

# De mythes bevraagd

**zorg net**  
icuro

Resultaten van de Public Mental Health Monitor  
2023

## COLOFON

**Redactie:**

Ronny Bruffaerts, Mark Leys, Gwendolyn Portzky, Kris Van den Broeck, Gorik Kaesemans, Leontien Jansen, Rozemarijn Jeannin, Erik Bootsma

**Eindredactie:**

Lieve Dhaene, Yves Wuyts, Eva de Wal

D/2024/12067/1  
ISBN 9789491323522  
©2024 Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

**Citeren als:**

Bruffaerts, R. et al. 2024. De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
post@zorgnet-icuro.be  
www.zorgnet-icuro.be



# De mythes bevraagd

Resultaten van de Public Mental Health Monitor  
2023

# WOORD VOORAF

Psychiater Thomas Pattyn legde in 2021 in een opiniestuk in *Knack* de vinger op een pijnlijke wonde. Hij schetste het beeld van hulpverleners druk in de weer om de golven aan psychische zorgnoden te bemeesteren zonder te weten hoe hoog die golven eigenlijk zijn en welke richting we best uitvaren. Hij drukte het zo uit: “We hebben een heuse vuurtoren nodig, een hoge, stevige cijfervuurtoren die met regelmaat zijn licht werpt op de geestelijke gezondheid en ons toont waar alle klippen zijn en van waar de tsunami’s komen.”

In 2021 publiceerde Zorgnet-Icuro *De mythes voorbij*. In deze brochure voerden we een sterk pleidooi om bij de hervorming en versterking van de geestelijke gezondheidszorg niet blind alle kanten op te varen met buikgevoel en hardnekkige mythes als kompas. We zijn ervan overtuigd dat we beleidskeuzes moeten baseren op een wetenschappelijke benadering vanuit het public health perspectief. Sindsdien gingen we verder op de ingeslagen weg. Sinds midden 2022 financiert Zorgnet-Icuro een interuniversitaire leerstoel

voor de duur van drie jaar. Vier academici uit vier verschillende universiteiten bundelen daarbij hun krachten om te komen tot een onderbouwde cijfervuurtoren, een *Public Mental Health Monitor* voor Vlaanderen. De monitor wil op een systematische manier epidemiologische data verzamelen over de prevalentie van psychische stoornissen en het zorggebruik bij de bredere bevolking. De monitor wil hiermee een stuk verder gaan dan de gegevens die nu beschikbaar zijn.

Zorgnet-Icuro wil met de leerstoel de basis leggen voor een duurzaam instrument met indicatoren ter ondersteuning van beleidsvorming op federaal, Vlaams en netwerkniveau. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in ons land viert binnenkort haar vijftiende verjaardag. Dit langdurig en ingrijpend veranderingsproces wil de zorg dichterbij de patiënt brengen en die patiënt ook meer aan het roer van zijn zorg zetten. De roep om alle partners in de zorg daarbij ook een datakompas te bezorgen is niet nieuw, maar krijgt met dit interuniversitair project concrete invulling.

Regelmatige rapportage over de verzamelde gegevens aan alle belanghebbenden vormt een onderdeel van de leerstoel. Met deze publicatie presenteren we de resultaten van de eerste reeks bevragingen bij volwassenen in Vlaanderen. Hoe vaak komen psychische stoornissen voor? Wanneer, hoe, waar en bij wie zoeken personen met psychische stoornissen hulp? Op basis daarvan formuleren we een aantal beleidsaanbevelingen.

Margot Cloet,  
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Het werk is met deze eerste studieronde verre van af. We plannen in 2024 de monitor uit te breiden naar de minderjarige populatie en zullen rond specifieke thema’s heel concrete beleidsvoorstellen uitwerken. Samen met alle belanghebbenden hopen we dat deze leerstoel een fundament legt dat kan uitgroeien tot de stevige cijfervuurtoren die de geestelijke gezondheidszorg nodig heeft.

Koen Michiels,  
Voorzitter Zorgnet-Icuro

# INLEIDING

## Over het public health perspectief en het bijhorend instrumentarium

Het is de ambitie van de *Public Mental Health Monitor* om de geestelijke gezondheidszorg te onderbouwen met wetenschappelijke data in plaats van te vertrekken van vastgeroeste, al dan niet foute veronderstellingen. We willen hiermee het public health perspectief toepassen voor het veld van de psychische gezondheid in Vlaanderen. Public health vertrekt niet van het bestaande aanbod van zorg- en welzijnsactoren, maar stelt de zorgbehoefte van zowel de individuele burger als van de globale bevolking centraal. De actuele psychische noden in die bevolking worden bekeken in relatie tot de sociaal-economische context. In die logica vormt de zorgbehoefte de basis voor de toegang tot zorg. Uit dit perspectief volgt een sterke klemtoon op primaire preventie (het voorkomen dat problemen ontstaan), op gemeenschaps- en populatiegerichte interventies en op de kosteneffectiviteit van elke interventie. Voor de zorgverstrekkers gaat het om een echte *paradigmashift*. “Wat doen we het beste voor deze patiënt” is niet langer het enige leidmotief, wel de vraag “hoe vervullen we op de beste manier de totale zorgbehoefte in onze regio?”.

Om die fundamentele shift te maken ontbreekt het ons in de geestelijke gezondheidszorg van vandaag aan de geschikte tools. Over de toegangswegen tot zorg hebben we relatief weinig onderbouwde data. In het publieke discours vervallen we vaak in clichés over wachttijden en een versnipperd landschap. Een wetenschappelijk onderbouwd zicht op de vraag hoelang het duurt voor iemand anno 2023 met een psychische stoornis wordt geholpen, hebben we niet. Niemand trekt het belang van preventie in twijfel, net zo min als het pleidooi om sterker in te zetten op groepsaanbod. Maar toch blijven we in ons denken en handelen vooral uitgaan van de standaard één-op-één behandeling. En als we in Vlaanderen praten over de prevalentie van psychische pathologie beroepen we ons ofwel op eenmalige enquêtes die vooral klachten in beeld brengen ofwel moeten we teruggrijpen naar verouderde wetenschappelijke data uit het begin van deze eeuw. Om de hamvraag te kunnen beantwoorden - hoe vaak komt psychische pathologie vandaag voor in Vlaanderen? - hebben we nood aan een *Public Mental Health Monitor* met actuele

epidemiologische gegevens en trends. Daarbij is het essentieel om het verschil tussen klachten en stoornissen heel goed te begrijpen.

## Over klachten en stoornissen

De coronapandemie bracht een vloedgolf aan bevragingen van onze psychische gezondheid met zich mee. Vaak vielen daar wel wat methodologische vraagtekens bij te plaatsen. Eén grote conclusie kwam telkens terug: het gaat zeer slecht met onze geestelijke gezondheid. Een denkfout die - zeker bij de berichtgeving over deze enquêtes - vaak wordt gemaakt, is het gelijkstellen van klachten aan stoornissen.

Iedereen heeft in zijn leven weleens depressieve of angstige gevoelens of klachten. Vaak ontstaan die als een reactie op iets wat men meemaakt, bijvoorbeeld een relatiebreuk, het overlijden van een dierbare, het verlies van een job... Vaak gaan die klachten na verloop van tijd uit zichzelf over

of worden ze herleid tot een probleem “waar mee te leven valt”. Soms ook niet. Een schokkende gebeurtenis meemaken of slachtoffer zijn van bijvoorbeeld verwaarlozing, geweld, misbruik... blijft sterk nazinderen. Dan kunnen psychische stoornissen ontstaan die soms pas vele jaren later merkbaar zijn of zich uiten op latere leeftijd.

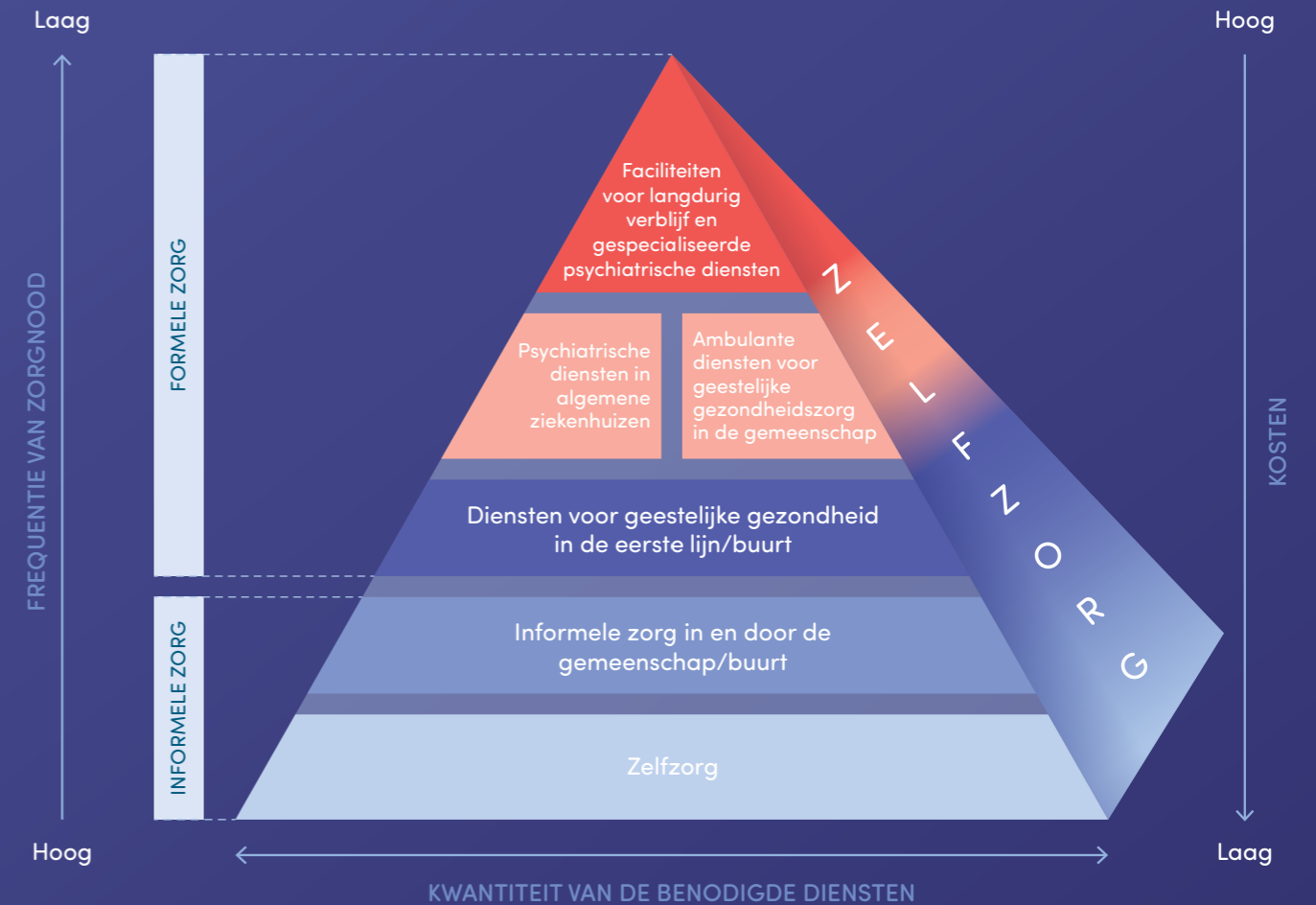
Een psychische stoornis is iets anders dan een klacht of een gevoel. Bij een stoornis is het psychisch evenwicht langdurig verstoord met een negatief effect op het functioneren op verschillende levensdomeinen, bijvoorbeeld de lichamelijke en psychische gezondheid, het werk, sociale relaties, financiën... Sociale rollen als partner, als ouder of kind, als werknemer, leerling, collega, vriend, buur... staan dan zwaar onder druk. De *Public Mental Health Monitor* brengt de prevalentie van psychische stoornissen in kaart. Hiermee willen we een scherper zicht krijgen op hoe het aanbod en de werking van psychische hulpverlening en preventie optimaal afgestemd kunnen worden op de noden in de samenleving.

## Over de huidige organisatie van geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

In 2009 tekende de Wereldgezondheidsorganisatie een **piramide** uit die de ideale mix van diensten en actoren (in de ruime zin van het woord) ter ondersteuning van de psychische gezondheid weergeeft. De brede basis wordt gevormd door voldoende kennis en vaardigheden rond zelfzorg bij de hele bevolking, bijvoorbeeld voldoende aandacht voor lichaamsbeweging, gezonde voeding, slaaphygiëne... Die focus op gezondheidsvaardigheden en zelfzorg loopt trouwens als een rode draad doorheen alle niveaus van de piramide. Naarmate de piramide naar boven toe smaller wordt, zien we een shift van informele naar formele zorg en een daling in de frequentie van zorgnood. Op de tweede laag van de piramide vinden we de zogenaamde informele zorg in en door de buurt. Bijvoorbeeld de deugdlopende babbel die verdergaat dan alleen “ça va” in het ruime verenigingsleven, de sportclubs, de ontmoetingscentra,... of educatieve groepsessies in een buurthuis. Pas op trede drie staan de gesubsidieerde diensten en actoren voor ggz op de eerste lijn. Een groot bereik qua

zorgbehoefte staat er tegenover een relatief lage kost. Nog hoger in de piramide staan de psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen en de ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg (zoals de CGG of de ambulante centra voor psychosociale revalidatie). Helemaal bovenaan de piramide staat de langdurige en gespecialiseerde psychiatrische zorg. Van alle burgers zijn er het minst aantal burgers die nood hebben aan die zorgvormen. Ze kosten de maatschappij “per eenheid” wel het meest.

De laatste jaren investeerde ons land sterk in de eerste laag van formele zorg via de zogenaamde conventie voor psychologische zorg op de eerste lijn. Centrale dynamiek in de hervorming van de Belgische geestelijke gezondheidszorg, die startte in 2010, is het inzetten op het **vermaatschappelijken** van zorg. Het doel is om de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Behandeling en herstel worden



zoveel mogelijk via mobiele of ambulante zorgvormen gerealiseerd. Uiteraard blijft er voor een bepaald deel van de populatie nood aan zorg in residentiële of hooggespecialiseerde settings. De focus in de hervorming ligt dus zowel op de ambulante en mobiele zorg als op de uitbouw van laagdrempelige basiszorg, én op het intensifiëren van de meer gespecialiseerde zorg. Die hervorming van het geheel van het aanbod geestelijke gezondheidszorg is een werk van lange adem en ontrolt zich in een samenspel tussen vele actoren in de netwerken voor geestelijke gezondheid. Die netwerken zijn geografisch afgebakende gebieden van 400 à 500.000 inwoners in een bepaalde regio. In Vlaanderen en Brussel zijn er 13 netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen en 6 voor kinderen en jongeren.

## Populatiemonitoring

In de ggz is het vanuit een *public health* perspectief essentieel om een zicht te krijgen op de hoeveelheid en de aard van psychische stoornissen op het niveau van de algemene bevolking. Ook een inschatting van het aantal personen die effectief en tijdig toegang hebben tot zorg is van belang. Dat proces heet “populatiemonitoring” en bestaat uit drie grote componenten:

- Het verzamelen van **epidemiologische gegevens** over psychische stoornissen op populatie- en netwerkniveau is een essentiële eerste stap in de ontwikkeling van populatiemonitoring. Epidemiologische gegevens bieden immers op het niveau van de bevolking én op het niveau van de netwerken een indicatie van het voorkomen van psychische stoornissen én een indicatie van bijvoorbeeld *met*, *unmet* en *overmet need*.
- Het verzamelen van **zorggebruikgegevens** voor psychische stoornissen op netwerkniveau. Het gaat dan onder meer over de plaats en het moment van aanmelding, de doorverwijzing, de wachttijd voor een behandeling kan starten, het type zorgverlener, de locatie enz. De combinatie van die twee elementen maakt het op netwerkniveau mogelijk om populatiegegevens te vergelijken met behandelgegevens, waardoor we zicht krijgen op specifieke hiaten in de toegang tot zorg en/of behandelpatronen.
- De resultaten moeten vervolgens gesitueerd en geïnterpreteerd worden in het licht van de **sociaal-demografische gegevens** die variëren per en binnen de verschillende netwerken. Netwerken kunnen immers intern sterk verschillen in functie van sociale, economische of demografische variabelen. Die elementen kunnen vervolgens een leidraad zijn voor regionale en/of lokale noden van de bevolking.

In deze publicatie rapporteren we over de eerste doelstelling van een populatiemonitor: de epidemiologie van psychische stoornissen op Vlaams niveau. Hoe vaak komen ze voor, wat is het hulpzoekgedrag en hoe lang zijn de uitsteltijden tot het zoeken van zorg. In de publicatie *De mythes voorbij* over het *public health* perspectief definieerden we eerder de cruciale meetbare componenten van onze geestelijke gezondheidszorg:

- **Unmet need:** niet-ingevulde zorgnood. We spreken van *unmet need* als een persoon voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de voorafgaande 12 maanden en die persoon géén toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg in dezelfde periode.
- **Met need:** ingevulde zorgnood. We spreken van *met need* als een persoon voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de voorafgaande 12 maanden én die persoon toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg in datzelfde jaar. Iemand die zich heeft aangemeld maar wacht op een behandeling, valt in deze WHO-definitie onder *met need*. Bovendien wordt in deze definitie geen onderscheid gemaakt in de locatie, de mate van specialisatie of de kwaliteit van de aangeboden zorg.

- **Overmet need:** patiënten zonder psychische stoornis die toch een behandeling krijgen.
- **Minimal adequate treatment (MAT):** generische term die slaat op de mate van adequaatheid van een behandeling. Er bestaan hiervan verschillende definities en meetinstrumenten.

## Datacollectie en gemeten variabelen

### Methodologie

Een eerste stap in het proces van populatiemonitoring is het verzamelen van specifieke gegevens over de psychische gezondheid van de Vlaamse bevolking. Hoewel Sciensano in de opeenvolgende Nationale Gezondheidsenquêtes - ook in Vlaanderen - op een gestandaardiseerde wijze valide schattingen maakt van psychische gezondheids- en welzijnsindicatoren, zijn de gemeten indicatoren meestal algemeen en kunnen we ze niet gebruiken om schattingen te maken voor specifieke *outcomes* zoals *met* en *unmet need*.

We verzamelden epidemiologische gegevens bruikbaar voor de 13 netwerken geestelijke gezondheid in Vlaanderen en Brussel. De gegevens

werden verzameld via zelfingevulde web-based bevestigingen in het Nederlands die werden uitgevoerd in december 2023.

De deelnemers werden geworven door Profacts® en de panels van hun partners ([www.profacts.be](http://www.profacts.be)).

Profacts stond in voor het rekruteren van de respondenten; KU Leuven stond in voor het ontwerp van de vragenlijst, de kwaliteitscontrole van de verkregen gegevens, additionele data cleaning, statistische analyse en rapporteringen. Het effectieve veldwerk werd nauwkeurig opgevolgd door de twee partners. Respondenten uit bestaande panels (i.c. Profacts en hun gerelateerde panels) werden aangeschreven met de vraag te participeren aan een onderzoek over psychische gezondheid. De verzamelde data zijn representatief voor de doelpopulatie in Brussel en het Vlaams Gewest. Omwille van de onlinebevestiging en bestaande panels gaat het hier niet om een volledig willekeurige steekproef. De steekproef werd getrokken volgens de socio-demografische opbouw van de volwassen bevolking in Brussel en het Vlaams gewest in functie van leeftijd, opleiding, geslacht en netwerk ggz. Aangezien het hier gaat over een panelstudie met bestaande panels is het niet aangewezen om de effectieve *response rate* te berekenen. Na het veldwerk werden de steekproefdata gewogen voor de verdeling van de populatie (naar leeftijd, geslacht en regio) zodat voor deze variabelen een representatieve steekproef per

netwerk werd bekomen. De statistische gewichten varieerden tussen 0.96 en 1.05. Het studieprotocol werd beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie van UZ Leuven / KU Leuven (S66122).

## Gemeten psychische stoornissen en problemen

De vragenlijst is gebaseerd op het instrument van de *World Mental Health* (WMH) survey, het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).<sup>1</sup> De vragenlijstenbatterij is een screeningsinstrument voor het bestaan van zowel psychische stoornissen als psychische problemen die (nog) niet de diagnostische drempel halen. Het onderzoeksinstrument bestaat uit een aantal gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten voor *common mental disorders*: **stemmingsstoornissen** (majeur depressieve episode, mania/hypomanie), **angststoornissen** (gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, paniekaanvallen en sociale angststoornis), **stoornissen in het alcohol- en middelengebruik**. De *ADHD Self-Report Scale* is een **screeningsinstrument voor ADHD**-gerelateerde problemen op volwassen leeftijd.

We includeerden ook standaardscreeningsvragen naar suïcidaliteit en suïcidaal gedrag en externaliserende problemen en stoornissen: **eetproblemen, niet-suïcidaal zelfverwondend**

**gedrag** en de **intermittent explosieve stoornis**.

We spreken van **psychotische symptomen** bij meer dan drie symptomen én een aanvangsleeftijd onder de 20 jaar. In elk van bovenstaande schalen werd ook de aanvangsleeftijd ingeschat. Psychiatrische comorbiditeit werd gedefinieerd aan de hand van het voldoen aan diagnostische criteria van meer dan één psychische stoornis.

Omdat niet enkel het *aantal* diagnostische criteria belangrijk is in het identificeren van een psychische stoornis, maar ook de impact ervan op het dagelijkse leven, spreken we van een psychische stoornis wanneer de deelnemer zowel voldoet aan de criteria van een bepaalde aandoening én heeft aangegeven dat de aanwezige stoornis minstens een matige tot ernstige impact heeft op het dagelijkse leven.

## Zorggebruik, uitstel en barrières ten aanzien van behandeling

We gebruikten de gold standard vragen rond zorggebruik van de CIDI-3.0, gecombineerd met toevoegingen voor specifieke attitudes ten aanzien van behandeling. Met “zorggebruik” bedoelen we minstens één contact met een professionele hulpverlener omwille van emotionele problemen of geestelijke gezondheid in het afgelopen jaar. We geven ook de proportie personen aan die ooit

in hun leven in behandeling zijn geweest, alsook door welke discipline men is behandeld (huisarts, psycholoog, psychiater, zelfhulp...) of waar ze zijn behandeld (bijvoorbeeld in een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg), of men medicatie heeft gekregen of niet. **Medicamenteuze behandeling** wordt gedefinieerd als minstens één voorgeschreven dosis medicatie omwille van emotionele problemen in de afgelopen 12 maanden. **Psychologische behandeling** wordt gedefinieerd als minstens twee therapeutische consulten bij een professionele hulpverlener in de afgelopen 12 maanden, die minstens 15 minuten duurden. Deze module includeert ook specifieke redenen die de patiënt naar de behandeling hebben gebracht, specifieke verwachtingen ten aanzien van de behandeling, een eventuele uitsteltermijn in het zetten van de stap naar professionele hulpverlening en de redenen om zorg uit te stellen.

# 1.

## Is het aantal stoornissen de jongste twintig jaar sterk gestegen?

**In “De mythes voorbij” toonden we met de toen beschikbare data aan dat het niet zo is dat psychische stoornissen doorheen de jaren meer en meer voorkomen. De toegenomen media-aandacht voor mentaal welzijn en het groeiend aantal mensen met psychische kwetsbaarheid die zich “outen”, deed nochtans de afgelopen jaren die indruk ontstaan. De coronapandemie zette de psychische problematiek nog meer in de spotlight en gaf soms extra voeding aan de mythe dat er een tsunami is aan psychische stoornissen. Wat leert de Public Mental Health Monitor ons in 2023 over de prevalentie van psychische stoornissen in Vlaanderen? Hoe evolueren de vaak voorkomende stoornissen? Zijn er aandachtspunten? Kunnen we ook de minder vaak voorkomende stoornissen inschatten op het niveau van de totale bevolking? Is er een causaal verband tussen covid en de prevalentie van psychische problematiek?**

*Common mental disorders* zijn de stoornissen die het vaakst voorkomen en het vaakst in beeld zijn gebracht op het niveau van de algemene bevolking. Doorgaans onderscheiden we drie grote groepen of klassen psychische stoornissen:

- Angststoornissen
- Stemningsstoornissen
- Stoornissen gerelateerd aan alcoholgebruik

In lijn met eerdere bevindingen uit de klinische praxis rees in de afgelopen decennia de hypothese dat er zich **een vierde groep vaak voorkomende stoornissen manifesteert bij volwassenen: de externaliserende stoornissen**. We wisten al eerder dat stoornissen zoals ADHD, de intermitterende explosieve stoornis of gedragsstoornissen wel vaker voorkomen bij kinderen en adolescenten. Ondertussen weten we ook dat de meerderheid van die kinderen en adolescenten volwassen wordt met een pathologie of klinische symptomen in dezelfde lijn.<sup>2</sup>

Los hiervan wisten we eigenlijk niet goed hoe vaak psychotische symptomen voorkomen in de maatschappij. Veel mensen hebben af en toe in hun leven een psychotisch symptoom<sup>3</sup> maar we wisten eigenlijk niet goed in welke mate psychotische symptomen zich samen voordoen. Zicht krijgen op het aantal personen dat psychotische symptomen heeft, is belangrijk. Het is immers een *marker* voor psychische kwetsbaarheid.

De cijfers voor 2023 tonen dat ongeveer 22% van de volwassen algemene bevolking in Vlaanderen voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de laatste 12 maanden. Dat is meer dan de 15% die twintig jaar geleden werd ingeschat. Maar we kunnen prevalentieschattingen niet zomaar met elkaar vergelijken. Ten eerste worden er nu méér stoornissen bevraagd: in de schattingen rond 2000 werden eerst alleen angst-, stemmings- en alcoholgebonden stoornissen gemeten. Ook het psychiatrische classificatiesysteem evenals de instrumenten om de stoornissen te meten, zijn veranderd. Zo is er bijvoorbeeld een nieuwe versie van het classificatiesysteem voor psychische stoornissen, dat andere diagnostische criteria hanteert. De *gold standard* instrumenten die worden gebruikt om stoornissen te meten, zijn tegenwoordig korter en worden vaak online gebruikt. De afgelopen jaren, en vooral sinds de pandemie, is er bovendien een sterk verminderde bereidheid om te participeren aan bevolkingsonderzoek.<sup>4</sup> Met hierbij vooral een uitval van personen met een kwetsbaar en

lager sociaal-economisch profiel. Onze data kunnen daardoor een onderschatting inhouden, specifiek voor personen met een lagere sociaal-economische status.

Voor de *common mental disorders* kunnen we enkele opvallende vaststellingen doen bij de cijfers voor 2023. Het gaat telkens om de prevalentie van de stoornis in de afgelopen 12 maanden:

- Depressie komt voor bij ca. 9% van de Vlaamse bevolking. Dat ligt iets hoger dan de 5-8% die internationaal geldt. Ook in vergelijking met gegevens die 20-25 jaar geleden zijn verzameld, lijkt de prevalentie van depressie dus relatief stabiel over de tijd heen.
- Angststoornissen komen voor bij ongeveer 12% van de bevolking. Het gaat dan vooral over gegeneraliseerde angst, sociale angst en paniekstoornissen. Die stoornissen komen vaker voor dan vroeger ingeschat: twintig jaar geleden werd de prevalentie geschat op ongeveer 7%.
- Alcoholgebonden stoornissen komen voor bij ca. 11% van de bevolking. We weten al lang dat problematisch alcoholgebruik dikwijls wordt onderschat.

Een psychische stoornis samen met suïcidaliteit komt voor bij 12% van de bevolking in Vlaanderen. Dit lijkt veel, maar het is belangrijk dat 71% daarvan tegelijk aangeeft niet tot actie over te zullen gaan. Dankzij de recente epidemiologische



data kunnen we ook een inschatting maken van de prevalentie van stoornissen en klinische problemen waarover we tot nu niet zoveel wisten, bijvoorbeeld psychotische ervaringen en manische symptomen. Veel mensen, ongeveer 11% van de bevolking, hebben weleens een psychotische ervaring. Die schatting ligt in lijn met eerdere Belgische schattingen.<sup>5</sup> Het samen voorkomen van meerdere psychotische ervaringen is een *marker* voor een psychische kwetsbaarheid, nu en later in het leven. Ongeveer 2% van de bevolking heeft meerdere psychotische ervaringen die vóór de leeftijd van 20 jaar zijn ontstaan. Die lage prevalentie betekent niet dat deze groep niet belangrijk is: 96% van deze personen heeft een uitgesproken comorbiditeit met in de overgrote meerderheid van de gevallen minstens twee andere stoornissen zoals alcoholgebonden stoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen en/of of suïcidaliteit. We weten nu ook meer over het voorkomen van manische problemen in Vlaanderen: ongeveer 2% screent positief op het voorkomen van een bipolaire stoornis. Dat ligt in lijn met internationale metingen.

Externaliserende stoornissen en problemen komen in 2023 voor bij 12% van de bevolking. Het gaat om een breed geheel van stoornissen met specifieke klinische problemen: *binging* (bv. eetproblemen), niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag, agressiegerelateerde problemen en impulsief gedrag... Deze groep baart ons zorgen

vanuit een maatschappelijke én klinische optiek. Externaliserende problemen zijn fundamenteel andere psychische problemen dan bijvoorbeeld angst of depressie, die vooral affectieve gevoelsstoornissen zijn met een primaire gevoelscomponent voor de persoon in kwestie. Bij externaliserende stoornissen staat primair niét het gevoelsleven centraal, maar vooral impulsgerelateerd en naar buiten toe gericht gedrag. Bij deze symptomen is bovendien een zogenaamde “externaliserende attributiestijl” aanwezig: deze personen leggen de oorzaak van de problemen vaak buiten zichzelf. Onder andere hierdoor ervaren zij minder lijdensdruk of hebben ze minder klinische zorgvragen. Deze stoornissen en problemen ontstaan ook vroeger in de levensloop dan bijvoorbeeld angst en depressie. Hierdoor hebben personen met een externaliserende stoornis een hogere kans om al snel in het leven ook andere stoornissen te ontwikkelen. Ze hebben tot 30% kans op de ontwikkeling van middelengebonden comorbiditeit en 15% kans op psychotische comorbiditeit.<sup>6</sup>

Willen we als samenleving inzetten op preventie en vroegdetectie, dan moet het beleid blijvend meer aandacht geven aan psychische problemen. Het betekent dat we niet enkel rekening moeten houden met hoe vaak psychische problemen en stoornissen voorkomen, maar ook de vraag stellen hoe we ze kunnen voorkomen.

### Prevalentie psychische stoornissen in de laatste 12 maanden

Eén of meer psychische stoornissen	22%
Depressie	9%
Angststoornissen	12%
Alcoholgebonden stoornissen	11%
Externaliserende stoornissen	12%

**Iets meer dan één op vijf van de volwassen Vlaamse bevolking voldoet in de laatste twaalf maanden aan de criteria van één of meerdere psychische stoornissen. Stemmingsstoornissen lijken stabiel te blijven in vergelijking met data van begin deze eeuw, angststoornissen lijken vaker voor te komen evenals alcohol- en middelengebonden stoornissen en externaliserende stoornissen. Stoornissen kunnen samen voorkomen (psychiatrische comorbiditeit). Dit verklaart waarom de optelsom van de afzonderlijke prevalenties per stoornisklasse hoger is dan 22%. Ongeveer 32% van de Vlamingen krijgt in de loop van zijn leven te maken met een psychische stoornis.**

### De covidpandemie en mentaal welzijn

Wereldwijd heeft de covidpandemie geleid tot een *call to action* voor psychische gezondheid. Mentaal welzijn stond nooit zo op de voorgrond. Duizenden artikels zijn verschenen over de impact van de pandemie en de bijhorende sociale maatregelen op het mentaal en emotioneel leven van elk van ons. Heeft de pandemie ook werkelijk gezorgd voor een verhoging van het aantal psychische stoornissen of heeft covid de omvang van psychische stoornissen net aan het licht gebracht? De algemene perceptie is dat de pandemie een enorme stijging heeft teweeggebracht.

De realiteit gebiedt ons een en ander in perspectief te zetten. Vooreerst moeten we een onderscheid maken tussen psychische stoornissen en psychische klachten. We kunnen enkel spreken van een psychische stoornis wanneer de klinische symptomen voldoen aan de criteria van een specifieke stoornis, zoals vastgelegd in een psychiatrisch classificatiesysteem. De meeste onderzoeken over psychische gezondheid gedurende de pandemie gingen over klachten, eerder dan over stoornissen. We kunnen daardoor geen betrouwbaar antwoord geven op de vragen of het aantal stoornissen effectief is gestegen of dat enkel de psychische klachten zijn gestegen. Ten tweede hanteert het merendeel van de onderzoeken geen referentie naar de situatie vóór de pandemie. Met andere woorden, het zou best

kunnen dat de psychische gezondheid van een bevolking al gradueel slechter was pakweg 5 jaar geleden, maar pas aan het licht kwam tijdens de pandemie. Methodologisch gezien is het ontbreken van een referentiepunt vóór de pandemie een element dat ons maant tot voorzichtigheid in het trekken van conclusies over de situatie “vóór” en “na” de pandemie. Ten slotte weten we ook al lang dat jongere generaties een hogere kans hebben op de ontwikkeling van psychische stoornissen.<sup>7</sup> Dat ligt volledig in lijn met een verslechterd psychisch welzijn *in* maar niet *door* de pandemie.

Vanuit sociaal oogpunt kunnen we zeggen dat de pandemie zeker heeft gezorgd voor méér klachten en gevoelens van angst, onzekerheid en somberheid in de hele bevolking van zowat elk land ter wereld.<sup>8</sup> Dat is ook volledig logisch en begrijpelijk. Als op grote schaal de levenscontext in alle opzichten wijzigt, zonder eindpunt in het vizier, dan is het normaal dat dit gepaard gaat met angst en somberheidsgevoelens. Hoewel de meerderheid van de bevolking aangeeft dat de pandemie een “effect” heeft gehad op hun gevoelsleven, is het belangrijk dat tegelijkertijd de meesten aangeven dat dit maar voor een beperkte tijd het geval was.<sup>9</sup> Enkel de meest psychisch kwetsbaren in de samenleving ondervinden een langetermijneffect van grote maatschappelijke impactvolle veranderingen zoals een pandemie.<sup>10</sup>

We moeten dus kritisch kijken naar grote conclusies over de “effecten” van de covidpandemie op de psychische gezondheid. We geven drie voorbeelden die ons tot terughoudendheid moeten aanzetten:

- Hoewel duidelijk voorspeld, is er tot nu geen evidentie voor een stijging van het aantal suïcides tijdens en na de pandemie.<sup>11</sup>
- Eetstoornissen en niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag bij jongeren komen inderdaad meer voor dan voor de pandemie, maar de stijgende tendens was ook al zichtbaar lang vóór de eerste covidpatiënt was gediagnosticeerd.<sup>12 - 13</sup>
- Bovendien zijn er aanwijzingen dat de stoornisincidentie - dus het aantal personen dat voor het eerst een stoornis ontwikkelt - in de pandemie in Vlaanderen lager is dan vóór de pandemie.<sup>14</sup> Dat gegeven suggereert sterk dat de pandemie vooral een impact heeft gehad op de al voordien emotioneel kwetsbare groep van de bevolking.



## 2.

### Blijven de zorgnoden in de komende vijf jaar dezelfde als vandaag?

**In ons denken en praten over hoe vaak psychische stoornissen voorkomen, vertroebelt de niet-ingevulde zorgnood onze perceptie. Is er daar een gunstige evolutie? Slagen we erin om de zogenaamde “unmet need” op populatieniveau zo maximaal mogelijk terug te dringen?**

We spreken van *unmet need* als een persoon voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de voorafgaande 12 maanden en die persoon géén toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg (ambulant en/of residentieel). In 2001-2002 kwam 7 op 10 van de personen met een psychische stoornis niet in behandeling binnen de 12 maanden<sup>15-16</sup>, in 2013 was dit percentage geschat op 6 op 10.

De gegevens voor 2023 tonen dat dit percentage terug is gestegen tot het niveau van begin deze eeuw: van de 1,2 miljoen Vlamingen die beantwoorden aan de criteria van een psychische stoornis komen 7 op de 10 mensen niet in behandeling in hetzelfde jaar dat de stoornis zich voordoet. Het is wel zo dat van de personen die een stoornis hadden in het afgelopen jaar, 6 op 10 ooit in behandeling is geweest.

We zien een vergelijkbaar beeld bij de behandeling van suïcidaliteit: 3 op 10 van de personen die aangaven een suïcidepoging te hebben gedaan in het afgelopen jaar, werden niet behandeld. Maar, 90% van diegenen met een suïcidepoging is ooit wel in behandeling geweest.

*Unmet need* varieert in functie van de specifieke klassen van psychische stoornissen: ongeveer 65% voor personen met een angststoornis, 67% voor personen met een stemmingsstoornis, 75% voor personen met een middelengebonden stoornis en 65% voor de personen met een externaliserende stoornis. Personen met psychotische problemen hebben de laagste *unmet need*. Wanneer we vergelijken met twintig jaar geleden, dan zien we dat vooral personen met een alcoholgebonden stoornis (van 13% in 2001-2002 naar 25% in 2023) en een externaliserende stoornis (van 22% in 2001-2002 naar 35% in 2023) vaker worden behandeld.

We moeten ons de vraag blijven stellen hoe we de hoge *unmet need* voor psychische stoornissen kunnen laten dalen. De verhoogde toegankelijkheid tot zorg van de laatste decennia heeft de prevalentie van psychische stoornissen niét doen dalen. Dat is ook niet het geval voor de hervormingen in de Vlaamse (en Belgische) geestelijke gezondheidszorg. De *unmet need* is het sterkst gedaald vóór de start van de hervormingen (van 69% naar 58%) en niet *tijdens* de hervormingen (de *unmet need* blijft ongeveer gelijk, namelijk 7 op 10 personen).

Met de **conventie eerstelijnspsychologische zorg** wil het beleid een laagdrempelige en snelle toegankelijkheid van zorg realiseren. We screenden de patiënten die in het afgelopen jaar werden behandeld binnen de conventie. Hoewel de conventie niet specifiek georganiseerd is voor of gespecialiseerd is in de behandeling van externaliserende stoornissen en problemen, blijkt uit de data<sup>17</sup> dat:

- De psycholoog/orthopedagoog op de eerste lijn een publiek behandelt met veel externaliserende problematiek zoals eetstoornissen (26%), periodieke explosieve stoornis (17%) of niet-suïcidaal zelfverwendend gedrag (9%);
- De uitsteltijd tussen de start van de stoornis of de problemen en het moment waarop hulp wordt gezocht voor deze problemen en stoornissen 4 tot 6 jaar is. Dat is aanzienlijk lager dan de gemiddelde 10 à 15 jaar die we in eerder onderzoek zagen.

De *Public Mental Health Monitor* bevestigt de hypothese dat er een nieuwe groep van vaak voorkomende stoornissen is bijgekomen: de externaliserende problematiek. In de nieuwe, laagdrempelige ELP-zorg blijkt die groep al heel duidelijk op te duiken. We weten dat deze problematiek op jonge leeftijd begint en een hoger risico heeft op comorbiditeit. Dit gegeven zet het belang van goede preventie extra in de verf.

# 3.

## Is de kans dat iemand een psychische stoornis ontwikkelt op elk moment in het leven even groot?

*De mediane aanvangsleeftijd van psychische stoornissen is 19 jaar. Dat betekent dat er meer stoornissen zijn die zich eerder vroeg dan later in de levensloop ontwikkelen. De inspanningen voor de preventie van psychische problemen moet zich dus in eerste instantie richten op kinderen en jongeren. Preventieve acties hebben de meeste impact bij jonge kinderen en starten bij voorkeur al tussen 6 en 12 jaar. Hoe kan de Public Health Monitor ons helpen om de preventie-acties bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen concreet te maken?*

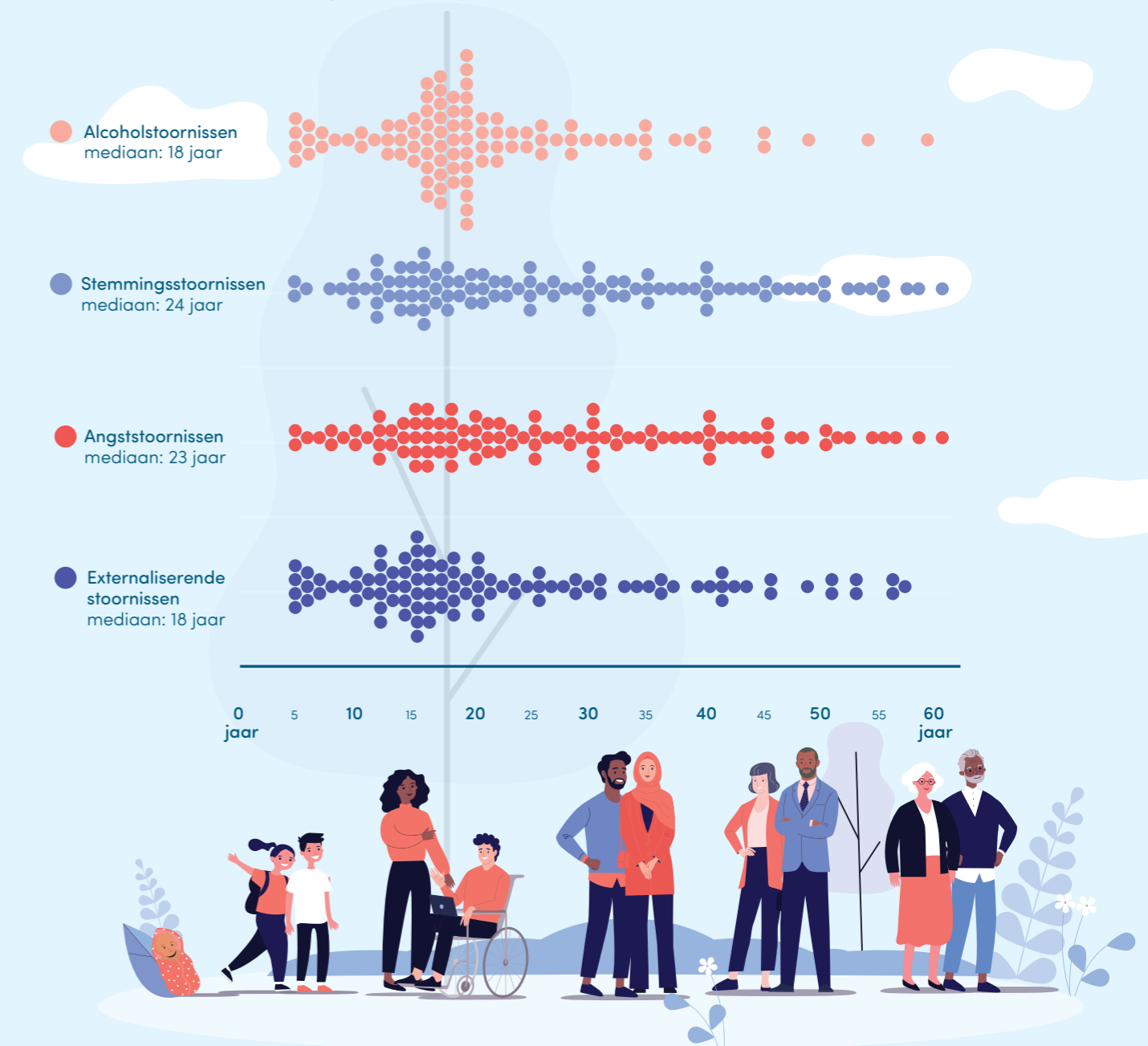
Op algemeen bevolkingsniveau zien we in vergelijking met de vroegere data geen globale verschuivingen in de aanvangsleeftijd van psychische stoornissen. Het inzoomen op de mediane aanvangsleeftijden van de verschillende klassen van stoornissen biedt ons een verfijnder beeld. Vier elementen treden sterk op de voorgrond:

1. Eerdere schattingen van mediane aanvangsleeftijden stelden dat depressie op relatief hoge leeftijd begint, met name 38 jaar

(schattingen van twintig jaar geleden). Nu zien we dat de aanvangsleeftijd sterk is gedaald. Voor 2023 schatten we die op 24 jaar. Dat zou kunnen betekenen dat depressie een aandoening is die zich nu vroeger in de levensloop ontwikkelt. Bij 25% ontwikkelt depressie zich vóór de leeftijd van 16 jaar, bij 50% is dat tussen 16 en 37 jaar.

2. Angststoornissen lijken nu iets later te ontstaan in vergelijking met twintig jaar geleden: de mediane aanvangsleeftijd schommelt rond 23 jaar. Dat is opvallend later dan de adolescentie, die vaak wordt beschreven als een typische aanvangsleeftijd.
3. Alcoholgebonden stoornissen beginnen rond de leeftijd van 18 jaar. Bij een kwart ontwikkelt de alcoholstoornis zich vóór de leeftijd van 15 jaar. Bij de helft gebeurt dat tussen 16 en 23 jaar.
4. Ook externaliserende stoornissen hebben een lage mediane aanvangsleeftijd, met name 18 jaar. Bij een kwart gebeurt dat vóór de leeftijd van 13 jaar, bij de helft tussen 14 en 33 jaar.

## Aanvangsleeftijd van psychische stoornissen



We zien duidelijk dat externaliserende problemen en stoornissen zich snel ontwikkelen: van iedereen die ooit een externaliserend probleem zal ontwikkelen, heeft 25% het al vóór de leeftijd van 13 jaar. We zien ook dat deze problemen zich bijna niet meer ontwikkelen na de leeftijd van 33 jaar. De ontwikkelingscurves tonen een heel ander beeld als het gaat over bijvoorbeeld depressie. De aanvangsleeftijd van depressie is weliswaar ca. 24 jaar, maar het is duidelijk dat depressie zich - in tegenstelling tot de externaliserende stoornissen - niet ontwikkelt binnen een zeer specifieke afgebakende leeftijdsperiode. De ontwikkeling van depressie is veeleer geleidelijk in de levensloop: zo zal bijvoorbeeld 25% van de personen die tijdens hun leven een depressie doormaken, die pas na hun 30<sup>ste</sup> ontwikkelen.

Wellicht de meest belangrijkste vaststelling is dat we de laagste aanvangsleeftijden zien voor purgerende eetproblemen, eetbuien en de intermitterend explosieve stoornis: 25% start vóór de leeftijd van 13-14 jaar.

Wanneer we die laatste data combineren met de prevalentie van deze groep stoornissen (ongeveer 9-12% op jaarbasis) en de hoge *unmet need* (ongeveer 6 op 10), dan moeten we concluderen dat de externaliserende stoornissen een belangrijke groep stoornissen (in casu een nieuwe groep *common mental disorders*) zijn bij

volwassenen die zich al vroeg in het leven van het individu voordoen. Tegelijkertijd zullen ze een belangrijke impact genereren op verschillende vlakken in de samenleving.

Preventie op echt jonge leeftijd moet dus ook en vooral gericht zijn op deze externaliserende stoornissen, waar impulsgerelateerd gedrag centraal staat. Kinderen en jongeren met externaliserende stoornissen leggen de oorzaak van hun problemen vaker buiten zichzelf en ervaren onder andere hierdoor minder lijdensdruk. In tegenstelling tot bij stemmings- of angstproblemen stellen ze ook minder zelf een klinische zorgvraag. Preventie-acties moeten daarom focussen op het bekrachtigen van sociaal, empathisch gedrag.



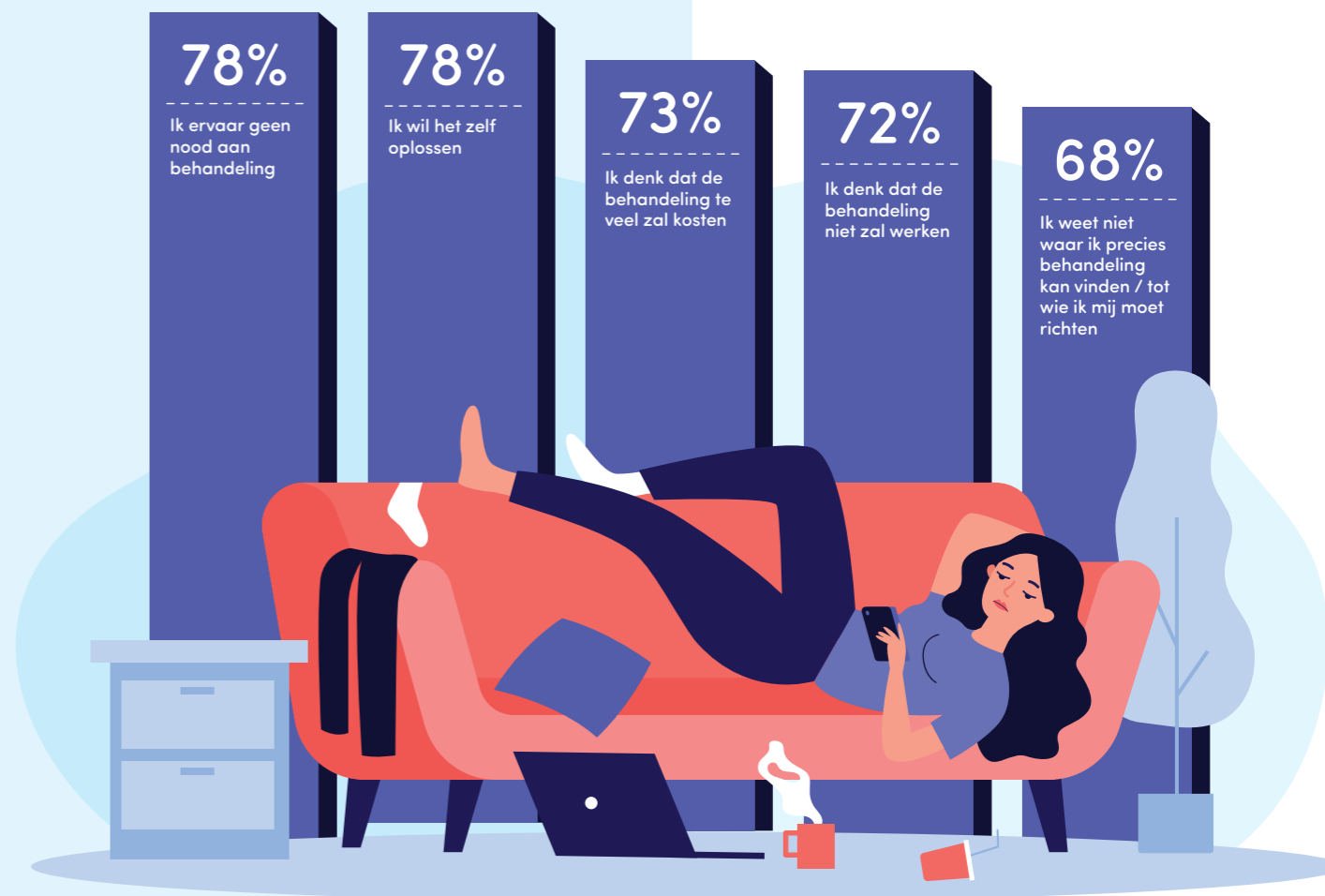
# 4.

## Welke drempels remmen de toegang tot zorg?

**Voor mensen met psychische stoornissen komt de behandeling gemiddeld 10 jaar te laat. De impact van dit uitstel van zorg is niet alleen voor de persoon en zijn directe omgeving negatief, maar bij uitbreiding voor de hele samenleving. Wat zijn in 2023 de belangrijkste barrières tot zorg voor mensen met een psychische zorgnood? Waar en door wie worden personen met psychische problemen behandeld? Zijn de behandelde patiënten tevreden over de gekregen behandeling?**

Uit vorig Belgisch en Europees onderzoek was het al duidelijk dat cognitieve redenen de meest belangrijke zijn om geen behandeling te zoeken voor psychische problemen of de behandeling uit te stellen. De actuele data van de *Public Mental Health Monitor* bevestigen dat. We bevroegen de personen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar die niet in behandeling raakten. Zij gaven als top-vijf-redenen voor uitstel volgende overtuigingen of cognities aan:

- Geen nood ervaren aan behandeling (78%);
- De wil om de problemen zelf op te lossen (78%);
- Bezorgdheden over de behandelkosten (73%);
- De idee dat behandeling niet zal werken (ongeveer 72%);
- Niet goed weten waar precies naartoe (68%).



Een van de vragen die ons al lang bezighoudt is de vraag naar de lengte van de wachttijden in Vlaanderen. In de media zijn de berichten hierover frequent en alarmerend van toon (“te veel”, “te vaak”, “te lang”, “onaanvaardbaar”). Ze zijn dikwijls gebaseerd op casuïstische bevragingen en veralgemeningen. Vanuit de *Public Mental Health Monitor* kunnen we een algemene schatting maken van de wachttijden tot behandeling in Vlaanderen:

- Per 100 behandelde volwassen personen in 2023 konden 61 meteen de behandeling starten, 13 moesten 1 maand wachten, 10 personen 2 tot 3 maanden en 7 moesten 4 tot 6 maanden wachten voor ze hun behandeling konden starten. 9 personen moesten langer dan 6 maanden wachten op hun behandeling. De mediaan van het aantal maanden wachttijd bedraagt 3.
- Per 100 niet-behandelde personen in 2023 (d.w.z. niet behandeld omwille van psychische problemen) stonden er 17 op de wachtlijst voor ggz, en dat gemiddeld gedurende 3 maanden: 5 staan al 1 maand op de wachtlijst, 5 staan al 2 tot 3 maanden op de lijst, 3 al 4 tot 6 maanden en 4 al meer dan 6 maanden. De mediane duur dat men op de wachtlijst staat bedraagt 3 maanden.
- In absolute termen lijken de wachttijden een belangrijke impact te hebben op onze ggz. Het is uiteraard belangrijk om toe te werken naar een organisatie die weinig wachttijden kent in de zorg. Maar omgekeerd kunnen we de

interpretatie van wachttijden niet loskoppelen van de vraag hoe (on)aanvaardbaar het is om bijvoorbeeld één maand te moeten wachten na aanmelding. Vooral in het licht van de lange uitsteltermijnen tot het zoeken van hulp (die nog steeds rond de 10 jaar bedragen) lijkt de lengte van de wachttijd (gemiddeld 3 maanden) een relatief gegeven.

Bij deze bevindingen maken we abstractie van het type opgestarte behandeling en de individuele motivatie/behoefte aan directe zorg bij de wachtende burger.

De drie belangrijkste conclusies die we hieruit kunnen trekken:

- De data bevestigen dat cognitieve redenen de meest belangrijke zijn die het tijdig zoeken van hulp tegenhouden. Dat is voor de laatste decennia een consistent gegeven.
- Redenen die te maken hebben met stigma worden in vergelijking met andere redenen nu nog altijd het minst vaak opgegeven. Maar ze worden wel meer genoemd dan twintig jaar geleden. Het kan een indicatie zijn van het feit dat stigma lang niet uitgeroeid is, ondanks de maatschappelijke openheid over en de outing van psychische problemen.
- Bezorgdheid over de kostprijs van behandeling blijft een belangrijke reden voor het niet zoeken van hulp. Dat was trouwens twintig jaar geleden ook het geval. De relatieve impact

lijkt nu wel groter: waar eerder onderzoek stelde dat financiële bezorgdheden belangrijk waren voor ongeveer 20% van de bevrageden, suggereren de huidige data dat 7 op 10 personen met een psychische stoornis niet in behandeling gaan of de zorg uitstellen wegens financiële redenen.

Het lijkt wel dat er in 2023 nog altijd weinig kennis is over de behandeling van psychische stoornissen. Bijvoorbeeld: wie te contacteren, waar in behandeling gaan, of hoe effectief de behandeling is. Dit ondanks de groeiende aandacht in de samenleving voor psychisch welzijn. Het sterkt ons vermoeden dat de maatschappelijke aandacht en de zogenaamde *mental health literacy* geen voldoende voorwaarden zijn om de gekende barrières op te breken. Eenzelfde gedachte geldt voor de rol van stigma-gerelateerde elementen als schaamte en angst. De maatschappelijke openheid voor psychische stoornissen en het psychisch en emotioneel functioneren, en de vele campagnes hebben niet geleid tot het wegnemen van stigma.

Een andere meetbare indicator gaat over het aantal jaar uitstel tussen de start van een specifieke stoornis en het moment waarop personen effectief naar de hulpverlening stappen. Uit vorig onderzoek bleek dat het in 2000 ongeveer 12 jaar duurde vóór iemand de eerste stap zette naar professionele hulpverlening. Voor 2023 registreren we de volgende cijfers bij diegenen met een stoornis die in behandeling waren in het afgelopen jaar:

- Ongeveer één op vijf personen zette al vroeger de stap naar professionele behandeling wegens een andere stoornis. Dit is een nieuw gegeven waarover we nooit eerder een schatting hadden.
- Van diegenen die in behandeling gaan na de start van een stoornis stelt 66% het zoeken van behandeling minstens één jaar uit, met een gemiddelde van 10 jaar tussen de start van de stoornis en het moment waarop behandeling wordt gezocht.
- Slechts één op vier mensen zoekt behandeling binnen het jaar na de start van hun stoornis. Ook dat is wat hoger dan twintig jaar geleden. Toen was het nog één op vijf.

Wanneer we de mediane aanvangsleeftijden van stoornissen kruisen met het gemiddeld aantal jaren vooraleer iemand professionele zorg zoekt, wordt de maatschappelijke impact van niet-behandelde psychische stoornissen duidelijk. Concreet: een stoornis ontwikkelt zich op de leeftijd van ongeveer 20 jaar; pas gemiddeld 10 jaar later wordt behandeling gezocht. Het hoeft geen betoog dat de “twenties” van een individu, grosso modo de periode van de *emerging adulthood* of *ontluikende volwassenheid*, een van de meest intensieve levensfasen is. Het is een scharnierperiode op persoonlijk, relationeel en sociaal vlak: afronding van studies, intrede op de arbeidsmarkt, de eerste langdurige partnerrelaties, het krijgen van kinderen, het zich “settelen”... Geprojecteerd tegen die achtergrond hebben psychische stoornissen een grote persoonlijke, sociale en maatschappelijke impact op korte én lange termijn.

Waar en door wie personen met psychische problemen worden behandeld, is zonder twijfel de belangrijkste vraag als het gaat over het zorggebruik voor psychische stoornissen in 2023. Het is tegelijkertijd een complexe meerlagige vraag. We kunnen vooreerst de **modus van behandeling** bevragen: (dag)opname, ambulante behandeling, zelfhulp, spoedgevallendienst en/of op een niet-psychiatrische of -psychologische dienst van een ziekenhuis. Ten tweede is er de **plaats van behandeling**: in een privépraktijk, door een mobiel team, in een ziekenhuis, in een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg en/of andere plaats. Ten derde

is er de rol van de **verschillende disciplines** in het zorglandschap: behandeling door een psychiater, klinisch psycholoog, huisarts, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige of coach. Modus van behandeling, plaats van behandeling en verschillende disciplines bekijken we los van elkaar. Zo kan bijvoorbeeld een psycholoog een ambulante behandelaar zijn in een privépraktijk maar evenzeer een behandelaar in een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg of een ziekenhuis. Of nog, een huisarts kan behandelaar zijn in een privépraktijk voor en na opname in een ziekenhuis. Het is dus belangrijk om de percentages die we hieronder bespreken, niet op te tellen.

### Binnen welke modus worden personen in Vlaanderen behandeld?

Los van de aanwezigheid van een psychische stoornis was ongeveer 9% van de volwassen Vlaamse bevolking het afgelopen jaar in behandeling voor een psychische problematiek. Van diegenen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar was 27% in het afgelopen jaar ook in behandeling. De verdeling is als volgt:

- 59% in ambulante behandeling;
- 28% in zelfhulp (waarvan 52% een onlinesupportgroep volgde, 26% een zelfhulpgroep, 33% een online module volgde en 28% een andere methode hanteerde, bijvoorbeeld een zelfhulpboek);

- 19% in (dag)behandeling (waarvan 90% in een opname van minstens één dag);
- 16% consulteerde een spoedgevallendienst omwille van emotionele redenen;
- 11% was opgenomen in een niet-psychiatrische of -psychologische afdeling van een ziekenhuis.

We krijgen een meer gedifferentieerd beeld wanneer we de vraag stellen of er een verband bestaat tussen de modus van behandeling en psychiatrische comorbiditeit. We zien duidelijk dat er weinig variatie is in de modus van behandeling in functie van comorbiditeit: ambulante behandeling is duidelijk dominant, ook al is er sprake van een aanzienlijke comorbiditeit bij de patiënt. Dat is

op zich een hoopvol gegeven dat aansluit bij de hervormingstendens in de ggz. Dat geldt overigens ook voor de behandeling in (dag)opname.

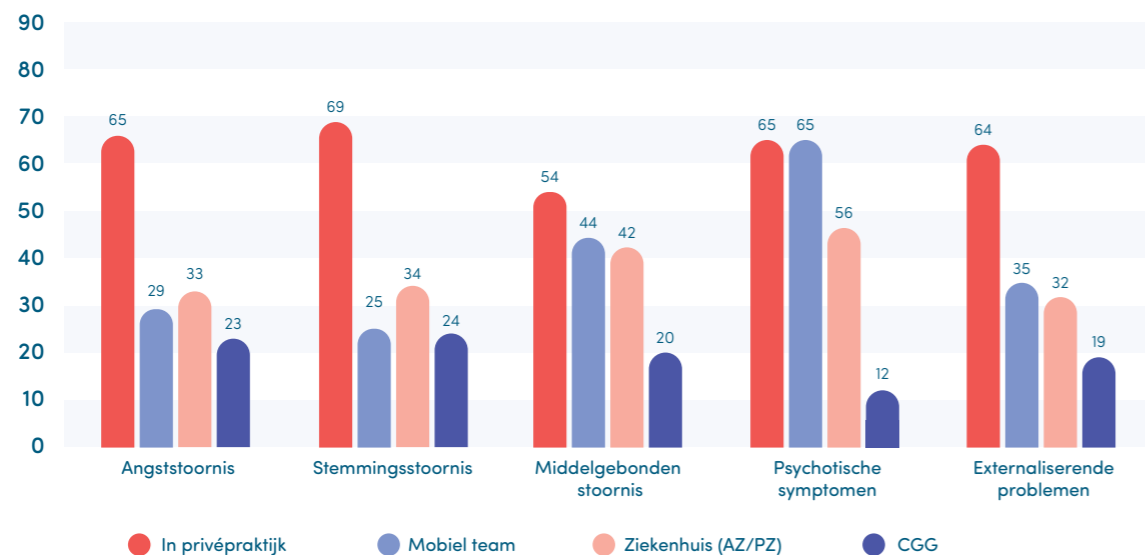
We moeten hier wel vermelden dat 32% van de patiënten in ambulante behandeling niet voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in het afgelopen jaar; dat geldt trouwens ook – weliswaar in mindere mate – voor de personen behandeld binnen een (dag)opname: 13% van hen voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis.

Dit ligt in lijn met recent onderzoek over het verschil tussen gediagnosticeerde en beleefde zorgnood.<sup>18</sup>

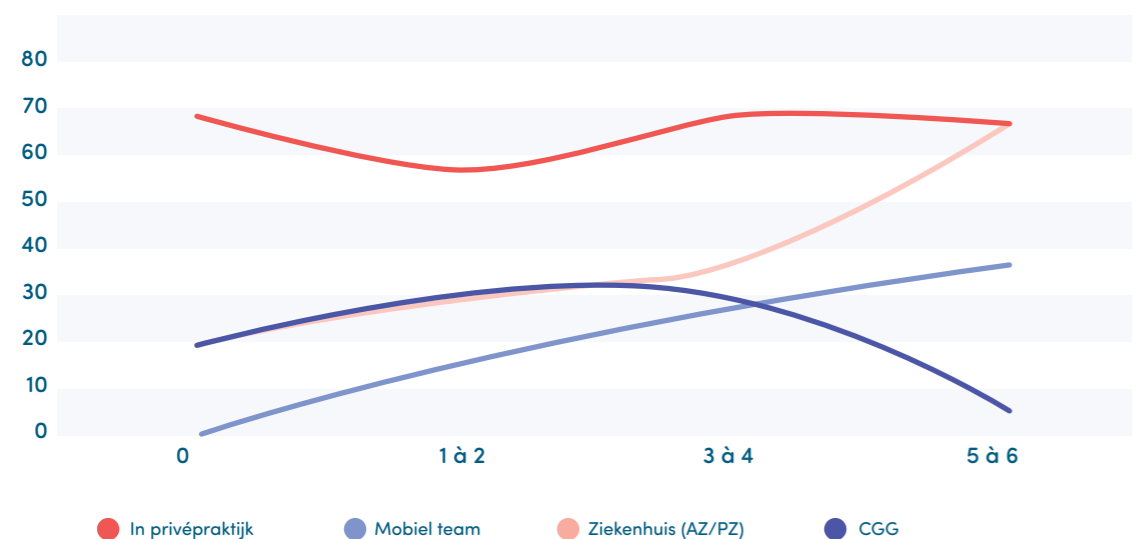




### Plaats van behandeling per type stoornissen



### Plaats van ambulante behandeling per aantal stoornissen



### Op welke plaats krijgen personen met psychische problemen hun behandeling?

63% van de patiënten in ambulante behandeling kreeg die in een privépraktijk, 40% door een mobiel team (zowel een 2a- als een 2b-team), 26% in een ziekenhuis en 20% in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Wanneer we die data onderverdelen per klasse stoornissen, zien we weinig onderlinge variatie: het “marktaandeel” van de verschillende plaatsen waar iemand wordt behandeld blijft relatief stabiel over de stoornissen heen. Een onderverdeling in functie van comorbiditeit toont ons een ander beeld: de meeste personen met comorbiditeit worden behandeld in een privépraktijk, maar het aandeel daalt bij méér comorbiditeit.

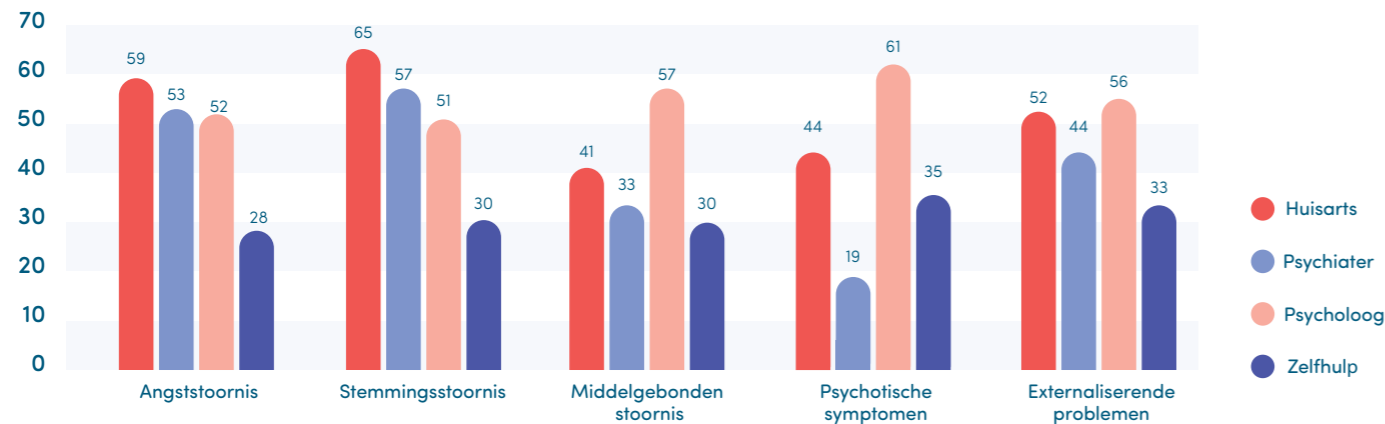
Tegelijk zien we dat de rol van de mobiele teams sterk stijgt bij een hogere comorbiditeit: van de patiënten met 1 à 2 psychische stoornissen worden slechts 16% behandeld door een mobiel team; dit percentage stijgt gestaag naar 27% bij patiënten met 3 of meer psychische stoornissen en naar 36% bij de patiënten met meer comorbiditeit.

## Welke disciplines behandelen personen met psychische problemen?

Zonder twijfel kunnen we zeggen dat **de huisarts** de centrale spil blijft in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg: de huisarts begeleidt bijna de helft (49%) van de personen die in behandeling zijn. 34% van alle behandelingen start effectief bij de huisarts. Nog een aantal data over de behandeling door de huisarts:

- De huisarts behandelt 7 op de 10 patiënten met een stemmingstoornis;
- Hoe meer psychiatrische comorbiditeit er bij de patiënt aanwezig is, hoe hoger de kans dat de huisarts ook behandelt.
- De huisarts behandelt 44% van de personen met psychotische problemen;
- 32% van de personen in behandeling bij de huisarts voor psychische klachten, voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis.

### Discipline van behandeling per type stoornissen



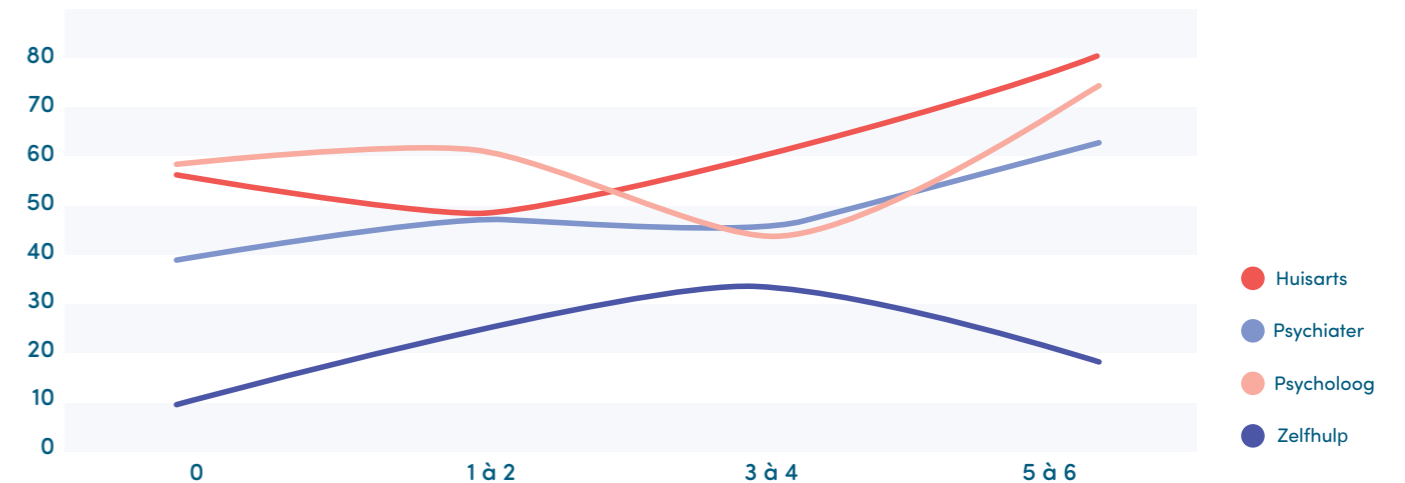
Naast de huisarts is de **psychiater** ook een belangrijke figuur in het Vlaamse zorglandschap voor psychische stoornissen:

- 44% van de patiënten wordt behandeld door een psychiater.
- Zij behandelen patiënten met lichtere psychiatrische comorbiditeit en patiënten met stemmingstoornissen.
- Personen met psychotische symptomen en middelengebonden stoornissen worden minder vaak behandeld door een psychiater.
- 28% van de patiënten behandeld door een psychiater voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis in het afgelopen jaar.

Zonder enige twijfel is de **klinisch psycholoog/orthopedagoog**, al dan niet terugbetaald, al dan niet geconventioneerd, een vaste waarde in de gezondheidszorg:

- Ongeveer de helft van de behandelde personen met psychische stoornissen heeft minstens één contact met een klinisch psycholoog/orthopedagoog, zonder veel verschil tussen de klassen stoornissen.
- Personen met een hoge comorbiditeit worden wat vaker door de klinisch psycholoog/orthopedagoog behandeld dan diegenen met een lagere of geen comorbiditeit.
- 32% van de patiënten behandeld door een klinisch psycholoog/orthopedagoog voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis gedurende het laatste jaar.

### Discipline van behandeling per aantal stoornissen



De vergelijking van de behandelcijfers van personen met psychische stoornissen door de verschillende disciplines laten toe enkele hypothesen te formuleren over hun positionering in de geestelijke gezondheidszorg:

- Het lijkt erop dat door de jaren heen de huisarts relatief minder personen behandelt en dat de klinisch psycholoog een deel van die patiënten heeft overgenomen. Twintig jaar geleden werd geschat dat 75% van de personen met psychische stoornissen door de huisarts werd behandeld en 13% door de klinisch psycholoog.<sup>19</sup> Het lijkt hier veeleer te gaan over een verschuiving van het “marktaandeel”, niet over een daling op het niveau van de totale bevolking. De globale *unmet need* voor personen met psychische stoornissen is immers gelijk gebleven over de jaren heen.
- Een tweede hypothese gaat over het verband tussen de ernst van de psychische problemen en het specialisme van de gekregen behandeling. We zouden kunnen veronderstellen dat de ernstiger psychische stoornissen vaker worden behandeld door een meer specialistische discipline, en vice versa.<sup>20</sup> De praktijk bevestigt dat niet: patiënten met een hogere comorbiditeit worden vaker behandeld door én de huisarts, én door de psycholoog én door de psychiater.

In termen van specifieke “vindplaatsen” zijn er nog twee bijkomende bevindingen. Een eerste gaat over het aandeel patiënten dat een spoedgevallendienst consulteert omdat ze nood hebben aan behandeling van hun psychische problemen en/of stoornissen. Bekeken op algemeen bevolkingsniveau gaat het om 1% van de algemene populatie. Anders geformuleerd: de spoedgevallendienst heeft een belangrijke plaats in de behandeling van personen met een psychische stoornis: 12% van de personen in behandeling voor emotionele redenen en/of psychische stoornissen consulteert de spoedgevallendienst.

Een tweede gegeven gaat over het aandeel personen dat wordt behandeld in een niet-psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis. Ook hier gaat het over een relatief klein percentage: 8% van de personen in behandeling voor emotionele redenen en/of psychische stoornissen wordt behandeld in een niet-psychiatrische dienst. Het gaat om ongeveer 0,7% van de algemene bevolking. Die twee conclusies kwantificeren voor het eerst het belang van vindplaatsen: op jaarbasis worden minstens 65.000 personen behandeld voor hun psychische problemen in een spoedgevallendienst en/of op een somatische afdeling van een ziekenhuis.

Vanuit de leidende principes van *public health* en *value-based healthcare*<sup>21</sup> is het cruciaal de kwaliteit van de zorg niet enkel te bekijken in functie van symptomen en stoornissen bij patiënten, maar ook te werken aan standaarden voor beleid, organisatie en uitvoer van de zorg. Een van deze standaarden gaat over hoe de patiënt zelf zijn behandeling evalueert. Dit kunnen we meten aan de hand van tevredenheid over de eigen behandeling alsook via de vraag in welke

mate de patiënt de behandeling helpend vond. Met betrekking tot de vraag of de **behandeling helpend** was, zegt gemiddeld één derde van de behandelde personen ‘veel helpend’, de helft ‘wat helpend’, 1 op 10 ‘weinig helpend’ en 1 op 20 ‘niet helpend’. Er is niet veel variatie over de klassen stoornissen heen. De **tevredenheid** over de behandeling volgt in grote lijnen dezelfde patronen, zonder veel variatie over de stoornissen heen.



# 5.

## Durven we verder kijken dan het klassieke één-op-één consultatiemodel?

**De “unmet need” of de niet-ingevulde zorgnood blijft de laatste jaren onveranderd. Ligt de oplossing in het exponentieel verhogen van één-op-één consultaties? Werkt het populaire beeld van elke BV met privétherapeut voor alle groepen in de samenleving? En wat zeggen de data van 2023 over de klassieke één-op-één consultaties?**

### Sociaal-economische status

Verschillende onderzoeken toonden een verband aan tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheid. SES verwijst in het algemeen naar de positie van een individu of een gezin in de samenleving, meestal bepaald door factoren zoals inkomen, opleiding, beroep en financiële mogelijkheden. Personen met een hoge SES hebben bijvoorbeeld vaker een betere gezondheid en leven langer dan personen met een lage SES. Dat kan deels worden verklaard door het feit dat personen met een lage SES vaker ongezond gedrag stellen zoals roken, alcohol drinken en

minder gezond eten. Personen met een hoge SES hebben ook vaker een breder sociaal netwerk, meer financiële mogelijkheden en toegang tot betere gezondheidszorg.

Het verband tussen SES en de prevalentie van psychische stoornissen is een complex onderwerp waarnaar al veel onderzoek is gedaan. Hoewel er niet één algemeen aanvaarde conclusie is, zijn er wel enkele algemene patronen en trends. Dit zijn de vijf centrale bevindingen als het gaat over SES en psychische gezondheid:

- Onderzoek suggereert vaak een omgekeerde relatie tussen SES en de prevalentie van psychische stoornissen. Met andere woorden, personen met een lagere SES hebben meer kans op psychische problemen dan personen met een hogere SES. Die relatie kan worden toegeschreven aan verschillende factoren zoals een verhoogde blootstelling aan stressoren, beperkte toegang tot gezondheidszorg en geestelijke gezondheidsdiensten, en slechtere leefomstandigheden.

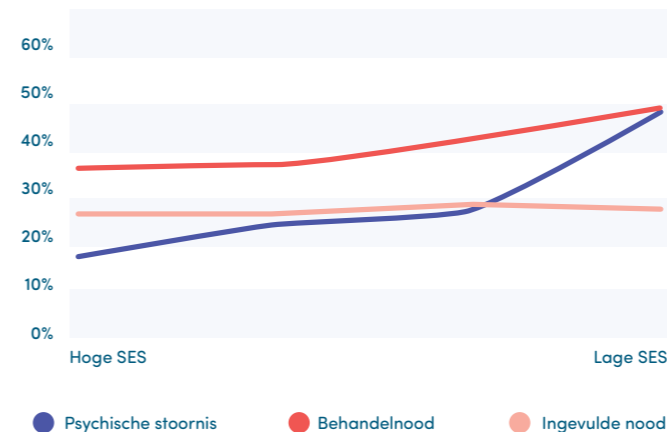
- Personen met een lagere SES kunnen te maken krijgen met chronische stress door financiële instabiliteit, gebrek aan toegang tot kwaliteitsonderwijs en werkgelegenheid, en slechte huisvesting. Deze chronische stress kan bijdragen aan de ontwikkeling en verergering van psychische stoornissen.
- Personen met een hogere SES hebben over het algemeen een betere toegang tot gezondheidszorg, inclusief geestelijke gezondheidszorg. Die toegang kan vroegtijdige interventie, diagnose en behandeling van psychische stoornissen vergemakkelijken.
- Personen met een hogere SES hebben vaak sterkere sociale ondersteuningsnetwerken, die kunnen fungeren als beschermende factoren tegen psychische stoornissen. Sociale

steun kan de effecten van stress bufferen en mogelijkheden bieden om ermee om te gaan.

- Een hoger opleidingsniveau wordt vaak geassocieerd met betere resultaten op het gebied van geestelijke gezondheid. Onderwijs kan het bewustzijn van geestelijke gezondheidsproblemen vergroten, gezondere levensstijlkeuzes bevorderen en personen meer middelen geven om met stress om te gaan.

In onze huidige populatiedata hebben we de specifieke SES-factoren (beroep, opleiding, leef-situatie, financiële problemen en sociale steun) geaggregeerd tot één SES-variabele die een score geeft over de sociaal-economische status van een individu. Daarna keken we naar het voorkomen van psychische stoornissen en de nood aan behandeling binnen elk van die categorieën. We kunnen drie conclusies formuleren:

SES, psychische gezondheid en behandelneed



- Bij personen met een lagere SES komen psychische stoornissen tot tweemaal meer voor dan bij personen met een hogere SES.
- Personen met een lage SES hebben meer nood aan behandeling voor hun psychische problemen in vergelijking met personen met een hogere SES.
- Hoewel personen met een lage SES een hogere behandelneed hebben, worden ze in realiteit niet tweemaal vaker behandeld. Dit gegeven kan erop duiden dat de *unmet need* (nog) hoger is bij personen met een lage SES.

Uit de literatuur komen vijf specifieke interventies naar voren om de *unmet needs* voor personen met een lage(re) SES te verlagen: online interventies, groepsinterventies op school, lotgenotencontact, peer-to-peer support en de ontwikkeling van zelfhulpgroepen.<sup>21-22-23</sup> Dat zijn fundamenteel andere soorten interventies dan de klassieke één-op-één interventies.

## Soorten interventies om de *unmet need* te verlagen

De data van de *Public Mental Health Monitor* tonen een blijvende hoge *unmet need* en een lange uitsteltijd vooraleer mensen effectief naar de hulpverlening stappen. Zijn er andere (vind) plaatsen waar de interventies kunnen plaatsvinden zodat we de *unmet need* kunnen doen dalen?

We schatten het aantal volwassenen in Vlaanderen met een psychische stoornis dat *nooit* eerder in behandeling was op ongeveer 500.000 personen op jaarbasis. De conventie eerstelijnspsychologische zorg behandelt ongeveer 80.000 à 90.000 patiënten per jaar in Vlaanderen.<sup>24</sup> Kernelementen van de conventie zijn terugbetaalde zorg, pragmatisch en specifiek in functie van taken en doelgroep, kort van duur en dicht aansluitend bij de eerste lijn. De data van de *Public Mental Health*

*Monitor* leren ons dat ook de spoedgevallendienst en het somatisch ziekenhuis belangrijke plaatsen zijn van behandeling. Naar schatting 55.000 mensen per jaar worden er behandeld.

Ook de zelfhulp lijkt een plaats in de zorg te hebben ingenomen: 32.000 personen volgden in de afgelopen 12 maanden zelfhulp in groep, 44.000 een online steun- of zelfhulpgroep en 27.000 volgden een online (zelfhulp)module.

Bovenstaande vaststellingen over deze nieuwe zorgvormen of -plaatsen zijn relevant bij de uittekening van de organisatie van de zorg. Ze versterken het pleidooi voor een veel meer geïntegreerde zorgaanpak waarbij anders wordt nagedacht over zorgpaden en zorgtoeleiding. Denken we bijvoorbeeld aan het internet als vind- en behandelplaats.

## Vindplaatsen voor interventies



## Eén-op-één behandelingen en overmet need: een complexe relatie

Van de personen die in de laatste 12 maanden geen psychische stoornis hadden, was 3% effectief in behandeling in hetzelfde jaar wegens psychische klachten. Twintig jaar geleden was dat nog 6%. Het is een eerste indicatie van een lagere *overmet need*. Van de personen in behandeling zonder psychische stoornis nam 56% contact met de huisarts, 58% met een psycholoog en 40% met een psychiater. Bij diegenen die naar de psycholoog gingen, deed een vierde dat in het kader van de eerstelijnspsychologische conventie die voorziet in terugbetaling. Dit ligt in lijn met de doelstelling van de ELP-conventie: het bereiken van patiënten die geen psychische stoornis hebben. Zonder enige twijfel bevestigt dit wat we eerder aanhaalden: de klinisch psycholoog in het algemeen, en de geconventioneerde psycholoog in het bijzonder, heeft de laatste decennia een sterke plaats in het Vlaamse zorglandschap ingenomen.

In vergelijking met 20 jaar geleden zijn de personen zonder psychische stoornis vaker in behandeling bij huisarts en psycholoog dan bij de psychiater. Dat is hoopgevend. Verder tonen de cijfers dat van alle personen die het afgelopen jaar in behandeling waren:

- 69% een 12-maanden psychische stoornis heeft;
- 13% een stoornis in het verleden had (maar niet het laatste jaar);
- 14% een stressvolle gebeurtenis heeft doorgemaakt die een reden kan zijn voor behandeling.

Dat betekent dat meer dan 80% van de behandelde patiënten een psychische stoornis heeft (gehad). Ook dat is hoopgevend.

78% van de volwassen algemene bevolking in Vlaanderen voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis in de laatste 12 maanden. Hiervan was 3% effectief in behandeling in dezelfde periode omwille van (zelfgedefinieerde) psychische klachten. Enkele opvallende vaststellingen wat betreft die groep:

- Het aandeel van zelfhulp is slechts 10%.
- Tegen de achtergrond van de overmet need kunnen we niet voorbij aan het gegeven dat 40% van de personen zonder stoornis in het afgelopen jaar effectief een contact heeft gehad met een psychiater. 49% van hen had een stoornis in het verleden maar niet in het afgelopen jaar. 13% van de patiënten in behandeling bij een psychiater in het afgelopen jaar had noch een 12-maanden noch een stoornis in het verleden. We kunnen op basis van deze cijfers niét beweren dat er veel overmet need is bij de behandeling door een psychiater. Maar het gegeven dat 6 op 10 van deze patiënten zonder stoornis effectief medicatie kreeg voorgeschreven stemt tot nadenken.
- Personen zonder psychische stoornis hadden vaker contact met meerdere

disciplines in vergelijking met de personen die wel een psychische stoornis hebben. 44% rapporteert dat ze door meer dan één discipline werden behandeld wegens psychische klachten.

In een tijdperk waarin de uitgaven voor gezondheidszorg wereldwijd steeds hoger worden, is de vraag belangrijk hoeveel een maatschappij zich kan veroorloven om haar burgers effectieve geestelijke gezondheidszorg te garanderen. Ten aanzien van eerdere bezorgdheden dat een aanzienlijk deel van de gebruikers niet zou voldoen aan de criteria voor psychische stoornissen<sup>25</sup>, vonden we enkele geruststellende gegevens over overbehandeling in de psychische gezondheidszorg: de meeste mensen die behandeld worden in de geestelijke gezondheidszorg voldoen aan de criteria voor een psychische stoornis of hebben een specifieke behoefte aan behandeling. Vanuit een maatschappelijke optiek blijft de relatie tussen *unmet* en *overmet need* erg precair. Enerzijds moeten we zorgen voor een zo laag mogelijke *unmet need*, door tijdig en laagdrempelig in te grijpen. Anderzijds kunnen deze vroeginterventie en laagdrempeligheid leiden tot een zeker aandeel patiënten die (nog) geen psychische stoornis hebben. Het is daarom beleidsmatig belangrijk om de complexiteit van *met need*, *unmet need* en *overmet need* ten aanzien van vroeginterventie goed te begrijpen.

## SAMENGEVAT

*Met*, *unmet* en *overmet need* worden gedefinieerd aan de hand van twee centrale elementen: het voorkomen van psychische stoornissen (de prevalentie) en de mate waarin mensen effectief in een gegeven jaar hulp hebben gezocht (zorggebruik).

Beschouwend kunnen we zeggen dat de **prevalentie van psychische stoornissen** gestegen is ten aanzien van twintig jaar geleden. De schattingen voor 2023 zijn:

- 12% voor angststoornissen (7% in 2001-2002)
- 9% voor stemmingsstoornissen (6% in 2001-2002)
- 11% voor alcoholgebonden stoornissen (3% in 2001-2002)
- 12% voor externaliserende stoornissen (5% in 2001-2002).

Specifiek gestegen zijn de prevalenties van alcoholgebonden en externaliserende stoornissen.

Rond **zorggebruik** kunnen we zeggen dat de cijfers suggereren dat het zorggebruik nog steeds hetzelfde is:

1. 28% van de personen met een psychische stoornis is in hetzelfde jaar dat de stoornis zich voordoet, ook effectief in behandeling; 7 op 10 komen niet tot behandeling in hetzelfde jaar. De *unmet need* blijft stabiel.
2. De gemiddelde uitstelduur tot het zoeken van hulp daalt een beetje over de decennia heen maar blijft toch nog ongeveer 10 jaar.
3. Specifieke redenen tot het uitstellen en/of niet zoeken van hulp blijven primair cognitief (geen nood voelen tot behandeling of de overtuiging dat men het zelf moet oplossen). Toch lijken vragen rond de kosten van behandeling aan belang te winnen; dat is ook het geval voor stigma trouwens.
4. Nieuwe zorgvormen hebben zich gemanifesteerd en een vaste plek verworven in het landschap: eerstelijnspsychologische zorg, zelfhulp en behandelingen die gebeuren/ starten in een spoedgevallendienst of somatische dienst van een ziekenhuis.

Los hiervan blijven **met** en **unmet need** redelijk stabiel over de tijd heen. Rond **overmet need** kunnen we zeggen dat die in het algemeen wat daalt ten aanzien van twintig jaar geleden. Het is geruststellend te weten dat iets méér dan 80% van de behandelde patiënten bij een psychiater voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in het laatste jaar of daarvóór. Toch moeten we zeggen dat de huidige cijfers tonen dat 14% van de behandelde personen door een psychiater géén psychische stoornis had; dat was 22% in 2001-2022. Belangrijk: van die 14% krijgt de overgrote meerderheid medicatie voorgeschreven.



# BELEIDSAANBEVELINGEN

**Populatiemonitoring is een absolute voorwaarde om een public health benadering toe te passen in de geestelijke gezondheidszorg. De interuniversitaire leerstoel gefinancierd door Zorgnet-Icuro ontwikkelde in het afgelopen anderhalf jaar de methodologie en legde hiermee de basis voor een wetenschappelijk onderbouwde benadering. De eerste datacollectie voor volwassenen is gebeurd; de resultaten vinden met deze publicatie de weg naar stakeholders en beleid. Welke aanbevelingen kunnen we halfweg het traject formuleren?**

## 1) Een duurzame wetenschappelijk onderbouwde populatiemonitor als beleidsinstrument voor de geestelijke gezondheidszorg is mogelijk en nodig.

Zorgnet-Icuro bracht het voorbije anderhalf jaar expertise uit vier universiteiten rond de tafel om een gefundeerde ggz-cijfervuurtoren uit te werken. We stemden af met vele actoren uit de praktijk. We omschreven de kernvragen die de beleidsvorming op netwerkniveau kunnen ondersteunen. De data die de *Public Mental Health Monitor* verzamelt, laten analyses per netwerk toe die verder gaan dan enkel een overzicht van klachten of wachttijden. We krijgen zicht op de prevalentie-cijfers, de manier waarop de zorgnood wordt ingevuld, de uitsteltijden, de behandelplaatsen... We kunnen bovendien verbanden leggen met sociaal-economische variabelen, en de actoren op het terrein een data-gebaseerd instrument aanreiken ter ondersteuning van hun beleidsvoering. Deze monitor vormt het wetenschappelijk tegengewicht voor losstaande bevestigingen, casuïstiek, meningen en veralgemeningen over psychische problemen in Vlaanderen en de geestelijke gezondheidszorg. Het is belangrijk dat de monitor een duurzaam beleidsinstrument kan worden voor de

lange termijn. De methodologie ligt vast, de nulmeting is gebeurd. De weg ligt open voor verfijning en uitbreiding. We roepen de beleidsverantwoordelijken op om van de uitbouw van deze *Public Mental Health Monitor* een prioriteit te maken in de volgende legislatuur.

## 2) Externaliserende stoornissen: een stevige uitdaging voor zorg en samenleving waarvoor echt een maatschappelijk masterplan nodig is.

De monitor toont een opvallend hoge prevalentie van externaliserende problematieken, bijvoorbeeld binging, agressiegerelateerde problemen en impulsief gedrag, niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag, intermitterend explosieve stoornis... Ze komen voor bij 12% van de volwassen bevolking in Vlaanderen. Dat is veel meer dan eerdere schattingen. De problematiek staat met andere woorden onmiskenbaar op de lijst van de *common mental disorders*. Ze zorgen voor specifieke uitdagingen, zowel voor de samenleving als voor de zorg. Personen met die aandoeningen gaan anders om met stressoren dan personen met affectieve gevoelsstoornissen. Anders gezegd:

de copingstrategie is veel meer naar buiten gericht en toont zich in de brede maatschappij vaak als ongewenst gedrag of overlast. Er is bovendien een hoger risico op comorbiditeit. Externaliserende problemen starten ook op jongere leeftijd. Dat is vooral het geval voor eetproblemen en de intermitterend explosieve stoornis. Voor angst of depressie ligt de mediane aanvangsleeftijd tussen 20 en 30 jaar; bij een externaliserende stoornis is die bij een kwart al voor het einde van de lagere schoolleeftijd gestart.

De effecten van het frequenter voorkomen van externaliserende aandoeningen zijn nu al merkbaar in verschillende zorgsettings zoals de jeugdhulp, psychologen op de eerste lijn, huisartsen, meer gespecialiseerde ggz... De significante toename van het aantal gedwongen opnames van minderjarigen baart zorgen. We zullen duidelijke maatschappelijke keuzes moeten maken en alle domeinen betrekken in een masterplan. Zo zullen we in de toekomst de manier waarop we onze zorg organiseren in samenwerking met bijvoorbeeld politie, justitie en parket voor een stuk moeten herdenken. Kiezen we bij adolescenten en jongvolwassenen voor een uitbreiding van de bestraffingsmodaliteiten



binnen een delinquentie-denken en voor gesloten behandelunits met een gedwongen karakter? Of zetten we sterker in op preventie in de “kwetsbare” leeftijd? Wachten we tot verontrustende opvoedingssituaties escaleren of zetten we maximaal in op het voorkomen ervan? We weten dat negatieve ervaringen op jonge leeftijd (mishandeling, verwaarlozing, gebrek aan psychologisch beschikbare ouders) een negatieve invloed hebben op het ontstaan van psychische problemen op latere leeftijd. Het voorkomen van die zogenaamde *adverse childhood experiences* is een maatschappelijke uitdaging waar verregaande samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen en bijkomende investering in echte preventie aangewezen is.

### 3) Werken met gedragen gezondheidsdoelstellingen op macro- en mesoniveau is een must.

Gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelen die we in een vastgelegde tijdsspanne willen realiseren voor het bereiken van gezondheidswinst op bevolkingsniveau. We pleiten ervoor om actoren op het terrein te ondersteunen in het formuleren en

monitoren van gezondheidsdoelstellingen zodat ze hun inspanningen nog beter kunnen afstemmen. De *Public Mental Health Monitor* kan onderbouwde antwoorden geven op de volgende centrale vragen die kunnen helpen bij het definiëren van die doelstellingen:

- Hoeveel tijd willen en kunnen we als maatschappij accepteren tussen het ontstaan van een psychische stoornis, de aanmelding in ons gezondheidszorgsysteem en de behandeling ervan?
- Hoeveel niet-ingevulde zorgnood (*unmet need*) vinden we aanvaardbaar in Vlaanderen, dat de kaart van preventie trekt en investeert in *human capital*? Kan die *unmet need* verschillen naargelang de problematiek?
- Hoe zorgen we ervoor dat aanzienlijk meer mensen met een psychische stoornis de weg vinden naar aangepaste zorgverlening? Hoeveel doorverwijzingen zijn daarbij nodig of wenselijk?
- Hoe kunnen we vindplaatsen zoals spoeddiensten en het internet in de toekomst beter benutten?
- Welke ambities schuiven we naar voor als het gaat om patiëntentevredenheid?

Een interfederaal (macro-)beleid dat sociaal ondernemerschap echt ondersteunt, versterkt de partners op het terrein om vanuit gezondheidsdoelstellingen te ageren en de bijkomende investeringen hierop af te stemmen.

Sterker inzetten op preventie, op vroeginterventie en op kinderen en jongeren blijven daarbij als leidende principes meer dan ooit gelden.

Net als de uitdaging om het loutere één-op-één-consultatiemodel aan te vullen met zelfhulpgroepen, lotgenotencontacten, peer-to-peer support, laagdrempelig groeps-aanbod en online interventies. Een *Public Mental Health Monitor* die al deze perspectieven bundelt voor alle belanghebbenden fungeert als baken, als cijfervuurtoren én onmisbaar kompas om de veranderingskoers adequaat te bepalen.



# REFERENTIES

<sup>1</sup> Kessler RC, Ustün TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 13 : 93-121.

<sup>2</sup> Reef J et al. (2011) Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*: 46, 1233-1241.

<sup>3</sup> McGrath JJ et al. (2015) Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*:72, 697-705.

<sup>4</sup> Krieger N et al. (2023) Decreasing Survey Response Rates in the Time of COVID-19: Implications for Analyses of Population Health and Health Inequities. *Am J Public Health*, 113: 667-670.

<sup>5</sup> Bruffaerts R et al. (2016) Psychotische ervaringen in de algemene bevolking. *Neuron*, 21: 34-37.

<sup>6</sup> Plana-Ripoll O et al. (2019) Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA psychiatry*, 76: 259-270.

<sup>7</sup> Kessler RC et al. (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6: 168-176.

<sup>8</sup> Albanese E et al. (2021) Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region. Recommendations from the Technical Advisory Group on the Mental Health Impacts of COVID-19 in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>9</sup> Bruffaerts R, Jeannin R. (2021) COVID-19 and Mental Health: Clinical and Public Health Reflections. In: Metaforum KU Leuven, Pandemic Preparedness, pp.35-45. KU Leuven, Metaforum.

<sup>10</sup> Bonanno GA et al. (2011) Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*, 7: 511-535.

<sup>11</sup> Pirkis J et al. (2022) Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*, 51: 101573.

<sup>12</sup> Kiekens G et al. (2019) Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students. *Eur Psychiatry*, 59: 44-51.

<sup>13</sup> Preti A et al. (2009) The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res*, 43: 1125-1132.

<sup>14</sup> Bruffaerts R, Jeannin R. (2021) COVID-19 and Mental Health: Clinical and Public Health Reflections. In:

Metaforum KU Leuven, Pandemic Preparedness, pp.35-45. KU Leuven, Metaforum.

<sup>15</sup> Bruffaerts R et al. (2004) Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60: 790-799.

<sup>16</sup> Vanclooster S et al. (2013) Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

<sup>17</sup> Jansen L et al. (Eds.) (2024) Eerstelijnspsychologische zorg in België / La psychologie de première ligne en Belgique. Brussel: Academic and Scientific Publishers.

<sup>18</sup> Rens E et al. (2022). Clinically assessed and perceived unmet mental health needs, health care use and barriers to care for mental health problems in a Belgian general population sample. *BMJ Psychiatry*, 22: 455.

<sup>19</sup> Bruffaerts R et al. (2004) Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60: 790-799.

<sup>20</sup> Bruffaerts R et al. (2015) Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry*. 2015, 206: 101-109.

<sup>21</sup> Porter ME, Teisberg EO (2006) Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.

<sup>22</sup> Al-Dhahir I, Reijnders T, Faber J et al. (2022) The Barriers and Facilitators of eHealth-Based Lifestyle Intervention Programs for People With a Low Socioeconomic Status: Scoping Review. *J Med Internet Res*, 24(8): e34229.

<sup>23</sup> Sokol R, Fisher E (2016) Peer Support for the Hardly Reached: A Systematic Review. *Am J Public Health*, 106(7): e1-8.

<sup>24</sup> Lo HHM, Zhang J, Choi CW (2020) Short-Term Psychological Interventions on Economically Disadvantaged Families: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Soc Work Pract*, 30(3): 330-343.

<sup>25</sup> Jansen L et al. (Eds.) (2024) Eerstelijnspsychologische zorg in België / La psychologie de première ligne en Belgique. Brussel: Academic and Scientific Publishers.

<sup>26</sup> Schokkaert E et al. (2022) Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting. Brussel: RIZIV.



Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08  
ondernemingsnr. 417659828

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)