verrassing heten.

5. BRONNEN

- AAPS. (2006). News of the Day ... In Perspective: Psychiatry Used as a Tool against Dissent [Electronic Version]. Retrieved 13-03-2007 from <http://www.aapsonline.org/nod/newsofday339.php>.
- Achterhuis, H. (1980). *De Markt van Welzijn en Geluk: Een Kritiek van de Andragogie*. Baarn: Ambo.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to Ask for Help in Case of a Mental Disorder? Preferences of the Lay Public. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 202-210.
- Van den Berg, M., De Ruiter, C., & Schoemaker, C. (2004). *Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003*: Trimbos Instituut.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Van Dorsselaer, S., De Graaf, R., Verdurmen, J., Van 't Land, H., Ten Have, M., & Vollebergh, W. (2006). *Trimbos Kerncijfers Psychische Stoornissen: Resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Eurostat. (2006). *Special Eurobarometer: Mental Well-Being*: European Commission.
- Fonagy, A., & Roth, P. (1996). Conclusions and Implications. In A. Fonagy & P. Roth (Eds.), *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (pp. 359-378). New York/London: The Guilford Press.
- Van Gageldonk, A., & Donker, M. (1999). Effectiviteit van de Geestelijke Gezondheidszorg. Een Empirische Plaatsbepaling. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 77(3), 169-175.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). Increasing Happiness. In B. Headey & A. Wearing (Eds.), *Understanding Happiness* (pp. 124-134). Melbourne: Longman.
- Kováč, D. (2001). Psychologists and the Quality of Life. *Studia Psychologica*, 43(2), 161-167.
- Lanting, B. (2006, 7 december). Brusselse Regels: In Gelukkiger Landen Vind Je Meer Psychologen. *De Volkskrant*, p. 4.
- Lichter, S., Haye, K., & Kamman, R. (1980). Increasing Happiness through Cognitive Retraining. *New Zealand Psychologist*, 9, 57-64.
- Munro, R. (2000). The Soviet Case: Prelude to a Global Consensus on Psychiatry and Human Rights. *Columbia Journal of Asian Law*, 14(1).
- RIVM. (2006). Kosten van Ziekten - geestelijke gezondheidszorg. Retrieved september 27, 2006, from http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kvz_sectorggzmo.html

- Sytema, S., & Koopmans, P. (1998). *Psychische Stoornissen in de Volwassen Bevolking: Een Verkenning van Omvang, Gevolgen en Kosten*: Hersenstichting Nederland; Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid; NWO-Gebied Medische Wetenschappen; Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie.
- Van 't Land, H., & De Ruiter, C. (2005). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid: Jaarboek 2005*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Trimbos, K. (1975). *Antipsychiatrie: Een Overzicht*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Veenhoven, R. (1984-present). World Database of Happiness (Publication. Retrieved 15-03-2006: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>)
- Veenhoven, R. (2000a). The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2000b). *Leefbaarheid: Betekenissen en Meetmethoden (studie in opdracht van Ministerie VWZ)*.
- Veenhoven, R. (2000c). Well-Being in the Welfare State: Level Not Higher, Distribution Not More Equitable. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2(Research and Practice), 91-125.
- Veenhoven, R., & Kalmijn, W. (2005). Inequality-Adjusted Happiness in Nations: Egalitarianism and Utilitarianism Married in a New Index of Societal Performance. *Journal of Happiness Studies*, 6(Special Issue on 'Inequality of Happiness in Nations'), 421-455.
- WHO. (2005a). Department of Mental Health and Substance Abuse, Project Atlas: Resources for Mental Health and Neurological Disorders (Publication. Retrieved 15-03-2006: <http://globalatlas.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>)
- WHO. (2005b). *Mental Health Atlas 2005: Global Results*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2005c). *Mental Health Atlas 2005: Profiles Countries N-R*. Geneva: World Health Organization.

6. BIJLAGEN

Factor Analysis

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Giorgio Touburg\Mijn documenten\Mijn schooldocumen
 \statnatS_GIORGIO.sav

Communalities

	Initial	Extraction
Have you felt downhearted and depressed (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	1,000	,865
Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	1,000	,828
Have you felt particularly tense (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	1,000	,692

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,385	79,485	79,485	2,385	79,485	79,485
2	,438	14,604	94,090			
3	,177	5,910	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Have you felt downhearted and depressed (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	,930
Have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	,910
Have you felt particularly tense (% never + rarely) (over the past 4 weeks)	,832

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Factoranalyse van alle GGZ-indicatoren

Communalities

	Initial	Extraction
Number of psychiatric beds/10,000 population	1,000	,473
Number of psychiatrists/100,000 population	1,000	,704
Number of psychiatric nurses/100,000 population	1,000	,650
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	1,000	,653
Number of social workers working in mental health/100,000 population	1,000	,460

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,940	58,796	58,796	2,940	58,796	58,796
2	,872	17,443	76,239			
3	,580	11,594	87,833			
4	,405	8,106	95,939			
5	,203	4,061	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Number of psychiatric beds/10,000 population	,688
Number of psychiatrists/100,000 population	,839
Number of psychiatric nurses/100,000 population	,806
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	,808
Number of social workers working in mental health/100,000 population	,678

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Factoranalyse van de psychiatrische indicatoren

Communalities

	Initial	Extraction
Number of psychiatric beds/10,000 population	1,000	,734
Number of psychiatrists/100,000 population	1,000	,710
Number of psychiatric nurses/100,000 population	1,000	,703

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,147	71,557	71,557	2,147	71,557	71,557
2	,449	14,981	86,538			
3	,404	13,462	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Number of psychiatric beds/10,000 population	,857
Number of psychiatrists/100,000 population	,843
Number of psychiatric nurses/100,000 population	,838

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Factoranalyse van de therapeutische factoren

Communalities

	Initial	Extraction
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	1,000	,731
Number of social workers working in mental health/100,000 population	1,000	,731

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,461	73,052	73,052	1,461	73,052	73,052
2	,539	26,948	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component
	1
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	,855
Number of social workers working in mental health/100,000 population	,855

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Tabel 2.1: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening

Correlations

		1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population	Number of psychiatrists/100,000 population
1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Pearson Correlation	1	,225*	,366**
	Sig. (2-tailed)		,036	,000
	N	91	87	88
Number of psychiatric beds/10,000 population	Pearson Correlation	,225*	1	,568**
	Sig. (2-tailed)	,036		,000
	N	87	102	102
Number of psychiatrists/100,000 population	Pearson Correlation	,366**	,568**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	88	102	104
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Pearson Correlation	,382**	,580**	,553**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	81	95	96
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation	,567**	,252*	,634**
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,000
	N	80	94	95
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation	,365**	,265*	,397**
	Sig. (2-tailed)	,002	,017	,000
	N	70	81	82

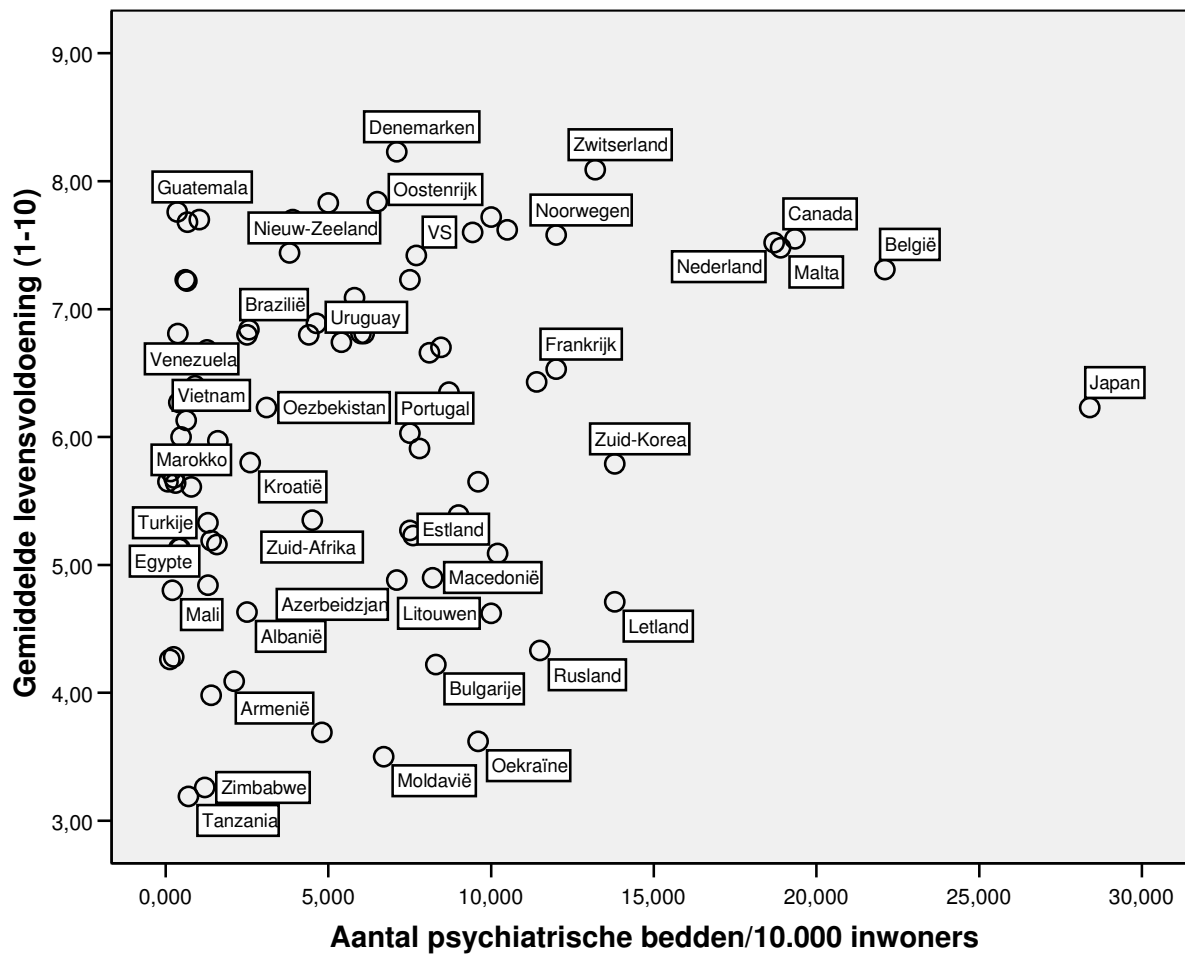
Correlations

		Number of psychiatric nurses/100,000 population	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Pearson Correlation	,382**	,567**	,365**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002
	N	81	80	70
Number of psychiatric beds/10,000 population	Pearson Correlation	,580**	,252*	,265*
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,017
	N	95	94	81
Number of psychiatrists/100,000 population	Pearson Correlation	,553**	,634**	,397**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	96	95	82
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Pearson Correlation	1	,470**	,441**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	96	91	81
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation	,470**	1	,461**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	91	95	79
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation	,441**	,461**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	81	79	82

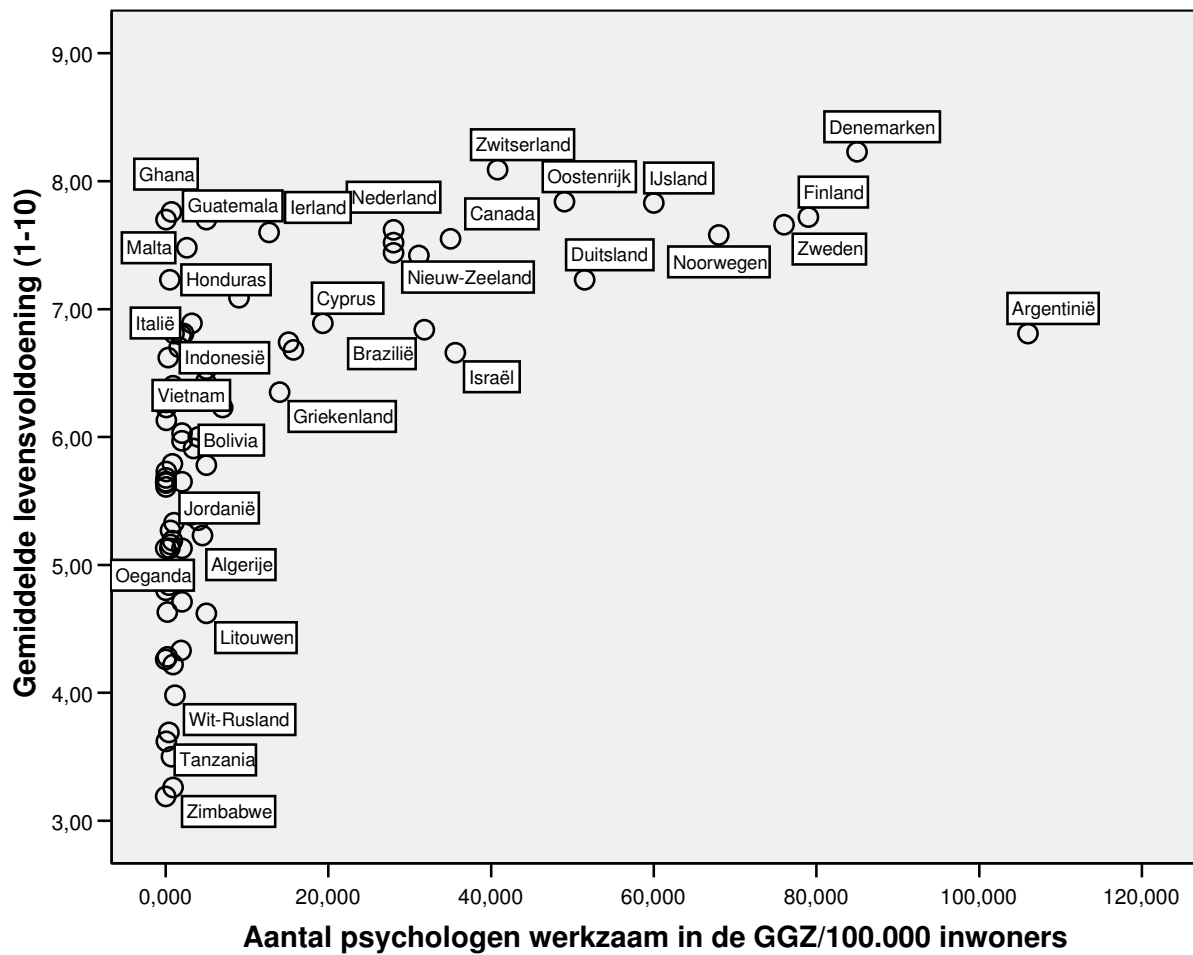
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

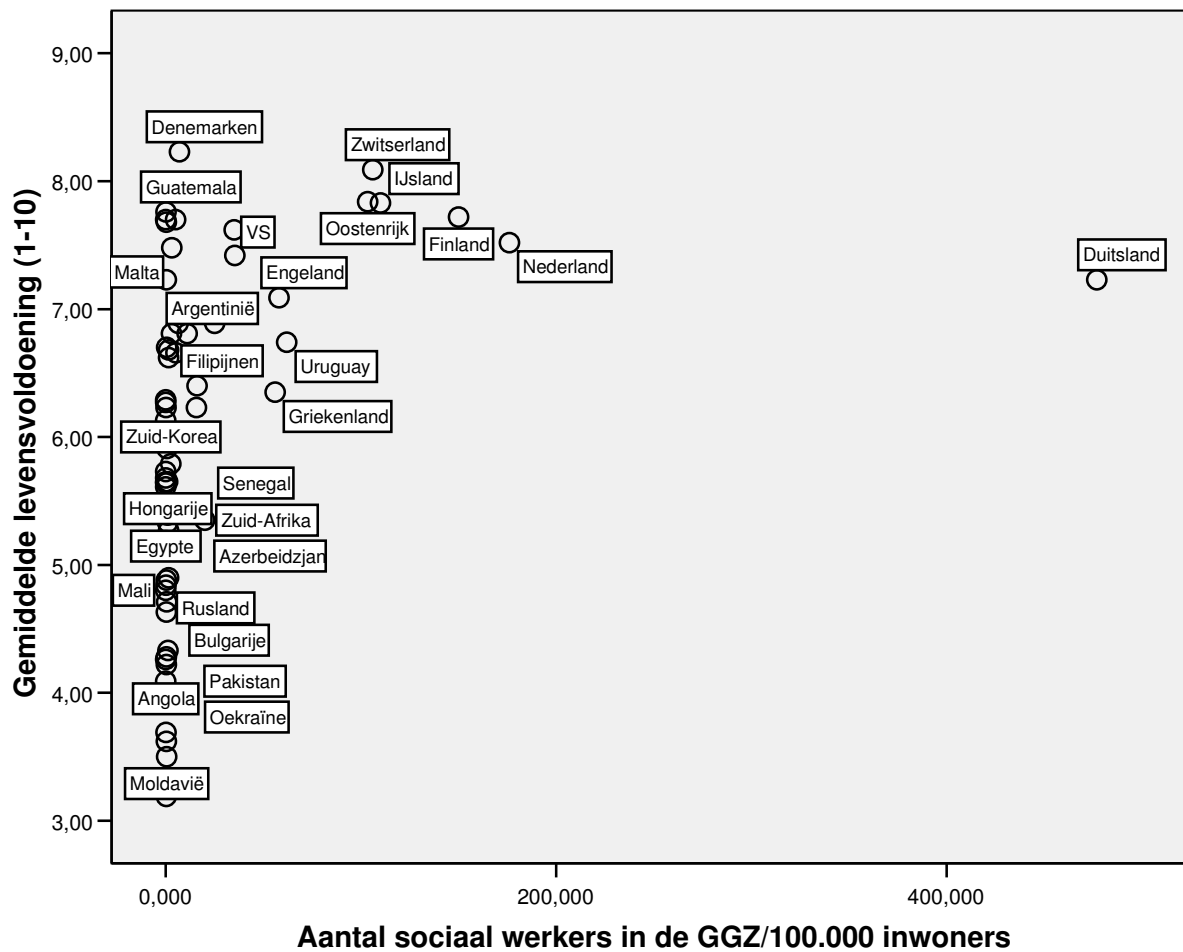
Figuur 2.4: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychiatrische bedden per 10.000 inwoners



Figuur 2.5: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal psychiaters per 100.000 inwoners



Figuur 2.8: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen het aantal sociaal werkers per 100.000 inwoners



Tabel 2.2: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese naties

Correlations

		1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population	Number of psychiatrist s/100,000 population
1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 68	,405** 66	,557** 67
Number of psychiatric beds/10,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,405** 66	1 80	,554** 80
Number of psychiatrists/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,557** 67	,554** 80	1 82
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,487** 61	,614** 74	,560** 75
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,559** 62	,337** 75	,715** 76
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,346* 54	,334** 64	,451** 65

Correlations

		Number of psychiatric nurses/100,000 population	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,487** ,000 61	,559** ,000 62	,346* ,010 54
Number of psychiatric beds/10,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,614** ,000 74	,337** ,003 75	,334** ,007 64
Number of psychiatrists/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,560** ,000 75	,715** ,000 76	,451** ,000 65
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,000 75	,489** ,000 72	,459** ,000 64
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,489** ,000 72	1 ,000 76	,441** ,000 63
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,459** ,000 64	,441** ,000 63	1 ,000 65

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 2.3: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner

Correlations

Control Variables			1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation	1,000	-,019
		Significance (2-tailed)	.	,895
		df	0	48
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation	-,019	1,000
		Significance (2-tailed)	,895	.
		df	48	0
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation	,299	,070
	Significance (2-tailed)	,035	,629	
	df	48	48	
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation	,204	,332	
	Significance (2-tailed)	,155	,019	
	df	48	48	
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation	,289	-,089	
	Significance (2-tailed)	,042	,541	
	df	48	48	
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation	,128	,059	
	Significance (2-tailed)	,374	,686	
	df	48	48	

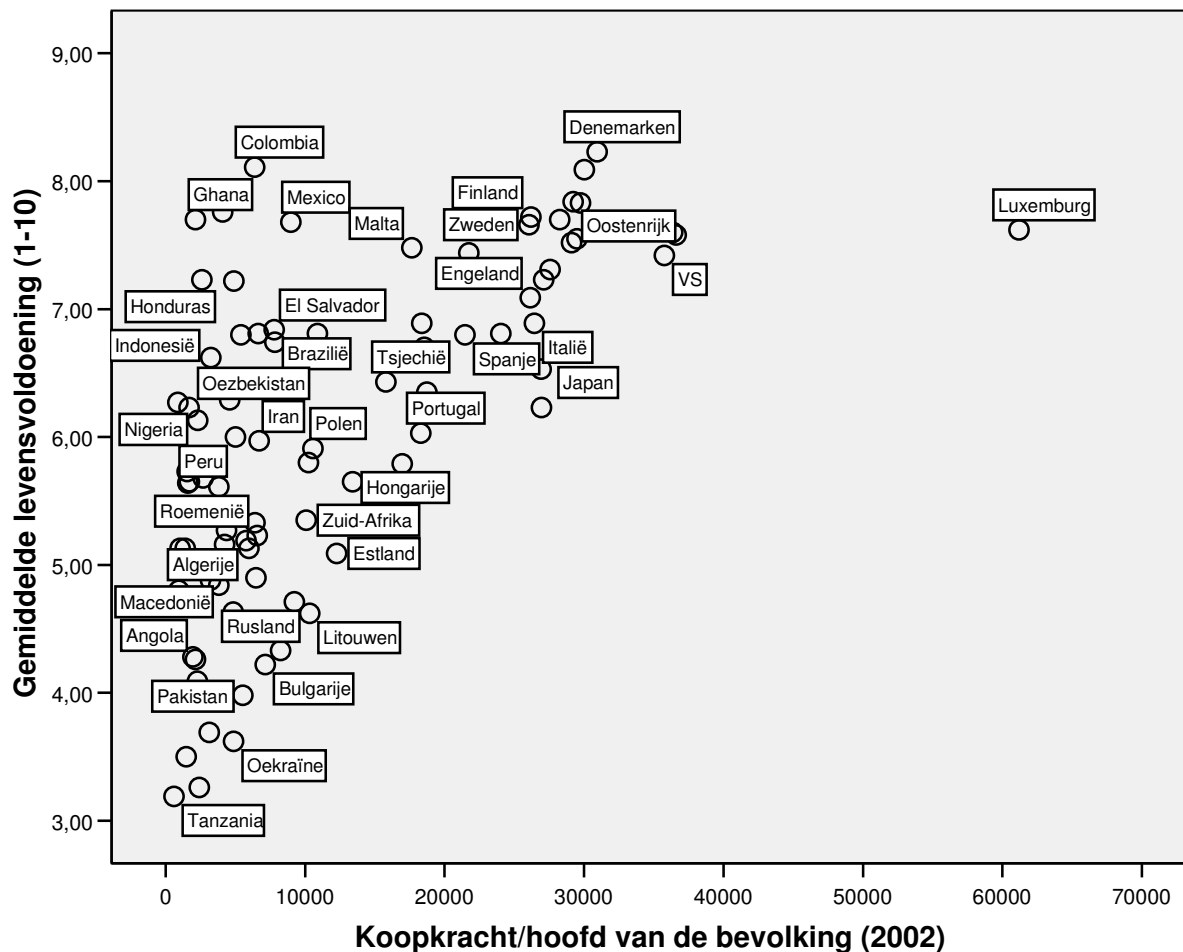
Correlations

Control Variables			Number of psychiatrists/100,000 population	Number of psychiatric nurses/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,299 ,035 48	,204 ,155 48
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,070 ,629 48	,332 ,019 48
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . 0	,148 ,306 48
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,148 ,306 48	1,000 . 0
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,621 ,000 48	,269 ,059 48
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,292 ,039 48	,247 ,084 48

Correlations

Control Variables			Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,289 ,042 48	,128 ,374 48
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,089 ,541 48	,059 ,686 48
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,621 ,000 48	,292 ,039 48
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,269 ,059 48	,247 ,084 48
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	,447 ,001 48
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,447 ,001 48	1,000 .0 0

Figuur 2.9: Scattergram van levensvoldoening uitgezet tegen de koopkracht per inwoner



Tabel 2.4: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, m.u.v. de Oost-Europese Naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner, uitgesplitst naar landen met een koopkracht per inwoner van minder en meer dan 10.000 USD

Warnings

No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: RGDP_02HL=.

RGDP_02HL = 1

Correlations^a

Control Variables			1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	-,066 ,739 26
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,066 ,739 26	1,000 .0 0
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,093 ,636 26	,484 ,009 26
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,138 ,485 26	,477 ,010 26
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,058 ,769 26	,098 ,620 26
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,102 ,606 26	,397 ,037 26

Correlations^a

Control Variables			Number of psychiatrists/100,000 population	Number of psychiatric nurses/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation	,093	-,138
		Significance (2-tailed)	,636	,485
		df	26	26
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation	,484	,477
		Significance (2-tailed)	,009	,010
		df	26	26
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation	1,000	,032
Significance (2-tailed)		.	,871	
df		0	26	
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation	,032	1,000	
	Significance (2-tailed)	,871	.	
	df	26	0	
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation	,677	-,043	
	Significance (2-tailed)	,000	,829	
	df	26	26	
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation	,934	-,114	
	Significance (2-tailed)	,000	,564	
	df	26	26	

Correlations^a

Control Variables			Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,058 ,769 26	,102 ,606 26
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,098 ,620 26	,397 ,037 26
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,677 ,000 26	,934 ,000 26
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,043 ,829 26	-,114 ,564 26
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	,574 ,001 26
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,574 ,001 26	1,000 .0 0

a. RGDP_02HL = 1

RGDP_02HL = 2

Correlations^a

Control Variables			1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	-,129 ,576 19
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,129 ,576 19	1,000 .0 0
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,562 ,008 19	-,122 ,599 19
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,470 ,032 19	,262 ,251 19
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,605 ,004 19	-,160 ,488 19
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,240 ,294 19	-,010 ,965 19

Correlations^a

Control Variables			Number of psychiatrists/100,000 population	Number of psychiatric nurses/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,562 ,008 19	,470 ,032 19
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,122 ,599 19	,262 ,251 19
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	,152 ,510 19
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,152 ,510 19	1,000 .0 0
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,702 ,000 19	,260 ,255 19
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,267 ,242 19	,227 ,323 19

Correlations^a

Control Variables			Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,605 ,004 19	,240 ,294 19
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,160 ,488 19	-,010 ,965 19
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,702 ,000 19	,267 ,242 19
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,260 ,255 19	,227 ,323 19
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	,438 ,047 19
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,438 ,047 19	1,000 .0 0

a. RGDP_02HL = 2

Tabel 2.5: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, slechts voor de Europese naties, m.u.v. de Oost-Europese Naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner

Warnings

Not enough cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is:
Continent=AAM
Not enough cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is:
Continent=AFRE
Not enough cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is:
Continent=OCE

Continent = EUR

Correlations^a

Control Variables			1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation	1,000	,248
		Significance (2-tailed)	.	,393
		df	0	12
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation	,248	1,000
		Significance (2-tailed)	,393	.
		df	12	0
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation	,492	-,164
	Significance (2-tailed)	,074	,576	
	df	12	12	
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation	,423	,364	
	Significance (2-tailed)	,132	,200	
	df	12	12	
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation	,679	-,151	
	Significance (2-tailed)	,008	,606	
	df	12	12	
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation	,142	,042	
	Significance (2-tailed)	,629	,888	
	df	12	12	

Correlations^a

Control Variables			Number of psychiatrists/100,000 population	Number of psychiatric nurses/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,492 ,074 12	,423 ,132 12
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,164 ,576 12	,364 ,200 12
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . 0	,024 ,936 12
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,024 ,936 12	1,000 . 0
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,700 ,005 12	,204 ,484 12
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,225 ,440 12	,110 ,708 12

Correlations^a

Control Variables			Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
2002 Purchasing power p/c	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation	,679	,142
		Significance (2-tailed)	,008	,629
		df	12	12
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation	-,151	,042
		Significance (2-tailed)	,606	,888
		df	12	12
Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation	,700	,225	
	Significance (2-tailed)	,005	,440	
	df	12	12	
Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation	,204	,110	
	Significance (2-tailed)	,484	,708	
	df	12	12	
Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation	1,000	,382	
	Significance (2-tailed)	.	,178	
	df	0	12	
Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation	,382	1,000	
	Significance (2-tailed)	,178	.	
	df	12	0	

a. Continent = EUR

Tabel 2.5: Correlatiematrix met de GGZ-indicatoren uitgezet tegen levensvoldoening, slechts voor de Europese naties, m.u.v. de Oost-Europese Naties, gecontroleerd voor koopkracht per inwoner en de domeinlevensvaardigheden depressie en stress

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Giorgio Touburg\Mijn documenten\Mijn schooldocumen
\statnatS_GIORGIO.sav

Warnings

No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: Continent=AAM
 No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: Continent=AFR
 No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: Continent=AFRE
 Not enough cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is:
 Continent=ASI
 No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: Continent=LAM
 No cases remain in a split file for Partial Corr. The split file is: Continent=OCE

Continent = EUR

Correlations^a

Control Variables			1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Number of psychiatric beds/10,000 population
2002 Purchasing power p/c & REGR factor score 1 for analysis 1	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . 0	,138 ,685 9
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,138 ,685 9	1,000 . 0
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,159 ,640 9	-,306 ,360 9
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,299 ,372 9	,291 ,386 9
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,435 ,181 9	-,378 ,251 9
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,077 ,821 9	-,028 ,935 9

Correlations^a

Control Variables			Number of psychiatrists/100,000 population	Number of psychiatric nurses/100,000 population
2002 Purchasing power p/c & REGR factor score 1 for analysis 1	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,159 ,640 9	,299 ,372 9
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,306 ,360 9	,291 ,386 9
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 . 0	,084 ,806 9
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,084 ,806 9	1,000 . 0
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,761 ,007 9	-,192 ,573 9
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,185 ,587 9	-,070 ,837 9

Correlations^a

Control Variables			Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Number of social workers working in mental health/100,000 population
2002 Purchasing power p/c & REGR factor score 1 for analysis 1	1995-2005 Composite of Life Satisfaction and Best/Worst possible life	Correlation Significance (2-tailed) df	,435 ,181 9	-,077 ,821 9
	Number of psychiatric beds/10,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,378 ,251 9	-,028 ,935 9
	Number of psychiatrists/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,761 ,007 9	,185 ,587 9
	Number of psychiatric nurses/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	-,192 ,573 9	-,070 ,837 9
	Number of psychologists working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	1,000 .0 0	,265 ,431 9
	Number of social workers working in mental health/100,000 population	Correlation Significance (2-tailed) df	,265 ,431 9	1,000 .0 0

a. Continent = EUR

Naam natie	Continentcode	Soort natie	Koopkracht per hoofd van de bevolking in 2002 (USD)	een koopkracht per inwoner over 2002 dan 10.000 USD?	Gemiddelde levensvoldoening (1-10)	Aantal psychiatrische bedden per 10.000 inwoners	aantal psychiaters per 100.000 inwoners	aantal psychiatrische verplegers per 100.000 inwoners	Aantal psychologen werkzaam in de GGZ/100.000 inwoners
Albanië	EUR	Oost-Europees	4.830	Nee	4,63	2,500	2,200	4,200	0,200
Algerije	AFR	Midden-Oosten	5.760	Nee	5,19	1,400	1,100	1,100	0,800
Angola	AFRE	Afrikaans	2.130	Nee	4,26	0,130	0,000	0,000	0,000
Argentinië	LAM	Latijns-Amerikaans	10.880	Ja	6,81	6,000	13,250		106,000
Armenië	EURE	Oost-Europees	3.120	Nee	3,69	4,800	4,000	0,000	0,400
Australië	OCE	Westers	28.260	Ja	7,70	3,900	14,000	53,000	5,000
Azerbeidzjan	EURE	Oost-Europees	3.210	Nee	4,88	7,100	5,000	3,900	0,200
Bangladesh	ASI	Aziatisch	1.700	Nee	5,65	0,065	0,050	0,060	0,002
België	EUR	Westers	27.570	Ja	7,31	22,100	18,000		
Bolivia	LAM	Latijns-Amerikaans	2.460	Nee	5,78	0,791	0,900		5,000
Bosnië-Herzegovina	EUR	Oost-Europees	5.970	Nee	5,13	3,600	1,800	10,000	0,500
Brazilië	LAM	Latijns-Amerikaans	7.770	Nee	6,84	2,560	4,800		31,800
Bulgarije	EURE	Oost-Europees	7.130	Nee	4,22	8,300	9,000	15,000	0,900
Canada	AAM	Westers	29.480	Ja	7,55	19,340	12,000	44,000	35,000
Chili	LAM	Latijns-Amerikaans	9.820	Nee	6,68	1,270	4,000	1,100	15,700
China	ASI	Aziatisch	4.580	Nee	6,29	1,060	1,290	1,990	
Colombia	LAM	Latijns-Amerikaans	6.370	Nee	8,11		2,000		
Cyprus	EUR	Westers	18.360	Ja	6,89	5,200	5,000	45,000	19,300
Denemarken	EUR	Westers	30.940	Ja	8,23	7,100	16,000	59,000	85,000
Dominicaanse Republiek	LAM	Latijns-Amerikaans	6.640	Nee	6,81	0,370	2,000	0,400	2,200

Duitsland	EUR	Westers	27.100 Ja	7,23	7,500	11,800	52,000	51,500
Egypte	AFR	Midden-Oosten	3.810 Nee	4,84	1,300	0,900	2,000	0,400
El Salvador	LAM	Latijns-Amerikaans	4.890 Nee	7,22	0,650	0,500	0,000	31,200
Engeland	EUR	Westers	26.150 Ja	7,09	5,800	11,000	104,000	9,000
Estland	EURE	Oost-Europees	12.260 Ja	5,09	10,200	13,000	0,000	
Filipijnen	ASI	Aziatisch	4.170 Nee	6,40	0,900	0,400	0,400	0,900
Finland	EUR	Westers	26.190 Ja	7,72	10,000	22,000	180,000	79,000
Frankrijk	EUR	Westers	26.920 Ja	6,53	12,000	22,000	98,000	5,000
Georgië	EURE	Oost-Europees	2.260 Nee	4,09	2,100	6,000	24,000	
Ghana	AFR	Afrikaans	2.130 Nee	7,70	1,030	0,080	2,000	0,040
Griekenland	EUR	Westers	18.720 Ja	6,35	8,700	15,000	3,000	14,000
Guatemala	LAM	Latijns-Amerikaans	4.080 Nee	7,76	0,350	0,540	0,040	0,700
Honduras	LAM	Latijns-Amerikaans	2.600 Nee	7,23	0,600	0,760	0,000	0,500
Hongarije	EURE	Oost-Europees	13.400 Ja	5,65	9,600	9,000	19,000	2,000
Ierland	EUR	Westers	36.360 Ja	7,60	9,430	6,820	136,000	12,710
IJsland	EUR	Westers	29.750 Ja	7,83	5,000	25,000	33,000	60,000
India	ASI	Aziatisch	2.670 Nee	5,68	0,250	0,200	0,050	0,030
Indonesië	ASI	Aziatisch	3.230 Nee	6,62	0,400	0,210	0,900	0,300
Iran	ASI	Midden-Oosten	6.690 Nee	5,97	1,600	1,900	0,500	2,000
Israël	ASI	Midden-Oosten	19.530 Ja	6,66	8,100	13,700	10,700	35,600
Italië	EUR	Westers	26.430 Ja	6,89	4,630	9,800	32,900	3,200
Ivoorkust	AFR	Afrikaans	1.520 Nee	5,73	0,150	0,200	0,200	0,070
Japan	ASI	Aziatisch	26.940 Ja	6,23	28,400	9,400	59,000	7,000
Jordanië	ASI	Midden-Oosten	4.220 Nee	5,16	1,570	1,000	2,000	0,600
Kenia	AFR	Afrikaans	1.020 Nee	5,13	0,400	0,200	2,000	0,010
Kroatië	EUR	Oost-Europees	10.240 Ja	5,80	2,600	8,700		
Letland	EURE	Oost-Europees	9.210 Nee	4,71	13,800	10,000	40,000	2,000
Libanon	ASI	Midden-Oosten	4.360 Nee	5,27	7,500	2,000	5,300	0,600
Litouwen	EURE	Oost-Europees	10.320 Ja	4,62	10,000	15,000	36,000	5,000
Luxemburg	EUR	Westers	61.190 Ja	7,62	10,500	12,000	35,000	28,000

Macedonië	EUR	Oost-Europees	6.470 Nee	4,90	8,200	7,500	24,000	2,000
Mali	AFR	Afrikaans	930 Nee	4,80	0,200	0,060	0,150	0,020
Malta	EUR	Westers	17.640 Ja	7,48	18,900	4,000	102,000	2,600
Marokko	AFR	Midden-Oosten	3.810 Nee	5,61	0,783	0,400	2,200	0,030
Mexico	LAM	Latijns-Amerikaans	8.970 Nee	7,68	0,667	2,700	0,100	
Moldavië	EURE	Oost-Europees	1.470 Nee	3,50	6,700	9,000	30,500	0,700
Nederland	EUR	Westers	29.100 Ja	7,52	18,700	9,000	99,000	28,000
Nieuw-Zeeland	OCE	Westers	21.740 Ja	7,44	3,800	6,600	74,000	28,000
Nigeria	AFR	Afrikaans	860 Nee	6,27	0,400	0,090	4,000	0,020
Noorwegen	EUR	Westers	36.600 Ja	7,58	12,000	20,000	42,000	68,000
Oeganda	AFR	Afrikaans	1.390 Nee	5,13	0,440	1,600	2,000	2,000
Oekraïne	EURE	Oost-Europees	4.870 Nee	3,62	9,600	8,900	34,000	0,060
Oezbekistan	ASI	Midden-Oosten	1.670 Nee	6,23	3,100	3,300	7,200	0,050
Oostenrijk	EUR	Westers	29.220 Ja	7,84	6,500	11,800	37,800	49,000
Pakistan	ASI	Aziatisch	1.940 Nee	4,28	0,240	0,200	0,080	0,200
Peru	LAM	Latijns-Amerikaans	5.010 Nee	6,00	0,470	2,060	6,000	4,000
Polen	EURE	Oost-Europees	10.560 Ja	5,91	7,800	6,000	18,400	3,400
Portugal	EUR	Westers	18.280 Ja	6,03	7,500	4,700	10,100	2,000
Roemenië	EURE	Oost-Europees	6.560 Nee	5,23	7,600	4,100	8,900	4,500
Rusland	EURE	Oost-Europees	8.230 Nee	4,33	11,500	13,300	50,000	1,900
Senegal	AFR	Afrikaans	1.580 Nee	5,64	0,300	0,160	0,060	0,040
Singapore	ASI	Aziatisch	24.040 Ja	6,81	6,100	2,300	10,400	1,000
Slovenië	EURE	Oost-Europees	18.540 Ja	6,70	8,460	5,350	5,800	1,650
Slowakije	EUR	Oost-Europees	12.840 Ja	5,39	9,000	10,000	32,000	3,000
Spanje	EUR	Westers	21.460 Ja	6,80	4,400	3,600	4,200	1,900
Tanzania	AFR	Afrikaans	580 Nee	3,19	0,700	0,040	2,000	0,005
Tsjechië	EUR	Oost-Europees	15.780 Ja	6,43	11,400	12,100	33,000	4,900
Turkije	ASI	Midden-Oosten	6.390 Nee	5,33	1,300	1,000	3,000	1,000
Uruguay	LAM	Latijns-Amerikaans	7.830 Nee	6,74	5,400	22,900	0,850	15,100
Venezuela	LAM	Latijns-Amerikaans	5.380 Nee	6,80	2,500	24,000		

Verenigde Staten	AAM	Westers	35.750 Ja	7,42	7,700	13,700	6,500	31,100
Vietnam	ASI	Aziatisch	2.300 Nee	6,13	0,630	0,320	0,300	0,060
Wit-Rusland	EURE	Oost-Europees	5.520 Nee	3,98	1,400	10,100	25,600	1,140
Zimbabwe	AFR	Afrikaans	2.400 Nee	3,26	1,200	0,100	4,600	0,900
Zuid-Afrika	AFR	Afrikaans	10.070 Ja	5,35	4,500	1,200	7,500	4,000
Zuid-Korea	ASI	Aziatisch	16.950 Ja	5,79	13,800	3,500	10,100	0,800
Zweden	EUR	Westers	26.050 Ja	7,66	6,000	20,000	32,000	76,000
Zwitserland	EUR	Westers	30.010 Ja	8,09	13,200	23,000	46,000	40,800

Aantal sociaal werkers in de GGZ per 100.000 inwoners	Over the past 4 weeks, have you felt downhearted and depressed? (% never + rarely)	Over the past 4 weeks, have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up? (% never + rarely)	Over the past 4 weeks, have you felt particularly tense? (% never + rarely)	Factorscore van de 3 voorgaande variabelen
0,400				
0,000				
0,000				
11,000				
0,080				
5,000				
0,300				
0,001	83	75	51	0,44777
0,030				
0,300	70	70	51	-0,45320
1,500				
0,000				
25,000	77	70	35	-0,69607
7,000	87	83	66	1,64356

477,000	84	80	48	0,64624
0,100				
58,000	81	75	57	0,60240
	79	73	52	0,20867
16,000				
150,000	84	77	70	1,35986
	85	72	47	0,29187
0,000				
0,030				
56,000	70	66	36	-1,21897
0,070				
0,260				
1,000	73	76	51	-0,01457
47,700	83	78	61	1,00359
110,000				
0,030				
1,500				
0,600				
5,180				
6,400	65	55	35	-2,03495
0,030				
15,700				
2,000				
0,200				
	73	64	40	-0,99487
0,500	75	64	46	-0,65477
1,500				
	61	54	52	-1,63801
35,000	87	77	57	1,01783

1,500				
0,010				
3,100	77	66	56	-0,06736
0,007				
0,200				
0,500				
176,000	83	78	53	0,69370
0,020				
2,000				
0,400				
0,100				
103,400	76	78	56	0,43301
0,400				
1,000				
0,600	75	61	51	-0,59965
1,600	73	67	56	-0,23655
	67	66	46	-0,99315
1,200				
0,035				
3,000				
0,450	79	74	54	0,33233
1,000	78	75	53	0,28593
	76	72	58	0,23337
0,200				
	82	79	56	0,80225
1,000	69	49	36	-2,05795
62,000				

35,300
0,000
0,000
0,200
20,000
2,600
106,000

90

80

65

1,62780