

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Inschatting van de behoefte aan
geestelijke gezondheidszorg**

Stephanie Vanclooster
Joke Vanderhaegen
Ronny Bruffaerts
Koen Hermans
Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2013/16
SWVG-Rapport 16
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg

Promotoren: Prof. dr. Koen Hermans, Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Onderzoekers: Stephanie Vanclooster, Dr. Joke Vanderhaegen, Prof. dr. Ronny Bruffaerts

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), LUCAS en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet, HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 16

Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg

Onderzoeker: Stephanie Vanclooster, Dr. Joke Vanderhaegen, Prof. dr. Ronny Bruffaerts

Promotor: Prof. dr. Koen Hermans, Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Samenvatting

1. Situering en probleemstelling

Het Rekenhof wijst er in zijn verslag 'de centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht' van januari 2012 op dat de Vlaamse regering artikel 28 van het Decreet op de Geestelijke Gezondheidszorg niet realiseerde. Dit artikel stipuleert:

De regering bepaalt de parameters die zullen worden gehanteerd om de zorgbehoeften in elk werkgebied te detecteren als instrument om te komen tot een evenwichtige spreiding van de zorgverleningscapaciteit. Het artikel wijst op de twee aspecten van programmatie: enerzijds het objectief inschatten van de zorgbehoeften per werkgebied en het (her)verdelen van de huidige zorgcapaciteit op basis van deze parameters (Verdeyen & Put, 2011, p. 9).

De Minister heeft het SWVG de opdracht gegeven om een wetenschappelijk onderbouwd voorstel te doen over de parameters die toelaten om zorgbehoeften te detecteren en om te komen tot een evenwichtige spreiding van het zorgaanbod.

2. Wetenschappelijke state of the art: het meten van zorgbehoeften

Volgens Slade et al. (2011) zijn er grofweg drie types van databronnen om zorgbehoeften in te schatten. Het eerste type beschrijft het huidige gebruik van GGZ-diensten. Deze data geven weliswaar enkel een indicatie van de huidige zorggebruikers, maar zijn wel relatief gemakkelijk en op landelijk niveau beschikbaar. Het nadeel hier is dat zorggebruik niet enkel bepaald wordt door de werkelijke behoeften, maar ook door de fysieke en sociale nabijheid van bepaalde vormen van zorgaanbod. Een tweede type van data zijn surveys die aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten peilen naar de prevalentie van psychische problemen. Een eerste nadeel van deze werkwijze is dat de prevalentie van relatief weinig voorkomende aandoeningen (bv. de ernstige psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie) moeilijk kan ingeschat worden. Een tweede probleem van surveys is dat sommige aandoeningen die gelinkt worden aan een weinig sociaal aanvaardbare levensstijl (bv. drugsgebruik) op basis van dit type van onderzoek moeilijk in kaart te brengen zijn. En derde probleem is dat sommige bevolkingsgroepen (bv. etnische minderheden) in mindere mate deelnemen aan dit type van onderzoek. Een derde type van data vertrekt van de opvattingen van lokale stakeholders. Om

de lokale noden in te schatten worden de opvattingen en meningen van de gebruikers zelf, hun mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten op een gestructureerde wijze in kaart gebracht. Thornicroft (2009) wijst erop dat lokale/regionale epidemiologische data over psychiatrische morbiditeit en problematieken volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijkingsgraad beschikbaar moeten zijn om tot een optimale inschatting te komen van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg.

3. Onderzoeksopzet

In deze studie volgen we de aanbevelingen van Slade et al. (2011) en Thornicroft (2009) om zorgbehoeften op een wetenschappelijk wijze te meten. Daarbij combineren we de verschillende methoden die deze auteurs aanreiken. In de eerste fase van het onderzoek (september-december 2012) maken we een overzicht van de Belgische en Nederlandse epidemiologische studies naar de prevalentie van psychische stoornissen, naar de determinanten hiervan en naar het zorggebruik (met inbegrip van psychofarmaca). De eerste fase sluiten we af met een analyse van de beleidsplannen en subsidie-aanvragen van de CGG. Meer specifiek bekijken we de wijze waarop zij hun omgevingsanalyse uitvoeren en hoe zij de regionale zorgbehoeften inschatten.

De tweede fase van het onderzoek (maart-oktober 2013) beslaat drie onderdelen. In een eerste stap berekent Prof. Bruffaerts aan de hand van de ESEMeD-data (daterend uit 2001, maar gesimuleerd voor 2012) Vlaamse en provinciale cijfers met betrekking tot de prevalentie van psychische stoornissen, zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte. In een tweede stap wordt de huidige verdeling van het CGG-aanbod geanalyseerd en in verband gebracht met de prevalentiecijfers. In een derde en finale stap worden de inzichten uit de hele studie voorgelegd aan een expertenpanel (zie bijlage 'verslag expertenpanel onderzoek behoefte aan GGZ').

4. Belangrijkste resultaten

4.1 ESEMeD: Prevalentie van stoornissen, zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte

In de analyse wensen we de prevalentie van psychische stoornissen en het zorggebruik tot op provinciaal en stedelijk niveau in Vlaanderen te berekenen. Hiertoe brengen we de volgende cijfers in kaart: (1) voorkomen van psychische stoornissen (stemmings-, angst- en alcoholstoornis; (2) 12-maanden zorggebruik voor stoornissen en (3) niet-ingevulde zorgnood of unmet need op 12 maanden. Unmet need definiëren we als: "de mate waarin men, ondanks een duidelijke zorgbehoefte, toch niet in de zorg belandt (geen behandeling krijgt)".

Qua prevalentie van stoornissen stellen we vast dat 9% van de Vlaamse bevolking (18+) in het laatste jaar een psychische stoornis doormaakte. Zowel de prevalentie van psychische stoornissen in het algemeen als van stemmingsstoornissen en angststoornissen is hoger bij vrouwen. Een alcoholstoornis komt dan weer vaker voor bij mannen. Qua lifetime prevalentie stellen we vast dat één op vier van de Vlamingen ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis doormaakt.

Qua hulpzoekgedrag stellen we vast dat ongeveer één derde van de personen met een psychische stoornis het afgelopen jaar professionele hulp zocht. De lifetime prevalentie zorggebruik ligt beduidend hoger. 90% heeft ooit in zijn/haar leven professionele hulp gezocht omwille van psychische

problemen. Dit wijst erop dat mensen uiteindelijk wel zorg krijgen, maar dat er heel wat tijd overheen gaat voordat dit gebeurt.

Als we naar het zorggebruik kijken, zien we dat 40% van de mensen met een psychische stoornis die hulp zoeken, een combinatie van medicatie en psychotherapie kreeg, 25% enkel een medicamenteuze behandeling en 15% enkel een psychologische behandeling. Eén op vier die hulp zocht, heeft toch geen behandeling gekregen.

De onvervulde zorgbehoefte hangt samen met het type stoornis. Bij een stemmingsstoornis krijgen veel meer patiënten effectief een behandeling (50%) dan bij een angststoornis (36%) of een alcoholstoornis (13.9%). Opvallend is tevens dat één op vijf personen met meerdere stoornissen in het afgelopen jaar geen behandeling heeft gekregen na het zoeken van hulp.

Wat betreft provinciale en regionale verschillen stellen we vast dat er geen significante verschillen zijn qua prevalentie van stoornissen, maar wel qua niet-vervulde zorgbehoefte. Zo kent 7.4% van de Antwerpse bevolking een onvervulde zorgbehoefte, gevolgd door Oost-Vlaanderen met een 7.2% en Limburg met 3.9%. Wanneer we verder afdalen naar een lager geografisch niveau, dan blijken de grootsteden Antwerpen en Gent de grootste onvervulde zorgbehoefte te hebben.

De mate van onvervulde zorgbehoefte hangt enkel samen met de leeftijd van de persoon met een psychische stoornis. Hoe jonger, hoe groter de kans op een onvervulde zorgbehoefte. Andere determinanten zoals zorgaanbod, geslacht, provincie en opleidingsniveau blijken geen significante invloed te hebben.

4.2 De prevalentiecijfers in relatie gebracht met het huidig CGG-aanbod

Wat betreft de VTE-inzet door de CGG voor de volwassen doelgroep blijkt, afgezet ten opzichte van het totale bevolkingsaantal, Limburg relatief gezien het grootste VTE-aanbod te kunnen inzetten (6.7 VTE per 100.000 inwoners). Antwerpen (5.5 VTE) en Oost-Vlaanderen (5.6) hebben het kleinste aanbod.

Wanneer we het aantal VTE linken aan het aantal behandelde cliënten stellen we vast dat Limburg een veel kleiner aantal VTE inzet (0.5 VTE) per 100 cliënten dan West-Vlaanderen (0.9). Door het expertenpanel werd bevestigd dat deze verschillen zich al een aantal jaren aftekenen en dat hiervoor op dit moment geen verklaringen voorhanden zijn.

Als we de huidige personeelsinzet relateren aan de populatie van personen met een psychische stoornis in het afgelopen jaar, dan worden de verschillen tussen de provincies opvallend groter dan verwacht op basis van de bevolkingscijfers. Antwerpen kan dan slechts 0.41 VTE inzetten voor 100 zorgbehoevenden, terwijl dit voor West-Vlaanderen 1.12 bedraagt. Voor Oost Vlaanderen is dit 0.54, voor Vlaams-Brabant 0.71, en voor Limburg 0.93.

5. Interpretatie van de cijfers en conclusies

Indien de programmatie zou rekening houden met de prevalentiecijfers dan zouden de nu bestaande verschillen in het aanbod groter worden. De provincies die relatief gezien met het kleinste CGG-aanbod bedeed zijn, komen er immers nog slechter uit indien we voor de programmatie rekening zouden houden met de prevalentie van stoornissen.

De verschillen tussen provincies qua caseload zijn opmerkelijk. Bij de interpretatie van de verschillen moeten een aantal factoren in rekening gebracht worden. In de eerste plaats denken we aan het

uitstelgedrag van personen at risk (zie bijvoorbeeld de SWVG-studie over de verschillen tussen regio's qua stigma), waardoor mogelijks de problematiek verergert en personen een langere behandeling nodig hebben. Een tweede factor betreft de interactie tussen de verschillende aanbods vormen en dan in het bijzonder de interactie tussen de eerste en tweede lijn.

We stellen bijzondere noden vast in de twee Vlaamse grootsteden, Gent en Antwerpen. Dit is des te opvallender aangezien er een sterkere concentratie van GGZ-aanbod in die twee steden kan vastgesteld worden. Mogelijks speelt de grootstedelijke context zelf een rol in het ontstaan van psychische problemen. De Nederlandse NEMESIS-studie wijst bv. ook op de grotere prevalentie van angststoornissen in de steden.

Leeftijd is de enige statistisch significante determinant van onvervulde zorgbehoefte. Jongvolwassenen zijn dus een niet te miskennen risicogroep voor een onvervulde zorgbehoefte. Dit hangt mogelijks samen met de complexe overgang van jeugdhulp naar volwassenenhulp. Een andere verklaring is het feit dat het huidig aanbod mogelijks onvoldoende is aangepast aan de wensen van deze doelgroep. Mogelijks kunnen deze jongeren beter bereikt worden via e-mental health tools.

6. Beperkingen van de studie

De analyses zijn gebaseerd op de ondertussen mogelijks gedateerde ESEMeD-data. In deze studie zijn kinderen en jongeren niet opgenomen. Echter, op dit moment zijn dit de enige beschikbare data om valide uitspraken te doen over de prevalentie van psychische stoornissen.

Deze studie doet geen uitspraken over personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Dit omdat de prevalentie van zulke stoornissen, gezien de kleine aantallen, op basis van populatiestudies moeilijk kunnen berekend worden. Het inschatten van de grootte van deze doelgroep gebeurt het best via de instellingen die met hen contact hebben.

De instrumenten die gehanteerd worden in de ESEMeD-studie zijn mogelijks onvoldoende sensitief om psychische problemen bij ouderen te detecteren.

In de afgelopen 10 jaar zijn Vlaanderen en in het bijzonder de steden sterk verkleurd. De ESEMeD-data laten niet toe om uitspraken te doen over de samenhang tussen psychische stoornissen en etnisch-culturele achtergrond.

Het is duidelijk dat we voor dit onderzoek hebben moeten werken met beperkt beschikbaar en deels ook verouderd materiaal, dat naar best vermogen en met de zo optimaal mogelijke wetenschappelijke onderbouw, in de studie is gebruikt.

De geestelijke gezondheidszorg heeft ontegensprekelijk nood aan wetenschappelijk en/of epidemiologisch onderzoek naar psychische stoornissen. Op basis van onze vaststellingen willen we er dan ook op aandringen om het noodzakelijke vervolgonderzoek te laten uitvoeren. De resultaten van deze studie kunnen dan als gegronde en werkbare hypothesen verder worden afgetoetst

7. Beleidsaanbevelingen

Kort samengevat leiden de vaststellingen van dit onderzoek tot volgende conclusies:

- In de grootsteden Gent en Antwerpen is er nood aan meer VTE's/ een hogere VTE-inzet.
- De uitbreiding van de personeelsinzet kan best gekoppeld worden aan een kritische analyse van de wijze waarop het huidig aanbod georganiseerd is
- Gezien de correlatie leeftijd en unmet need die men ziet in de groep jongvolwassenen, dient men meer aandacht te besteden aan deze groep.
- In de regio's waar mensen het moeilijk vinden om passende hulp te vragen, dient men bij de uitbouw van GGZ voorzieningen meer aandacht te hebben voor de drempels naar zorg.

Op basis van deze conclusies formuleren de onderzoekers een aantal aanbevelingen voor het beleid rond programmatie en voor het GGZ-beleid in het algemeen.

7.1 Aanbevelingen over de programmatie van de GGZ-voorzieningen

Op basis van deze studie zijn de onderzoekers van mening dat het aanbod van GGZ-voorzieningen in de stedelijke gebieden (Antwerpen en Gent) best met prioriteit kan uitgebreid worden. Ook het aanbod van GGZ-diensten voor adolescenten en jongvolwassenen dient prioriteit te krijgen bij volgende uitbreidingsmogelijkheden.

Het feit dat de caseload in de CGG zo verschillend is tussen de regio's en dat een lagere caseload sterk uitgesproken is in de regio met de meest negatieve attitude ten aanzien van de GGZ alsook van informele hulp voor psychische problemen, laat vermoeden dat de GGZ in deze regio's personen over de vloer krijgt in een later stadium van de problematiek, waardoor men meer tijd voor een behandeling nodig heeft. Vanuit deze redenering stellen we voor dat er in deze regio meer wordt geïnvesteerd in GGZ-functies die in een vroeger stadium - minder beladen met stigma- en dichter bij de burger kunnen tussenkomen. De eerstelijnspsycholoog, geestelijke gezondheidspromotie in scholen en e-mental health projecten zijn hier voorbeelden van.

7.2 Aanbevelingen voor de toekomst

Er is nood aan een epidemiologisch onderzoek in Vlaanderen om valide uitspraken te kunnen doen over de prevalentie van psychische stoornissen. Deze studie is nodig om objectieve parameters te bepalen waarop de programmatie van de CGG en van de GGZ in het algemeen kan gebaseerd worden.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan de Vlaamse overheid aan de CGG regionale cijfers aanleveren. Deze regionale cijfers vormen samen met de cliëntregistratiegegevens (over zorggebruik) en een analyse van het ruimere regionale CGG-aanbod, de basis voor de omgevingsanalyse die zij in het kader van de opmaak van het beleidsplan dienen uit te voeren. Zulke cijfers kunnen tevens de basis vormen om op regionaal niveau afspraken te maken over hoe het CGG-aanbod past binnen het ruimere aanbod in de regio. Gegeven de sterke maatschappelijke evoluties is het o.i. onaanvaardbaar dat men zich voor het bepalen van GGZ-behoefte in 2013 moet beroepen op data uit 2001.

Er is nood aan een sectoroverschrijdende, betrouwbare en valide registratie binnen de GGZ. Deze registratie dient o.i. niet alleen de kenmerken van de gebruiker en zijn zorgbehoeften en vragen te bevatten, ook het zorggebruik dient op een systematische wijze geregistreerd te worden zodat men op ieder tijdstip voor een cliënt of patiënt exact kan nagaan welke zorg - en in welke dosering - feitelijk is

gebruikt. Dit zal toelaten om de zorg meer te oriënteren naar evidence based practices en om een meer professionele samenwerking binnen de GGZ-netwerken te realiseren. We verwijzen naar RAI community mental health als een voorbeeld van een wetenschappelijk gevalideerde registratie- en monitoringtoolkit die toelaat over de grenzen van voorzieningen en sectoren heen betrouwbare gegevens te bekomen.

De inspanningen om psychische problemen van jongvolwassenen te voorkomen, detecteren, diagnosticeren en te behandelen, worden best versterkt. De toegankelijkheid van de zorg is zowel qua stijl als type van aanbod een probleem voor deze doelgroep. Jongvolwassenen worden mogelijks beter bereikt via andere kanalen zoals e-mental health tools.

INHOUD

Lijst Tabellen	10
Lijst Figuren	10
Ten geleide	11
Hoofdstuk 1 Probleemstelling en literatuurstudie	13
1 Situering van het onderzoek	14
2 Vraagstelling onderzoek	16
3 Onderzoeksmethode	20
4 Resultaten	21
4.1 Resultaten onderzoeksmethode 1: Inventaris beschikbare cijfers over zorgbehoeften en zorggebruik	21
4.2 Resultaten onderzoeksmethode 2: Socio-demografische determinanten van zorgbehoefte (en zorggebruik) en gebruik psychofarmaca	26
4.3 Resultaten onderzoeksmethode 3: Omgevingsanalyse door de CGG	34
5 Onderzoeksvoorstel 2013	44
Hoofdstuk 2 Epidemiologie van psychische stoornissen in Vlaanderen - ESEMeD –data	47
Hoofdstuk 3 Relatie tussen zorgbehoefte, zorggebruik en zorgaanbod	65
Hoofdstuk 4 Beleidsaanbevelingen	77
1 Aanbevelingen over de programmatie van de GGZ-voorzieningen	77
2 Aanbevelingen voor de toekomst	77
Referenties	79
Bijlagen	81

Lijst Tabellen

Tabel 1	Prevalentie van psychische stoornissen in Vlaanderen	50
Tabel 2	Proportie hulpzoekgedrag voor emotionele redenen en psychische stoornissen in Vlaanderen (2001 en 2011) (1)	51
Tabel 3	Gekregen behandeling na het zoeken van professionele hulp voor emotionele redenen en psychische stoornissen in Vlaanderen	52
Tabel 4	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie	53
Tabel 5	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie	54
Tabel 6	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie	55
Tabel 7	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie	56
Tabel 8	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied	58
Tabel 9	Unmet need voor 2+ psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied	59
Tabel 10	Unmet need voor 12-maanden suïcidaliteit in Vlaanderen, per provincie	61
Tabel 11	Bivariate analyses: intercorrelaties tussen ambulante en residentiële voorzieningen en unmet need voor psychische stoornissen	62
Tabel 12	Intercorrelaties tussen voorzieningen en unmet need voor suïcidaliteit in Vlaanderen	63
Tabel 13	Multivariaat logistisch model van unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen	64
Tabel 14	Het ambulante zorgaanbod volgens bevolkingsaantal	67
Tabel 15	Het residentiële zorgaanbod volgens bevolkingsaantal	68
Tabel 16	Het ambulante zorgaanbod en beddenscapaciteit volgens bevolkingsaantal	69
Tabel 17	Het ambulante zorgaanbod volgens zorggebruik	70
Tabel 18	Het ambulante zorgaanbod volgens zorgbehoefte	72
Tabel 19	Het residentiële zorgaanbod volgens zorgbehoefte	73
Tabel 20	Het ambulante en residentiële zorgaanbod volgens zorgbehoefte	74
Tabel 21	De prevalentie psychische stoornissen en unmet need in studiegebieden	75

Lijst Figuren

Figuur 1	Unmet need voor een psychische stoornis in Vlaanderen, per provincie	57
Figuur 2	Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied	60

Ten geleide

Voor dit Steunpunt-rapport hebben de onderzoekers gekozen voor een rapportering in de vorm van powerpoint - 'notes pages'. Deze manier van voorstellen zou bevorderend moeten zijn voor de leesbaarheid van deze complexe materie.

Hoofdstuk 1

Probleemstelling en literatuurstudie



Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg

**Fase 1: Probleemstelling en literatuurstudie
september 2012- december 2012**

Stephanie Vanclooster

dr. Joke Vanderhaegen

Prof. dr. Koen Hermans

Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Inhoud

1. Situering onderzoek
2. Vraagstelling onderzoek
3. Onderzoeksmethode
4. Resultaten
5. Onderzoeksvoorstel 2013

1 Situering van het onderzoek



SITUERING ONDERZOEK Rapport van het Rekenhof

- Januari 2012: het Rekenhof wijst op het niet nakomen van artikel 28 van het decreet op de Geestelijke Gezondheidszorg door de Vlaamse regering.
- Artikel 28: *'de regering bepaalt de parameters die zullen worden gehanteerd om de zorgbehoeften in elk werkgebied te detecteren als instrument om te komen tot een evenwichtige spreiding van de zorgverleningscapaciteit'*
- Reactie van minister Vandeuren op het rapport: SWVG voert studie uit naar objectieve zorgbehoefteparameters

-> Nood aan wetenschappelijk onderbouwde programmatie

Het Rekenhof wijst er in zijn rapport 'Centra voor geestelijke gezondheidszorg: doelgroepenbeleid, financiering en toezicht' (januari 2012) op dat de Vlaamse regering artikel 28 van het decreet op de Geestelijke Gezondheidszorg niet realiseerde. (<http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2011-2012/g37d-1.pdf>)

Artikel 28 wijst op twee aspecten:

1. het objectief inschatten van de zorgbehoeften per werkgebied
2. het verdelen van de huidige zorgcapaciteit op basis van de bekomen behoefteparameters.

Artikel 28 roept de Vlaamse overheid dus op om enerzijds een objectieve inschatting te maken van het wenselijk aanbod en om anderzijds dit aanbod op basis van objectieve parameters te spreiden over Vlaanderen.

Als reactie op het verslag van het Rekenhof formuleerde de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin enkele aanbevelingen, waaronder het bepalen van de objectieve zorgbehoefteparameters binnen Vlaanderen door een bevoegd kenniscentrum (zie bijlage '6 Aanbevelingen' van het rapport). De minister besliste vervolgens om het SWVG deze opdracht te laten uitvoeren.



SITUERING ONDERZOEK Wetenschappelijk onderbouwde programmatie

- Programmatie = *“het vastleggen van het aantal, de spreiding en/of de zorgcapaciteit van een bepaald zorgaanbod binnen een bepaalde regio”* (Verdeyen & Put, 2011):
 - Objectief inschatten van zorgbehoeften (= wenselijk aanbod)
 - Optimale regionale spreiding van de beschikbare middelen o.b.v. objectieve indicatoren
 - Huidige spreidingsmodel: vast bedrag per inwoner
- Programmatie kan op twee manieren gebeuren:
 1. Ten eerste kan men de zorgbehoeften objectief inschatten. Deze inschatting vormt de basis voor het berekenen van het aanbod dat noodzakelijk is om op die behoeften in te spelen. Het betreft dus een schatting van het wenselijke aanbod aan de hand van objectieve parameters.
 2. Ten tweede kan men vertrekken van het huidig gesubsidieerde aanbod oftewel van de middelen die de Vlaamse regering vrijmaakt voor de aanpak van psychische problemen. Op basis van objectieve parameters wordt vervolgens beslist hoe deze middelen zo optimaal mogelijk gespreid worden.
- De huidige financiering steunt niet op een objectieve inschatting van de zorgbehoeften in elk werkingsgebied. Men gaat namelijk uit van een vast bedrag per hoofd per werkingsgebied. Dit werd reeds deels gecorrigeerd door bij uitbreiding rekening te houden met de verhouding van het aantal inwoners per werkingsgebied ten opzichte van de subsidie van het CGG. Bij iedere uitbreiding werd stelselmatig een correctie doorgevoerd afhankelijk van bevolking en doelgroepen. Om de subsidie van de Vlaamse Gemeenschap per inwoner in het werkingsgebied voor alle CGG gelijk te maken zijn er twee mogelijkheden. Enerzijds het herverdelen van de huidige middelen tussen de 20 CGG. Dit betekent dat sommige CGG middelen zouden moeten afstaan. Anderzijds door een substantiële uitbreiding van de middelen aan de CGG die momenteel ondercapacitair zijn.

2 Vraagstelling onderzoek



VRAAGSTELLING ONDERZOEK 4 Onderzoeksvragen

4 onderzoeksvragen:

1. Wat is de zorgbehoefte op het vlak van GGZ in Vlaanderen?
2. Wat is het huidige zorgaanbod en zorggebruik?
3. Hoe verhouden beide zich tot mekaar?
4. Welke conclusies kunnen we op basis van deze analyses formuleren voor de programmatie van de CGG in Vlaanderen?

In dit onderzoek hebben we 4 onderzoeksvragen geformuleerd.

In het eerste deel spitsen we ons toe op de eerste onderzoeksvraag; namelijk wat is de zorgbehoefte op het vlak van GGZ in Vlaanderen?



VRAAGSTELLING ONDERZOEK schatting zorgbehoeften

Drie methoden om zorgbehoeften in te schatten (Slade et al (2011)):

1. Huidig gebruik van GGZ-diensten
2. Prevalentiecijfers van psychische problemen
3. Inschatting van de behoeften op basis van opvattingen van lokale stakeholders

→ Geen enkele benadering volstaat.
Naast objectieve data dient men ook stakeholders te
betrekken om de juiste interpretaties te vinden.

We bouwen voort op de aanbevelingen van Slade et al. (2011) die drie methoden onderscheiden om de zorgbehoeften in kaart te brengen:

- De eerste methode is gebaseerd op het huidige gebruik van GGZ-diensten. Deze data geven weliswaar enkel een indicatie van de huidige zorggebruikers, maar zijn wel relatief gemakkelijk en op landelijk niveau beschikbaar. Het nadeel is dat zorggebruik niet enkel bepaald wordt door de werkelijke behoeften, maar ook door de fysieke en sociale nabijheid van bepaalde vormen van zorgaanbod.
- Een tweede methode bestaat uit een survey die aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten peilt naar het voorkomen van psychische problemen. Een eerste nadeel van deze werkwijze is dat de prevalentie van relatief weinig voorkomende aandoeningen op basis van zulke surveys moeilijk ingeschat kan worden. Daarom wordt er vaak op een tweeledige wijze gewerkt waarbij men start met een globale en korte screening van een grote steekproef, gevolgd door een uitdieping van deelgroepen. Een tweede probleem van surveys is dat sommige aandoeningen die geassocieerd worden met een weinig sociaal aanvaardbare levensstijl (bijvoorbeeld drugsgebruik) vaak erg moeilijk in kaart te brengen zijn door middel van een bevraging. Een derde probleem is dat sommige bevolkingsgroepen (zoals etnisch-culturele minderheden) in mindere mate deelnemen aan dit type van onderzoek.
- Een derde methode vertrekt van de opvattingen van lokale stakeholders. Om de lokale noden in te schatten worden op een gestructureerde wijze de opvattingen van de gebruikers zelf, hun mantelzorgers, GGZ-voorzieningen en andere welzijns- en gezondheidsdiensten in kaart gebracht.

Echter, **geen enkele benadering op zich volstaat** om de zorgbehoeften op een objectieve wijze in te schatten. Zelfs als men erin zou slagen om van elk individu een inschatting te maken van zijn zorgbehoeften en dit te aggregeren tot op populatieniveau, dan nog stelt zich een fundamenteel probleem. Patiënten, professionals, mantelzorgers, politici en belastingbetalers hebben zelden een

gemeenschappelijke visie op de interpretatie van de data. Daarom wordt er gepleit om niet enkel objectieve data te hanteren om te komen tot een schatting van zorgbehoeften, maar ook alle stakeholders (incl. de gebruikers) te betrekken bij de interpretatie van deze cijfers en prioriteitsbepaling.

Het inschatten van de zorgbehoeften is **verre van een eenvoudige oefening**. Er zal een compromis gevonden moeten worden tussen de beschikbare en wenselijke informatie. Daarnaast zullen er waardeoordelen moeten geveld worden over wat en hoe gemeten wordt. Essentieel is dat **een diversiteit van perspectieven wordt betrokken in het inschattingproces**.



VRAAGSTELLING ONDERZOEK
Schatting
prevalentie psychische stoornissen

4 Methoden om prevalentie van psychische stoornissen in te schatten

(G. Thornicroft (2009)):

- (1) Actual local epidemiological data on psychiatric morbidity and disability for the particular area by age, sex, ethnicity, social status, and degree of urbanicity
(if not available)
- (2) Country/regional epidemiological data weighted for local socio-demographic characteristics
(if not available)
- (3) International data from 'comparable' countries or regions, adjusted for local socio-demographic characteristic
(if 1, 2, 3 not sufficient)
- (4) Best estimates and expert synthesis and interpretation based on other sources of local information and opinions (e.g. extent of non-health-service provision, family support, local traditions, or migration)

Naast Slade et al. (2011) onderscheidt Thornicroft (2009) vier methoden om de prevalentie van psychische stoornissen in te schatten.

1. Per regio zijn lokale epidemiologische data van psychiatrische morbiditeit en problematieken beschikbaar volgens leeftijd, geslacht, afkomst, sociale status en verstedelijkingsgraad. Deze eerste methode geeft de ideale situatie weer: men beschikt over gegevens tot op het laagst gewenste niveau.
2. Indien de eerste stap niet haalbaar is, dient men volgende methode toe te passen: er zijn epidemiologische data beschikbaar op nationaal en/of regionaal niveau die gewogen zijn voor een aantal lokale socio-demografische karakteristieken. Op basis van deze gegevens (= combinatie van epidemiologische cijfers en demografische determinanten) tracht men een inschatting te maken van het voorkomen van psychische stoornissen op een zo laag mogelijk regionaal niveau. De determinanten worden dus gebruikt om per regio een inschatting te maken van de zorgbehoefte.
3. Er zijn internationale data beschikbaar van vergelijkbare landen of regio's. De cijfers voor deze vergelijkbare regio's worden toegepast op de onderzochte regio, rekening houdend met wat er geweten is over de socio-demografische determinanten.
4. Men doet beroep op schattingen van experts en meningen van individuen uit de lokale omgeving (expertenpanel, zie bijlage 'verslag expertenpanel onderzoek behoefte aan GGZ') om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het psychisch onwelzijn in de betreffende regio. Dit niveau kan gezien worden als een 'noodgedwongen oplossing' als de drie voorgaande methoden niet haalbaar blijken.

3 Onderzoeksmethode



ONDERZOEKSMETHODE

1. Inventaris van epidemiologische studies en cijfers rond prevalentie psychische stoornissen, zorgbehoeften en -gebruik
2. In kaart brengen van socio-demografische determinanten van psychische aandoeningen, psychofarmaca, zorgbehoefte en -gebruik
3. Evaluatie van beleidsplannen, projectvoorstellen en subsidie-aanvragen van CGG's met aandacht voor een omgevingsanalyse
4. Ontwerp van een voorstel om zorgbehoeften te meten

In deze studie volgen we de aanbevelingen van Slade et al. (2011) en Thornicroft (2009) om zorgbehoeften op een wetenschappelijk wijze te meten. Daarbij combineren we de verschillende methoden die deze auteurs aanreiken.

- Onderzoeksmethode 1: in eerste instantie maken we een inventaris op van Belgische epidemiologische studies naar de prevalentie van psychische stoornissen. Gezien de culturele overeenkomsten met Nederland opteren we ervoor om ook de Nederlandse studies mee te nemen in deze inventaris. Daarnaast rapporteren we ook de beschikbare cijfers over het huidige zorggebruik.
- Onderzoeksmethode 2: in tweede instantie beschrijven we de determinanten van psychische stoornissen (met inbegrip van psychofarmaca) en van zorggebruik op basis van deze prevalentiestudies.
- Onderzoeksmethode 3: in derde instantie analyseren we de beleidsplannen en subsidie-aanvragen van de CGG. Bijzondere aandacht besteden we hierbij aan de omgevingsanalyses die hierin zijn opgenomen. We bekijken op welke wijze zij een inschatting maken van de zorgbehoeften en het aanbod in hun regio/werkingsgebied.
- Onderzoeksmethode 4: in een vierde stap werken we naar een voorstel om zorgbehoeften te meten.

4 Resultaten



RESULTATEN

1. Inventaris beschikbare cijfers over zorgbehoeften en zorggebruik

- Keuze voor ESEMeD-studie (2001): enige epidemiologische studie in België
 - Aan de hand van een internationaal gevalideerd diagnostisch instrument
 - Enkel cijfers op Belgisch niveau, niet op regio-niveau
 - Enkel cijfers voor 18+
- Aanvulling met de Nederlandse NEMESIS-2 studie
 - Meer recent veldwerk (2009)
 - Vergelijking mogelijk met voorgaand onderzoek (NEMESIS-1)
 - Betere uitwerking determinanten en bepaalde stoornissen (i.c. Subtypes)
 - Ook cijfers voor kinderen en jongeren (18-)

4.1 Resultaten onderzoeksmethode 1: Inventaris beschikbare cijfers over zorgbehoeften en zorggebruik

Aangezien de CGG zich op de tweede lijn bevinden, is het noodzakelijk dat we die studies selecteren die gebruik maken van een diagnostisch instrument.

In België bestaat enkel de ESEMeD-studie die met een diagnostisch instrument (CIDI 3.0, Composite International Diagnostic Interview) de prevalentie van psychische stoornissen in kaart brengt. Het betreft hier een representatieve steekproef van de Belgische bevolking ouder dan 18 jaar. De data voor de ESEMeD-studie werden in 2001 verzameld. De ESEMeD-studie maakt gebruik van een internationaal gevalideerde methodologie die o.a. ook in Duitsland, Frankrijk, Spanje, Italië en Nederland is toegepast. De studie laat toe om prevalentiecijfers voor psychische stoornissen in België te construeren.

Naast de ESEMeD-studie wordt de recentere NEMESIS-2 studie uit Nederland als bijkomende bron gebruikt. De belangrijkste reden voor de aanvulling met het NEMESIS-2 onderzoek is de betere uitwerking van demografische parameters en stoornissen. Zo ligt het aantal bevroegde determinanten hoger dan in de ESEMeD-studie en worden meerdere subtypes van bepaalde psychische stoornissen onderscheiden.



RESULTATEN
ESEMeD:
Prevalentie van psychische stoornissen

België:

- 27.6% van de 18-plussers maakt ooit gedurende het leven, minstens één psychische stoornis door
- Waarvan 1 op 10 (= 10.7%) in het afgelopen jaar

- Rangorde van stoornissen:
 - Stemmings- en angststoornissen staan op de 1^{ste} en 2^{de} plaats (6% en 5%)
 - Alcoholgerelateerde stoornissen op de 3^{de} plaats (1.8%)

De belangrijkste resultaten qua prevalentie psychische stoornissen uit de ESEMeD-studie (België) zijn de volgende:

- Eén op vier Belgen boven de 18 jaar maakt in zijn leven minstens één psychische stoornis door.
- Eén op 10 Belgen heeft in het afgelopen jaar een psychische stoornis gehad.
- Van de bestudeerde psychische stoornissen staan de stemmings- en angststoornissen op de 1^{ste} en 2^{de} plaats.
- De derde meest voorkomende stoornis in deze studie is de alcoholgerelateerde stoornis.



RESULTATEN
NEMESIS-2:
Prevalentie van psychische stoornissen

Nederland:

- **Volwassen bevolking (18-64 jaar):**
 - 43.5% heeft ooit een psychische aandoening;
 - 18% gedurende het afgelopen jaar
 - Stemmings-, angst- en middelenstoornissen staan bovenaan (= ongeveer 20%)

- **12 % van de ouderen voelt zich psychisch onwel**

- **Kinderen en jongeren (18-):**
 - angststoornissen op de 1^{ste} plaats (ongeveer 10%)
 - Internaliserende problemen en stemmingsstoornissen

De voornaamste resultaten rond prevalentie psychische stoornissen die uit de NEMESIS-2 studie (Nederland) komen, zijn de volgende:

- Vier op 10 Nederlanders tussen 18 en 64 jaar maakt ooit in zijn of haar leven een psychische aandoening door.
- Bijna één op vijf Nederlanders tussen 18 en 64 jaar heeft het afgelopen jaar een psychische stoornis doorgemaakt.
- Net als in België komen stemmings-, angst- en middelenstoornissen het meeste voor.
- Ongeveer 12% van de 65-plussers voelt zich psychisch onwel of kampt met psychische problemen.
- Bij kinderen en jongeren staan de angststoornissen op de 1^{ste} plaats qua prevalentie (10%), gevolgd door internaliserende problemen (emotionele moeilijkheden) en stemmingsstoornissen.



RESULTATEN
ESEMeD:
Zorgbehoefte en zorggebruik

België:

- 1 op 3 personen met een stoornis zoekt daadwerkelijk hulp
 - Zoekgedrag hangt samen met type van aandoening:
 - Stemmingsstoornissen (43.2%)
 - Angststoornissen (38.1%)
 - Alcoholgerelateerde stoornissen (16.5%)
 - Bij 4 van de 5 personen die hulp zoeken, volgt een behandeling
 - Focusing: 6% in het afgelopen jaar
- Psychische stoornissen worden doorgaans niét behandeld terwijl zorgvoorzieningen deels gebruikt worden door personen zónder psychische stoornis

Uit de ESEMeD-studie blijkt dat van de personen met een psychische stoornis 1 op 3 daadwerkelijk hulp zoekt. Van diegenen die hulp zochten, kreeg 4 op 5 een medicamenteuze en/of psychologische behandeling. Dit betekent dat 1 op 5 geen professionele hulp kreeg, ook al consulteerde hij of zij een hulpverlener (Bruffaerts et al., 2011).

Het zoekgedrag verschilt naargelang het type stoornis. In geval van een stemmingsstoornis is de kans dat men hulp zoekt groter dan bij een angststoornis of een alcoholgerelateerde stoornis.

Wat betreft het fenomeen van focusing kan men stellen dat 6% van de personen die niét beantwoorden aan de criteria van een 12-maanden stoornis, tóch hulp zoekt en dit omwille van emotionele redenen. Het zoeken van professionele hulp betekent dus niet noodzakelijk dat men ook een psychische stoornis heeft (Bruffaerts e.a., 2011).



RESULTATEN
NEMESIS-2:
Zorgbehoefte en zorggebruik

- 34 % van de personen met psychische problemen zocht professionele hulp in het afgelopen jaar
 - Ongeveer 21 % bezocht GGZ
 - 9% deed beroep op zijn informeel netwerk
 - 6% gaf onvervulde zorgbehoefte aan

- Focusing: 6.5% van mensen die zorgcircuit consulteerden:
 - 3% in GGZ, 4.8% in AGZ en 1.6% in informele zorgcircuit

→ Vergelijkbare resultaten België en Nederland.

Resultaten uit de NEMESIS-2 studie in Nederland omtrent zorgbehoefte en –gebruik tonen aan dat één derde van de mensen met een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden professionele hulp zocht in één of meerdere zorgsectoren. Dit betekent dat de meerderheid (2/3) van de mensen met een psychische problematiek geen contact opneemt met de zorgsector.

In de Nederlandse studie onderscheidt men drie vormen van zorgverlening: de algemene gezondheidszorg (AGZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het informele zorgcircuit. 28.5% van de mensen met een psychische aandoening zocht hulp in de AGZ, 20.5% in de GGZ en 8.5% deed een beroep op het informele zorgcircuit.

Slechts 6% van de mensen met een psychische aandoening gaf aan de voorbije 12 maanden wel behoefte te hebben gehad aan professionele hulp, maar deze niet te hebben gezocht. Het is belangrijk deze onvervulde zorgbehoefte of unmet need in kaart te brengen. Het bepalen van zorgbehoefte is echter een complex proces. De aanwezigheid van een psychische stoornis op zich is onvoldoende; men dient eveneens te kijken naar de klinische relevantie van zulke stoornissen in termen van hun impact (Narrow et al., 2002).

Naast unmet need is het concept focusing van belang. Dit staat voor zorggebruik door mensen bij wie geen psychische aandoening werd gediagnosticeerd (in het afgelopen jaar). Dit omvat 6.5% van de mensen die de zorgsector consulteerden: 4.8% van de AGZ-consulten, 3.0% van de GGZ-bezoekers en 1.6% van de ‘cliënten’ in het informele circuit.



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten van zorgbehoefte: ESEMeD en NEMESIS

Psychische stoornissen en zorgbehoefte in functie van socio-economische determinanten

Determinant	Prevalentie en zorgbehoefte
Geslacht	NEMESIS-2 en ESEMeD
Leeftijd	NEMESIS-2 en ESEMeD
Opleiding	NEMESIS-2
Etnische afkomst	NEMESIS-2
Religie	NEMESIS-2
Woonsituatie	NEMESIS-2 en ESEMeD
Burgerlijke staat	ESEMeD
Werksituatie en inkomen	NEMESIS-2 en ESEMeD
Urbanisatiegraad	ESEMeD

4.2 Resultaten onderzoeksmethode 2: Socio-demografische determinanten van zorgbehoefte (en zorggebruik) en gebruik psychofarmaca

Gebaseerd op de resultaten afkomstig van de NEMESIS- en ESEMeD-studies, hebben we een oplistings gemaakt van de verschillende determinanten die in beide studies zijn onderzocht en die in relatie staan tot de prevalentie van psychische stoornissen en bijgevolg ook de zorgbehoefte. Hieronder geven we een overzicht van de gelijkenissen en de verschillen tussen beide studies:

- De determinant “geslacht” is in beide studies opgenomen.
- De determinant “leeftijd” is ietwat verschillend. De NEMESIS-studie bevat de categorieën 18-24; 25-34; 35-44; 45-54 en 55-64. In de ESEMeD-studie is “leeftijd” als volgt opgedeeld: 18-24; 25-34; 35-49; 50-64 en 65+.
- De determinant “opleiding”, “etnische afkomst” en “religie” zijn enkel terug te vinden in de NEMESIS-studie.
- De determinant “woonsituatie” werd in beide studies opgenomen, maar krijgt een verschillende invulling. In het NEMESIS-project omvat “woonsituatie” eveneens de “burgerlijke staat” en maakt men het onderscheid tussen: “met partner met kinderen”; “met partner zonder kinderen”; “alleenstaande ouder”; “alleenstaand”; “bij ouders” of “met anderen”. In de ESEMeD-studie maakt men een onderscheid tussen “single”; “gescheiden”, “weduw(e)(naar)” en “gehuwd of samenwonend”. De factor “woonsituatie” in het ESEMeD-project omvat enkel “alleenwonend” en “samenwonend”.
- De determinant “werksituatie en inkomen” bevat dezelfde inhoud in de twee studies: “betaalde arbeid”; “werkloos”; “gepensioneerd”; “huisman/-vrouw”; “student” en “andere”. In de ESEMeD-studie vinden we nog een bijkomende categorie: “nooit langer dan 6 maanden gewerkt”.

- De determinant “urbanisatiegraad” werd enkel opgenomen in het ESEMeD-onderzoek wanneer het gaat over prevalentie van psychische stoornissen en zorgbehoefte.



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten van zorgbehoefte: *ESEMeD en NEMESIS*

- Veronderstelde en bewezen samenhang - geen causale relaties - tussen determinanten en prevalentie

- Berekening van odds ratio's
 - Voorkomen psychische stoornissen: zowel 12-maanden prevalentie (incidentie) als lifetime prevalentie
 - aanwezigheid angst-, stemmings- en alcoholstoornissen als afhankelijke variabelen
 - Socio-demografisch determinanten als onafhankelijke variabelen

Een samenhang tussen psychische stoornissen of zorgbehoefte en demografische determinanten wijst op een onderlinge correlatie, maar dit impliceert echter geen causaal verband. Immers, het betreft hier resultaten afkomstig van populatie-onderzoek waarbij gegevens slechts op één moment in de tijd verzameld worden. De samenhang wordt uitgedrukt aan de hand van odds ratio's (OR's) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Het voorkomen van psychische stoornissen (prevalentie) werd in beide studies op twee manieren gerapporteerd: (1) 12-maanden prevalentie (doormaken psychische stoornissen tijdens het voorbije jaar) en (2) lifetime prevalentie (voorkomen van een psychische stoornis gedurende levensloop).



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten van zorgbehoefte: *Algemene bevindingen*

Vrouwen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een stemmingsstoornis of een angststoornis dan mannen.

Mannen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een middelenstoornis en een gedrags- of aandachtstekortstoornis dan vrouwen.

Een lage socio-economische status hangt samen met psychisch onwelzijn.

Een laag opleidingsniveau, een laag inkomen en geen betaald werk geven een grotere kans op mentale aandoeningen.

Een jongere leeftijd, zonder de partner wonen, alleenstaand of gescheiden zijn en een niet-westerse afkomst zijn gerelateerd aan psychische stoornissen.

Een hoge urbanisatiegraad is geassocieerd met het frequent voorkomen van angststoornissen. Mensen die op het platteland leven, zouden vaker te maken krijgen met problemen van psychische aard dan zij die in middelgrote steden wonen.

Deze slide somt de belangrijkste bevindingen op met betrekking tot de socio-demografische determinanten van psychische stoornissen.

Wat betreft 'urbanisatie- of verstedelijkingsgraad' tonen studies wel degelijk een associatie, maar tegelijk ook tegenstrijdige bevindingen. Zo is er zowel onderzoek dat een hogere als een lagere mate van psychisch onwelzijn op het platteland vaststelt. Eén van de verklaringen hiervoor is dat het type van psychische stoornis varieert naargelang de mate van verstedelijking.



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten van zorgbehoeften en zorggebruik:

Samenhang

- Vrouwen hebben een grotere kans op psychisch onwelzijn en vertonen ook meer zorggebruik
- Een jongere leeftijd hangt samen met een grotere kans op psychisch onwelzijn, maar met een kleinere kans op zorggebruik
- Een lage socio-economische status (= laag opleidingsniveau, laag inkomen, geen betaald werk) hangt samen met een grotere kans op psychisch onwelzijn en op meer zorggebruik
- Alleen wonen, alleenstaand of gescheiden zijn hangt samen met een grotere kans op psychisch onwelzijn en op minder zorggebruik
- Verstedelijkingsgraad lijkt geen eenduidig verband te hebben met psychisch onwelzijn, maar hangt wel positief samen met zorggebruik

Deze slide geeft een bevattelijk overzicht van de belangrijkste bevindingen rond socio-demografische determinanten van zowel prevalentie en zorgbehoefte als van zorggebruik.



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten en gebruik psychofarmaca: *Literatuurstudie*

- Studie van het gebruik van psychofarmaca is relevant voor:
 - voorkomen van psychische stoornissen
 - hulpzoekgedrag in bevolking
 - toegankelijkheid zorgdiensten

- Mogelijkheid tot kijken naar mate van overeenstemming met wetenschappelijk vergaarde gegevens

- Psychofarmaca = antidepressiva, antipsychotica, stimulantia en tranquillizers

Een volgende stap in het onderzoek is een literatuurstudie naar het gebruik van psychofarmaca. Onderzoek naar psychofarmaca (Metaforum Leuven, maart 2010) kan namelijk belangrijke informatie opleveren over de prevalentie van psychische stoornissen, het hulpzoekgedrag in de bevolking en de toegankelijkheid van zorgdiensten. De cijfers over het gebruik van psychofarmaca kunnen ook vergeleken worden met de meer objectieve prevalentiecijfers.

Onder psychofarmaca verstaat men antidepressiva, antipsychotica, stimulantia en tranquilizers.

- Antidepressiva worden voornamelijk voorgeschreven om symptomen van depressie tegen te gaan. Daarnaast kan de medicatie een gunstig effect hebben bij verschillende types van angststoornis en kan het worden ingezet bij de behandeling van boulimia nervosa.
- Antipsychotica hebben in de eerste plaats als doel symptomen van psychose tegen te gaan. Ze hebben eveneens een angstremmende werking waardoor ze kunnen voorgeschreven worden in het kader van een angststoornis.
- Stimulantia worden vooral bij de behandeling van kinderen en volwassenen met ADHD gebruikt. Voorbeelden van stimulantia zijn de groep van amfetamines.
- Tranquillizers hebben een spierverslappende en kalmerende werking op het lichaam. Ze kunnen gebruikt worden voor het onderdrukken van ontweningsverschijnselen van bijv. een alcoholverslaving.



2. Socio-demografische determinanten en gebruik psychofarmaca: *Literatuurstudie*

- **Geslacht:**
 - vrouwen scoren hoger voor antidepressiva, antipsychotica en tranquillizers (bv. antidepressiva: 16.9% vs. 8.7% in 2008)
 - mannen > vrouwen voor stimulantia

- **Leeftijd:**
 - hoge leeftijd > lage leeftijd
 - leeftijd = belangrijke predictor inzake voorschrijven antidepressiva

- **Socio-economische achtergrond:**
 - lagere socio-economische status > hoge(re) socio-economische status

- **Regionale verschillen:**
 - antidepressiva: Wallonië > Brussel > Vlaanderen
 - stimulantia: Vlaanderen > Brussel en Wallonië

In de literatuurstudie hebben we ons toegespitst op de samenhang tussen het gebruik van psychofarmaca en vier socio-demografische determinanten: geslacht, leeftijd, socio-economische achtergrond en regionale verschillen.

- **Geslacht:**

Als we kijken naar de impact van het geslacht blijken antidepressiva, antipsychotica en tranquilizers meer te worden gebruikt door vrouwen dan mannen. Dit kan onder andere verklaard worden door de hogere prevalentie depressie en angststoornissen bij vrouwen.

De meer ernstige psychiatrische ziektebeelden waarvoor antipsychotica worden voorgeschreven, kennen een gelijkaardige prevalentie bij beide geslachten. ADHD en gedragsstoornissen komen vaker voor in de mannelijke populatie, wat mee aan de basis ligt van het hoger gebruik van stimulantia binnen deze groep.

- **Leeftijd:**

Volgens leeftijd merken we op dat oudere mensen vaker psychofarmaca krijgen voorgeschreven dan jongere mensen.

- **Socio-economische achtergrond:**

Ook mensen met een lagere socio-economische status zijn vaker afhankelijk van psychofarmaca dan mensen uit een hogere socio-economische klasse.

- **Regionale verschillen:**

In Wallonië worden de meeste antidepressiva voorgeschreven, gevolgd door Brussel en Vlaanderen. Stimulantia worden dan weer het meeste voorgeschreven in Vlaanderen en minder in Brussel en Wallonië.



RESULTATEN

2. Socio-demografische determinanten en gebruik psychofarmaca: *Algemene bevindingen*

In het algemeen nemen meer vrouwen dan mannen psychofarmaca; dit hangt samen met de bevinding dat vrouwen doorgaans meer kampen met stemmings- en angststoornissen dan mannen.

Naarmate de leeftijd stijgt, des te groter de kans op medicatiegebruik; dit hangt samen met het gegeven dat het hulpzoekgedrag stijgt met de leeftijd.

Een lagere socio-economische status is gerelateerd aan meer medicatiegebruik; dit hangt samen met de bevinding dat een lage status gerelateerd is met een grotere kans op psychisch onwelzijn én op zorggebruik.



3. Omgevingsanalyse door de CGG

- **Onderzoeksvraag :**
Op welke manier schatten de CGG de regionale zorgbehoeften in ?

- **Evaluatie aan de hand van volgende documenten:**
 - Driejarige beleidsplannen opgesteld door centra gericht aan VAZG
 - Projectvoorstellen in kader van artikel 107 opgesteld door centra gericht aan Vlaamse regering
 - Zorgstrategisch Plan voor de GGZ in Regio Mechelen

4.3 Resultaten onderzoeksmethode 3: Omgevingsanalyse door de CGG

In het derde deel van deze studie bekijken we op welke manier de CGG een omgevingsanalyse uitvoeren. Meer bepaald willen we analyseren hoe de CGG de lokale en regionale zorgbehoeften in kaart brengen, welk cijfermateriaal ze hiervoor gebruiken en hoe ze die cijfers inzetten in functie van hun zorgplanning.

Er zijn verschillende documenten voorhanden waarin de CGG moeten rapporteren over hun omgevingsanalyse, zoals de driejarige beleidsplannen en de projectvoorstellen in het kader van de hervorming 'artikel 107', waaraan ook de CGG participeren.

In deze analyse besteden we bijzondere aandacht aan het Zorgstrategisch Plan van CGG De Pont, omdat het op een eigen manier de regionale zorgbehoeften inschat.



Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
CGG Ahaverus
CGG Andante
CGG DAGG
CGG Drie Stromen
CGG Eclips
CGG LITP
CGG PassAnt
CGG VAGGA
CGG VBO
CGG VGGZ
CGG Waas en Dender
CGG ZOV
RCGG Deinze-Eeklo-Gent

RESULTATEN

3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Beleidsplannen CGG 2012-2014: evaluatie*

→ Screening beleidsplannen ahv 4 evaluatiecriteria:

- socio-demografische determinanten
- prevalentie psychische stoornissen
- inschatting zorgbehoefte en zorggebruik
- focus op andere thema's

De beleidsplannen voor de periode 2012-2014 worden aan de hand van vier evaluatiecriteria gescreend:

- Socio-demografische determinanten
- Prevalentiecijfers van psychische stoornissen (Belgisch of regionaal)
- Inschatting van regionale zorgbehoeften en zorggebruik
- Verwijzing naar specifieke problematieken of thema's die gelinkt kunnen worden aan psychisch (on)welzijn



3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Beleidsplannen CGG 2012-2014: evaluatie*

- Zo goed als geen verwijzing naar indicatoren in verband met prevalentie stoornissen en zorgbehoefte; rond zorggebruik zijn er in een aantal plannen cijfers terug te vinden
- Aandacht voor maatschappelijke trends en thema's maar in hoofdzaak gestuurd door de Vlaamse overheid.
- Eigen gekozen projecten vertellen veeleer iets over de aanwezige specialisatie, maar op basis van de plannen is het onduidelijk hoe dit samenhangt met de regionale context

In de beleidsplannen is er weinig of geen aandacht voor de prevalentie van psychische stoornissen of de socio-demografische determinanten. Er wordt dus niet getracht om een inschatting te maken van de regionale behoefte aan zorg. Wel zijn er cijfers terug te vinden over zorggebruik die vooral afkomstig zijn uit de eigen registratie.

In nagenoeg elk beleidsplan besteedt een centrum aandacht aan thematieken met een maatschappelijk karakter. Voorbeelden zijn: omgaan met andere culturen in de zorgsector (=“cultuursensitieve zorg”), arbeidszorg, ruimte voor plegers van agressie, werken aan verdoken armoede, ...

De meeste van deze thematieken zijn het gevolg van initiatieven die door de Vlaamse overheid worden genomen of ondersteund (VDIP, buddyproject) of de federale overheid in samenwerking met de gemeenschappen (artikel 107).



RESULTATEN

3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Beleidsplannen CGG: Projectvoorstellen*

Globale voorstelling eigen projecten en zorgdomeinen

Zorgdomein	Voorbeeld subdomein
Ouderenzorg	- zorgmijders onder ouders - ondersteuning bij complexere psychologische en gedragsproblemen
Kinderen en jeugd	- schooluitval - kinderen en jongeren in (v)echtscheidingssituaties
Partner en gezin	- allochtone gezinnen - intrafamiliaal geweld
Armoede en arbeid; sociaal-financieel zwakkeren	- samenwerking met OCMW - samenwerking met sociale werkplaats

In deze slide presenteren we een aantal eigen projecten en specialisaties, welke een zicht geven op de specialisatie en het doelgroepen- en aandachtenebeleid van het centrum. In de beleidsplannen worden die specialisaties en het doelgroepenbeleid niet gerelateerd aan de regionale context van het centrum.



3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Beleidsplannen CGG: Projectvoorstellen 'Art 107'*

- Selectie van 6 projectvoorstellen (2011 - 2013) uit volgende zorgregio's:
 - Zorgvernieuwend project Regio Gent - Eeklo
 - Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kempen
 - Netwerk GGZ Regio Noord West-Vlaanderen
 - Zuid-West en West-Limburg
 - Regio Ieper - Diksmuide
 - Midden West-Vlaanderen
- Keuze voor deze voorstellen:
 - interessante variatie m.b.t. invulling opgelegde structuur in voorstel
- Interessant in onderzoekscontext:
 - Bespreking en situering van de doelgroep projectvoorstel

We bekijken tevens de ingediende projecten in het kader van artikel 107 ('vermaatschappelijking van de GGZ'). De projectvoorstellen moeten voldoen aan een te volgen structuur. De bespreking van de doelgroep maakt hier deel van uit.

Elk geselecteerd projectvoorstel focust op een specifieke doelgroep (bijv. leeftijd, problematiek).



RESULTATEN

3. Omgevingsanalyse door de CGG:
*Beleidsplannen CGG: Projectvoorstellen 'Art 107':
Voornaamste vaststellingen*

- Enkele voorstellen bevatten expliciete verwijzing naar epidemiologische studies over de prevalentie van stoornissen
 - ESEMeD en NEMESIS-2
 - weliswaar van hogere orde aangezien onderzoek op zorgregio- en provinciaal niveau nietvoorhanden is (expliciet vermeld)

- Algemeen:
 - Sterke focus op formele en organisatorische aspecten van zorgaanbod
 - Zwakke focus op socio-demografische determinanten van psychische problematieken

Enkele projectvoorstellen verwijzen naar epidemiologische cijfers over de prevalentie van psychische stoornissen, zorgbehoefte en zorggebruik waarbij wordt verwezen naar de ESEMeD en NEMESIS-2 studies.

In het algemeen leggen de projectvoorstellen een sterke focus op formele en organisatorische zorgaspecten terwijl weinig aandacht besteed wordt aan socio-demografische determinanten van psychische problematieken en de prevalentie van zulke problematieken in hun regio.



3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Beleidsplannen CGG: Projectvoorstellen 'Art 107': Voornaamste vaststellingen*

- **Positieve bevindingen:**
 - Verwijzing naar epidemiologische studies (ESEMeD en NEMESIS)
 - merendeel voorstellen beschrijft socio-demografische kenmerken van werkingsgebied en populatie
 - Link met onderzoek (Ugent, Hogeschool Gent)
 - Regionale associaties inzake diverse beleidsdomeinen

- **Maar...**
 - Verband tussen de prevalentie psychische stoornissen, behoefte en gebruik en parameters regio blijft in elk voorstel achterwege

Onze bevindingen wijzen erop dat in het merendeel van de projectvoorstellen (art. 107) werk is gemaakt van een regio- of omgevingsanalyse. Maar zoals reeds gezegd, is de focus op socio-demografische dimensies van psychische problematieken nauwelijks aanwezig en wordt er per regio te weinig gekeken naar het verband tussen de prevalentie psychische stoornissen, de zorgbehoefte en het zorggebruik enerzijds en de parameters (leeftijd, problematieken, geslacht) anderzijds.



RESULTATEN

3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Zorgstrategisch Plan CGG De Pont (2004): goede praktijk*

- **Doelstelling plan:**
 - Ontwikkeling van theoretisch model om zorgbehoeften tot op gemeentelijk niveau te schatten
- **Werkwijze:**
 - Identificatie van de belangrijkste socio-demografische determinanten van psychische stoornissen
 - Verdeling van de aanwezigheid van kwetsbare groepen tot op gemeentelijk niveau
- **Selectie van risicofactoren:**
 - jonge leeftijd (18 - 24 jaar)
 - Gescheiden
 - weduwe – weduwnaar
 - Werkloos
 - armoede (aantal gerechtigden op sociale bijstand)

In dit deel staan we stil bij het Zorgstrategisch Plan van CGG De Pont in Mechelen als goede praktijk van een omgevingsanalyse waarin de zorgbehoefte op regionaal en op gemeentelijk niveau wordt ingeschat.

Om tot een adequate afstemming tussen zorgvraag en -aanbod te komen, is het nodig om verder te kijken dan het inwonersaantal en de bestaande zorginstellingen in de regio. In dit plan wordt aan de hand van ESEMeD en NEMESIS-data een selectie gemaakt van socio-demografische determinanten van psychische stoornissen. In het plan worden op basis van dit laatste onderzoek vijf risicoparameters geformuleerd die, algemeen aanvaard, opgaan voor het ontwikkelen van psychische problemen:

- jonge leeftijd (18-24 jaar)
- gescheiden
- weduwe – weduwnaar
- werkloos
- armoede

Aan de hand van deze en bijkomende indicaties tracht men een inschatting te maken van de prevalentie psychische stoornissen, op twee schaalniveaus: per arrondissement en per gemeente.



3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Zorgstrategisch Plan CGG De Pont (2004): Sterktes*

- Per risicofactor wordt gewicht toegekend:
 - $GG = (BI + 0,48*JO20 + 0,32*GES + 0,19*WIGW + 0,51WL) / 2,5$
- Gewichten per determinant zijn gebaseerd op de berekening van het 'toeschrijfbaar risico'
 - Verwijst naar de mate waarin de determinant het optreden van een stoornis verklaart
- Eindscore geeft aan of de kans op psychische stoornissen relatief kleiner of groter is per gemeente
- Zwakte: vertrekpunt zijn de socio-demografische determinanten en niet prevalentiecijfers

Het centrum heeft ervoor gekozen om af te wijken van de indeling in doelgroepen die doorgaans gebruikt wordt, zo worden de doelgroepen volwassenen en ouderen samen genomen. De redenen hiervoor zijn (1) onvoldoende specifieke en betrouwbare cijfergegevens over de zorgvraag van ouderen in de regio en (2) een onvoldoende uitgebouwd zorgaanbod voor deze doelgroep. Zo wordt ook de groep van mensen met ernstige en langdurig psychiatrische problemen afzonderlijk beschouwd. In het zorgplan worden hiervoor meerdere onderbouwde argumenten geleverd.

In het plan wordt veel aandacht besteed aan de evaluatie van de eigen werking. Zo beschrijft men welke projecten, samenwerkingsverbanden, maatschappelijke trends enz. goed lopen, maar eveneens wat minder goed gaat (globaal preventie-aanbod, administratieve structuur en organisatie, ...) komt aan bod.

Voor de raming van psychische gezondheidsproblemen werd een formule ontwikkeld; ze is de gewogen som van de vijf vermelde risicoparameters voor geestelijke gezondheidsproblematieken. Dit laat toe om per gemeente, op basis van de scores op de determinanten, de doelgroep met psychische problemen te schatten.

Voor zover beschikbaar werd het "Toeschrijfbaar Risico" genomen als gewicht voor de betreffende parameter; dit is een waarde tussen 0 en 1 die de mate aangeeft waarin een fenomeen of gebeurtenis (bv. psychische stoornis) toe te schrijven valt aan een risicofactor (bijv. socio-demografische determinant). De gebruikte aantallen, indexen en ramingen om tot deze formule te komen, werden overgenomen uit de Antwerpse provinciale databank. Zo maakte men een raming van de geestelijke gezondheidsproblemen voor de bevolking van Vlaanderen, de provincie Antwerpen en het specifieke werkingsgebied per gemeente.

Voor meer informatie:

<http://www.oggpa.be/oggpa/files/File//GGalimero/strategische%20planning/Zorgstrategisch%20plan%20CGG%20Regio%20Mechelen.pdf>



RESULTATEN

3. Omgevingsanalyse door de CGG: *Voornaamste conclusies*

- Vlaamse CGG's laten omgevingsanalyses voornamelijk achterwege. Het is niet duidelijk waarom:
 - Niet overtuigd van meerwaarde?
 - Onvoldoende beschikbaar cijfermateriaal?
 - Gebrek aan kennis om dit op deskundige wijze te doen?
 - Aantal centra geven wel expliciet aan niet te beschikken over epidemiologische cijfers op het niveau van het werkgebied
- Centra vertrekken vanuit zorgaanbod i.p.v. zorgvraag.

Uit literatuuronderzoek kunnen we besluiten dat Vlaamse CGG's vaker niet dan wel een omgevingsanalyse uitvoeren die een zicht biedt op de vraagzijde of de mate van zorgbehoefte in de regio. De reden hiervoor is niet duidelijk. Mogelijk heeft het te maken met het feit dat men de meerwaarde ervan niet ziet, dat men over onvoldoende of ongeschikt materiaal beschikt of dat men over te weinig kennis en/of mogelijkheden beschikt om zulke cijfers te vinden en te hanteren. Een aantal centra zijn zich hier wel van bewust en schrijven dit toe aan het gebrek aan bruikbaar cijfermateriaal.

Door het ontbreken van een omgevingsanalyse vertrekken de centra eerder vanuit het zorgaanbod in plaats van de zorgvraag. Deze andere invalshoek kan echter belangrijke implicaties hebben voor de invulling van het zorgaanbod en het toekennen van middelen hiervoor.

5 Onderzoeksvoorstel 2013

Onderzoeksmethode 4:



ONDERZOEKSVOORSTEL 4. Meten zorgbehoefte: 4 concrete doelstellingen

- (1) In kaart brengen van zorgbehoeften
 - Per provincie
 - Per centrumstad
- (2) In kaart brengen van zorgaanbod op vlak van GGZ
 - Per provincie
 - Per centrumstad
- (3) Analyse over de relatie tussen en de afstemming van zorgbehoefte- & aanbod (unmet need)
- (4) Conclusies i.v.m. programmatie GGZ aanbod door CGG's

In deze fase van de studie zijn volgende aspecten gerealiseerd: Inventarisatie van beschikbare cijfers over de prevalentie van psychische stoornissen, zorgbehoeften en zorggebruik op basis van epidemiologische studies.

Inventarisatie van de determinanten die samengaan met psychisch onwelzijn, zorgbehoeften en -gebruik.

Een evaluatie van de omgevingsanalyses uitgevoerd door de CGG's.

De onderzoekers benadrukken dat door het gebrek aan een onderbouwd kader van indicatoren, het niet evident is om zich uit te spreken over de (mate van) inschatting van zorgbehoefte door de verschillende centra.

Op basis van de conclusies uit deze eerste fase van het onderzoek is een onderzoeksvoorstel uitgewerkt voor de tweede fase van het onderzoek (periode januari- oktober 2013).

De doelstelling van deze tweede fase van dit onderzoek is vierledig:

- (1) Het in kaart brengen van verschillen in zorgbehoeften voor verschillende regio's:
 - Per provincie gezien de relevantie voor de overlegplatforms
 - Per studiegebied gezien de relevantie voor het specialistisch aanbod
- (2) Het in kaart brengen van het zorgaanbod op het vlak van GGZ:
 - Per provincie
 - Per studiegebied

(3) De analyse van de afstemming van zorgbehoefte en zorgaanbod

(4) Conclusies wat betreft de vereiste programmatie van het GGZ-aanbod door de CGG

Deze fase krijgt vorm in twee concrete werkpakketten waar de onderzoeksgroep samen met Prof. dr. Bruffaerts aan zal werken (zie volgende slide). Een analyse van de ESEMeD-data op het niveau van provincies en steden zal worden uitgevoerd om een zicht te krijgen op de zorgbehoeften (1). Het zorgaanbod zal in kaart worden gebracht op basis van de gegevens van het Agentschap Zorg en Gezondheid (2).

In functie van de analyse van de relatie tussen zorgbehoefte en zorgaanbod (3) zullen de onderzoekers een expertenpanel samenstellen dat de resultaten van de analyses zal interpreteren en becommentariëren. Dit zal leiden tot beleidsaanbevelingen over de programmatie van de CGG (4).



ONDERZOEKSVORSTEL
**4. Meten zorgbehoefte:
2 werkpakketten**

Werkpakket 1:

- Vlaamse en provinciale prevalentiecijfers ESEMeD-data
- Vergelijking tussen aanbod en prevalentiecijfers

Werkpakket 2:

- Interpretatie provinciale cijfers samen met expertenpanel
- Bijzondere aandacht voor interactie tussen behoeften, gebruik en aanbod

Hoofdstuk 2

Epidemiologie van psychische stoornissen in Vlaanderen - ESEMeD –data



ONDERZOEKSDOELSTELLING

- Doel: epidemiologische gegevens voor Vlaanderen
- Hoe : replicatie van de analyses van de ESEMeD-gegevens voor Vlaanderen



ONDERZOEKSMETHODE

- Vlaams luik van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), N=1,661
- Populatiegebaseerde gestructureerde interviews; CIDI-3.0
- Gesimuleerd naar 2011-2012

De ESEMeD-studie omvat epidemiologische gegevens over de geestelijke gezondheid van de bevolking in een aantal Europese landen, waaronder België. De studie stelt ons in staat om schattingen te maken over onder meer het voorkomen van specifieke psychische stoornissen (conform de DSM-IV) en het gebruik van professionele zorgvoorzieningen. De maatschappelijke relevantie van de studie en haar bevindingen zijn verrijkend, gezien de representativiteit voor de volwassen, niet-geïnstitutionaliseerde bevolking. De Vlaamse steekproef bestaat uit 1 661 personen (18+) en werd getrokken uit het Rijksregister. De data werden statistisch gewogen in functie van de bevolkingssamenstelling.

Als meetinstrument werd het Composite International Diagnostic Interview (CIDI-3.0) gebruikt: een gestructureerd interview dat werd afgenomen door getrainde onderzoekers. Hierbij gebruikte men verschillende operationele definities om psychische aandoeningen in kaart te brengen: (1) psychische stoornis: voldoen aan de criteria van één DSM-IV stoornis in het afgelopen jaar; (2) 2+ psychische stoornissen: voldoen aan de criteria van minstens twee diagnostische criteria van DSM-IV mentale stoornissen in het afgelopen jaar en (3) suïcidaliteit (ideatie en/of plannen en/of pogingen) in het afgelopen jaar.

De dataverzameling vond plaats van juni 2001 tot juli 2002. Voor dit onderzoek werden deze data/cijfers geëxtrapoleerd naar de Vlaamse bevolking (18+) anno 2011 en 2012, hierbij rekening houdend met recente bevolkingsstatistieken en steunend op evidentie-gebaseerde veranderingen van emotionele problematieken in de epidemiologie. Men kan veronderstellen dat er per decade een stijging van het hulpzoekgedrag voor psychische problematieken met 10% plaatsvindt, terwijl de prevalentie van stoornissen grosso modo gelijk blijft.



GESELECTEERDE VARIABELEN

- **Zorgbehoeften:**
 - Psychische stoornissen
 - Voorkomen van stoornissen
 - 12-maanden zorggebruik voor stoornissen
 - Niet-ingevulde zorgnood voor psychische (unmet need voor stoornissen)
 - Suïcidaliteit
 - Voorkomen van suïcidaliteit
 - 12-maanden zorggebruik voor suïcidaliteit
 - Niet-ingevulde zorgnood voor suïcidaliteit (unmet need voor suïcidaliteit)

- **Univariatie, bivariate en multivariate modellen van unmet need**
 - Voor 1 stoornis, 2+ stoornissen en suïcidaliteit

- **Relatie tussen zorgbehoeften, zorggebruik en het GGZ-aanbod**

In de analyse wensen we de prevalentie van psychische stoornissen en het zorggebruik tot op provinciaal en stedelijk niveau in Vlaanderen te berekenen. We brengen de volgende cijfers in kaart: (1) voorkomen psychische stoornissen; (2) 12-maanden zorggebruik voor stoornissen en (3) niet-ingevulde zorgnood of unmet need op 12 maanden.

‘Unmet need’ of onvervulde zorgbehoefte definiëren we als: de mate waarin men, ondanks een duidelijke zorgbehoefte, toch niet in de zorg belandt (geen behandeling krijgt).

‘Unmet need’ kan opgedeeld worden in drie groepen: aanwezigheid van een 12-maanden stoornis maar geen behandeling (groep 1); aanwezigheid van minstens twee 12-maanden stoornissen maar geen behandeling (groep 2) en aanwezigheid van suïcidaliteit maar geen behandeling (groep 3). Via multivariate analyses wensen we de vraag te beantwoorden of unmet need statistisch voorspeld kan worden?

Tabel 1 Prevalentie van psychische stoornissen in Vlaanderen



RESULTATEN: Prevalentie van stoornissen

Stoornisgroep	Geslacht	12-maanden Prevalentie	Lifetime Prevalentie
Minstens één psychische stoornis	Totaal	9.02	25.2
	Man	7.5	24.2
	Vrouw	10.5	26.1
Stemmingsstoornis	Totaal	4.2	12.7
	Man	2.1	7.7
	Vrouw	6.2	17.5
Angststoornis	Totaal	4.7	10.6
	Man	3.5	7.7
	Vrouw	5.9	13.3
Alcoholstoornis	Totaal	1.7	7.4
	Man	2.7	14.2
	Vrouw	0.6	1.0

Bovenstaande tabel toont de prevalentiecijfers voor psychische stoornissen in Vlaanderen, zowel in het afgelopen jaar (12-maanden stoornis) als gedurende de ganse levensloop (lifetime prevalentie). De stoornisgroep omvat de belangrijkste problematieken zoals stemmingsstoornis, angststoornis en alcoholstoornis.

We zien dat 9% van de Vlaamse bevolking (18+) in het laatste jaar een psychische stoornis doormaakte. Zowel de prevalentie van psychische stoornissen in het algemeen als van stemmingsstoornissen en angststoornissen, is hoger bij vrouwen. Een alcoholstoornis komt dan weer vaker voor bij mannen.

Wat betreft lifetime prevalentie blijkt dat één vierde van de Vlamingen in zijn of haar leven een psychische stoornis doormaakt.

Tabel 2 Proportie hulpzoekgedrag voor emotionele redenen en psychische stoornissen in Vlaanderen (2001 en 2011) (1)



RESULTATEN: Hulpzoekgedrag

PROPORTIE HULPZOEKGEDRAG VOOR EMOTIONELE REDENEN EN PSYCHISCHE STOORNISSEN
IN VLAANDEREN (2001 en 2011) (1)

	Totaal	Enkel huisarts	Enkel psycholoog	Enkel psychiater	Huisarts + psychiater	Andere
Totaal	7.3 / 8.0	36.6	13.9	14.1	34.5	0.9
Geen 12-maanden stoornis	5.0 / 5.5	41.7	20.6	16.3	20.0	1.4
Minstens één 12-maanden stoornis	31.1 / 34.2	28.4	3.1	10.5	58.0	0.0
Stemmingsstoornis	45.6 / 50.2	18.1	4.6	15.5	61.8	0.0
Angststoornis	33.1 / 36.4	41.5	3.9	7.5	47.1	0.0
Alcoholgerelateerde stoornis	12.6 / 13.9	0.0		56.0	44.0	0.0
Eén mentale stoornis	26.2 / 28.8	27.7	1.6	8.6	62.1	0.0
Twee of meer stoornissen	44.1 / 48.5	29.2	5.6	13.6	51.6	0.0

Bovenstaande tabel geeft een overzicht van het zorggebruik in Vlaanderen zowel voor personen zonder stoornis, als voor personen met minstens één en minstens twee stoornissen, alsook de voornaamste types stoornis. De eerste kolom bevat ter vergelijking zowel de oorspronkelijke cijfers (2001) als de cijfers geëxtrapoleerd naar 2011-2012. De recente cijfers zijn, zoals eerder vermeld, gebaseerd op de veronderstelling dat het hulpzoekgedrag sinds 2001 (decade) met 10 % is toegenomen.

Voor alle types stoornis zoekt men het vaakst hulp bij de huisarts én de psychiater (58%). Dit geldt in de eerste plaats voor de stemmingsstoornissen (61.8%) en vervolgens voor de angststoornissen (47.1%). Iemand met een alcoholgerelateerde stoornis zoekt eerder hulp bij een psychiater alleen (56%).

Opmerkelijk is dat ook mensen waarbij de diagnose van een 12-maanden stoornis niet is gesteld, professionele hulp zochten in de zorgsector, voornamelijk bij de huisarts (41.7%). Dit principe wordt focusing genoemd.

Wat betreft het hulp zoeken kunnen we eveneens een onderscheid maken tussen zorggebruik in de afgelopen 12 maanden en lifetime zorggebruik in de bevolking. Zo zien we dat ongeveer één derde van de bevolking met een psychische stoornis het afgelopen jaar professionele hulp zocht. De lifetime prevalentie zorggebruik ligt beduidend hoger: ongeveer een drievoud hiervan, namelijk 9/10 heeft ooit in zijn/haar leven professionele hulp gezocht omwille van psychische problemen. Dit wijst erop dat mensen uiteindelijk wel zorg krijgen, maar dat er heel wat tijd overheen gaat voordat dit gebeurt.

Tabel 3 Gekregen behandeling na het zoeken van professionele hulp voor emotionele redenen en psychische stoornissen in Vlaanderen



RESULTATEN: Gekregen behandeling na het hulp zoeken

GEKREGEN BEHANDELING NA HET ZOEKEN VAN PROFESSIONELE HULP
VOOR EMOTIONELE REDENEN EN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN VLAANDEREN

	Totaal	Enkel medicamenteuze behandeling	Enkel psychologische behandeling	Medicamenteuze én psychologische behandeling	Geen behandeling gekregen
Totaal	7.3 / 8.0	23.7	23.1	24.2	29.0
Geen 12-maanden stoornis	5.0 / 5.5	26.3	28.2	14.4	31.3
Minstens één 12-maanden stoornis	31.1 / 34.2	19.4	15.1	40.1	25.4
Stemmingsstoornis	45.6 / 50.2	25.7	15.9	51.1	7.3
Angststoornis	33.1 / 36.4	21.3	17.3	20.4	41.1
Alcoholgerelateerde stoornis	12.6 / 13.9	12.9	0.0	87.1	0.0
Eén mentale stoornis	26.2 / 28.8	12.3	14.6	43.3	29.8
Twee of meer stoornissen	44.1 / 48.5	30.7	15.9	34.9	18.5

Tabel 3 illustreert voor Vlaanderen de gekregen behandeling na het zoeken van hulp voor een psychische stoornis. Behandelingsmogelijkheden zijn enkel medicamenteuze behandeling, enkel psychologische behandeling en een combinatie van beide.

Deze cijfers tonen aan dat slechts één op drie van de patiënten met minstens één 12-maanden stoornis effectief behandeld werd. Van diegenen die hulp zochten, kreeg 40.1% een combinatie van medicatie en psychotherapie, 25.4% enkel een medicamenteuze behandeling en 15.1% enkel een psychologische behandeling. Eén op vier die hulp zocht, heeft geen behandeling gekregen.

We zien tevens dat de mate van onvervulde zorgbehoefte samenhangt met het type stoornis. Bij een stemmingsstoornis krijgen veel meer patiënten effectief een behandeling (50.2%) dan bij een alcoholgerelateerde stoornis (13.9%).

Het type gekregen behandeling na het zoeken van hulp hangt ook samen met het type stoornis. Opvallend is dat het percentage niet-gekregen behandeling voor een angststoornis heel wat hoger ligt dan voor een stemmingsstoornis.

Opvallend is tevens dat één op vijf van de personen met twee of meer stoornissen in het afgelopen jaar geen behandeling heeft gekregen na het zoeken van hulp.

Tabel 4 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie



RESULTATEN: Ingevulde en niet-ingevulde zorgbehoefte

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ [2011]	PROPORTE STOOORNISSEN 12 maanden	PROPORTE 2+ STOOORNISSEN 12 maanden	PROPORTE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis	UNMET NEED voor 1 psychische stoornis	UNMET NEED voor 2+ stoornissen
Vlaams Gewest	4 846 497	436 669 (9.0%)	119 224 (2.46%)	149 384 (3.1%)	287 285 (6.2%)	66 658 (1.24%)
Antwerpen	1 335 348	166 919 (12.5%)	54 082 (4.05%)	69 221 (5.2%)	97 698 (7.4%)	27 528 (2.10%)
Oost-Vlaanderen	1 126 102	105 854 (9.4%)	12 838 (1.14%)	25 733 (2.3%)	80 121 (7.2%)	1 669 (1.48%)
West-Vlaanderen	779 189	51 426 (6.6%)	21 428 (2.75%)	17 140 (2.2%)	34 286 (4.5%)	15 728 (2.02%)
Vlaams-Brabant	833 092	61 649 (7.4%)	6 915 (0.83%)	9 155 (1.1%)	52 494 (6.4%)	6 915 (0.83%)
Limburg	668 007	43 420 (6.5%)	15 498 (2.32%)	18 102 (2.7%)	25 318 (3.9%)	6 354 (0.95%)
		F(3.27, 98.84)=1.199, P=0.3154	F(3.53, 105.79)=2.9842, p=0.0274	Chi ² (4)=13.24, p<.0001		F(3.73, 82.15)=2.2309, p=0.0771

In tabel 4 gaan we voor Vlaanderen dieper in op de proportie 12-maanden stoornissen.

Deze cijfers tonen aan dat in 2011 9% van de Vlaamse bevolking een psychische stoornis doormaakte de voorbije 12 maanden.

Voor 2011 zien we in Antwerpen de hoogste prevalentie van psychische stoornissen binnen de bevolking (12.5%) Oost-Vlaanderen volgt met een prevalentie van psychische aandoeningen van 9,4%. In de provincie Limburg zien we de laagste prevalentie (6.5%).

De significantietest wijst uit dat de verschillen qua proportie tussen de provincies statistisch niet significant zijn.

Tabel 5 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie



RESULTATEN:
Ingevulde en niet-ingevulde zorgbehoefte

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTIE STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE 2+ STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis	UNMET NEED voor 1 psychische stoornis	UNMET NEED voor 2+ stoornissen
Vlaams Gewest	4 846 497	436 669 (9.0%)	119 224 (2.46%)	149 384 (3.1%)	287 285 (6.2%)	66 658 (1.24%)
Antwerpen	1 335 348	166 919 (12.5%)	54 082 (4.05%)	69 221 (5.2%)	97 698 (7.4%)	27 528 (2.10%)
Oost-Vlaanderen	1 126 102	105 854 (9.4%)	12 838 (1.14%)	25 733 (2.3%)	80 121 (7.2%)	1 669 (1.48%)
West-Vlaanderen	779 189	51 426 (6.6%)	21 428 (2.75%)	17 140 (2.2%)	34 286 (4.5%)	15 728 (2.02%)
Vlaams-Brabant	833 092	61 649 (7.4%)	6 915 (0.83%)	9 155 (1.1%)	52 494 (6.4%)	6 915 (0.83%)
Limburg	668 007	43 420 (6.5%)	15 498 (2.32%)	18 102 (2.7%)	25 318 (3.9%)	6 354 (0.95%)
		F(3.27, 94.84)=1.199, P=0.3154	F(3.53, 105.79)=2.9842, p=.0274	Chi ² (4)=13.24, p<.0001		F(3.73, 82.15)=2.2309, p=.0771

In tabel 5 gaan we zowel voor Vlaanderen als voor de verschillende provincies dieper in op de proportie mensen met minstens twee stoornissen in de afgelopen 12 maanden.

In Vlaanderen had 2.46% van de bevolking minstens 2 psychische stoornissen het voorbije jaar. In tegenstelling tot de proportie 12 maanden stoornissen zijn de verschillen tussen de provincies hier wel statistisch significant (p=.0274).

Zo kent Antwerpen de hoogste prevalentie van minstens 2 psychische stoornissen (4.05% van de bevolking). West-Vlaanderen staat op de tweede plaats met 2.75% van de bevolking en in Vlaams-Brabant kent men de laagste prevalentie mensen met minstens 2 psychische stoornissen (0.83%). Hierbij valt de grote discrepantie op tussen de hoogste en laagste score.

Tabel 6 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie



RESULTATEN: Ingevulde en niet-inge vulde zorgbehoefte

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTIE STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE 2+ STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis	UNMET NEED voor 1 psychische stoornis	UNMET NEED voor 2+ stoornissen
Vlaams Gewest	4 846 497	436 669 (9.0%)	119 224 (2.46%)	149 384 (3.1%)	287 285 (6.2%)	66 658 (1.24%)
Antwerpen	1 335 348	166 919 (12.5%)	54 082 (4.05%)	69 221 (5.2%)	97 698 (7.4%)	27 528 (2.10%)
Oost-Vlaanderen	1 126 102	105 854 (9.4%)	12 838 (1.14%)	25 733 (2.3%)	80 121 (7.2%)	1 669 (1.48%)
West-Vlaanderen	779 189	51 426 (6.6%)	21 428 (2.75%)	17 140 (2.2%)	34 286 (4.5%)	15 728 (2.02%)
Vlaams-Brabant	833 092	61 649 (7.4%)	6 915 (0.83%)	9 155 (1.1%)	52 494 (6.4%)	6 915 (0.83%)
Limburg	668 007	43 420 (6.5%)	15 498 (2.32%)	18 102 (2.7%)	25 318 (3.9%)	6 354 (0.95%)
		F(3.27, 94.84)= 1.199, P=0.3154	F(3.53, .105.79)=2.9842, p=.0274	Chi ² (4)=13.24	p<.0001	F(3.73, 82.15)=2.2509, p=.0771

Unmet need wordt berekend door de proportie mensen in behandeling af te trekken van de proportie mensen met een psychische stoornis (prevalentie). De proportie stoornissen kan worden gezien als de mate van zorgbehoefte. Het aantal personen met één of meerdere stoornissen staat dan voor het aantal zorgbehoevenden in een specifieke regio.

Uit de cijfers in tabel 6 kunnen we concluderen dat er een significant verschil ($p < 0.0001$) is qua unmet need tussen de provincies, met Antwerpen en Oost-Vlaanderen als provincies met de grootste, en Limburg als provincie met de kleinste onvervulde zorgbehoefte.

Indien we de informatie uit kolom 3, 4 en 6 samenvoegen, komen we tot de volgende conclusies. Ook al kent de provincie Antwerpen de grootste proportie zorgbehoevenden maar ook behandelde binnen Vlaanderen, toch kan men niet tegemoetkomen aan de zorgbehoefte waardoor Antwerpen te kampen heeft met de grootste mate van unmet need. In Limburg zien we de laagste prevalentie stoornissen, met een gemiddelde proportie in behandeling, waardoor de mate van unmet need hier het kleinst is binnen Vlaanderen.

Tabel 7 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per provincie



**RESULTATEN:
Ingevulde en niet-ingevulde zorgbehoefte**

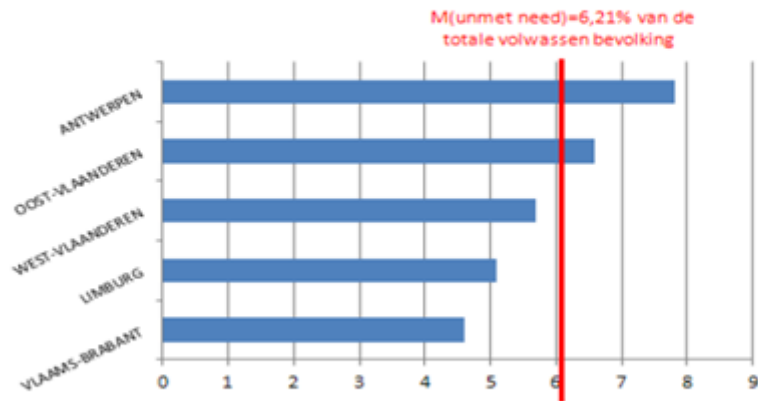
	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTIE STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE 2+ STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis	UNMET NEED voor 1 psychische stoornis	UNMET NEED voor 2+ stoornissen
Vlaams Gewest	4 846 497	436 609 (9.0%)	119 224 (2.46%)	149 384 (3.1%)	287 285 (6.2%)	66 658 (1.24%)
Antwerpen	1 335 348	166 919 (12.5%)	54 082 (4.05%)	69 221 (5.2%)	97 698 (7.4%)	27 528 (2.10%)
Oost-Vlaanderen	1 126 102	105 854 (9.4%)	12 838 (1.14%)	25 733 (2.3%)	80 121 (7.2%)	1 669 (1.48%)
West-Vlaanderen	779 189	51 426 (6.6%)	21 428 (2.75%)	17 140 (2.2%)	34 286 (4.5%)	15 728 (2.02%)
Vlaams-Brabant	833 092	61 649 (7.4%)	6 915 (0.83%)	9 155 (1.1%)	52 494 (6.4%)	6 915 (0.83%)
Limburg	668 007	43 420 (6.5%)	15 498 (2.32%)	18 102 (2.7%)	25 318 (3.9%)	6 354 (0.95%)
		F(3.27, 98.84)=1.199, P=0.3154	F(3.53, 105.79)=2.9842, p=.0274	Chi ² (4)=13.24, p<.0001		F(3.73, 82.15)=2.2309, n=.0771

Uit tabel 7 blijkt dat van de 119 224 personen met meer dan één stoornis 66 658 geen behandeling heeft gekregen (unmet need voor 2+ stoornissen). De mate van unmet need wordt op die manier geschat op 1.24% van de bevolking.

Antwerpen staat qua provincie op de eerste plaats. Naast de hoogste prevalentie psychische stoornissen (zowel één als minstens twee), kent deze provincie ook de meeste onvervulde zorgbehoefte.



RESULTATEN: Unmet need per provincie



Figuur 1 Unmet need voor een psychische stoornis in Vlaanderen, per provincie

De gewogen proportie unmet need in Vlaanderen is gelijk aan 6.2% van de totale volwassen bevolking en is vooral bepaald door het hoge aandeel in Antwerpen en Oost-Vlaanderen. West-Vlaanderen staat op de derde plaats, gevolgd door Limburg. In Vlaams-Brabant zien we de laagste onvervulde zorgbehoefte van Vlaanderen.

Tabel 8 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied



RESULTATEN: Unmet need voor één stoornis, per studiegebied

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTIE STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTIE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis	UNMET NEED	BEDDEN- CAPACITEIT (2012)
		N (%)	N (%)	N (%) *	N (%)
AALST	224 610	13 477 (6.0%)	4 493 (2.0%)	8 984 (4.0%)	367 (0.11%)
ANTWERPEN	794 961	104 934 (13.2%)	32 593 (4.1%)	72 341 (9.1%)	2 147 (0.27%)
BRUGGE	228 931	15 338 (6.7%)	229 (0.1%)	15 109 (6.6%)	1 051 (0.46%)
DENDERMONDE	156 181	22 646 (14.5%)	14 312 (9.1%)	8 334 (5.4%)	30 (0.02%)
GENT	429 461	56 259 (13.1%)	8 159 (1.9%)	48 100 (11.2%)	1 365 (0.32%)
HALLE	471 188	21 203 (4.5%)	9 894 (2.1%)	11 309 (2.4%)	241 (0.05%)
HASSELT	333 541	2 668 (0.8%)	0 (0.0%)	2 668 (0.8%)	664 (0.20%)
IEPER	84 782	5 850 (6.9%)	0 (0.0%)	5 850 (6.9%)	347 (0.40%)
KORTRIJK	227 090	20 211 (8.9%)	3 861 (1.7%)	16 350 (7.2%)	383 (0.17%)
LEUVEN	393 733	39 767 (10.1%)	24 681 (3.4%)	26 380 (6.7%)	1 235 (0.31%)
MAASEIK	189 052	19 154 (10.1%)	3 085 (1.6%)	16 069 (8.5%)	30 (0.02%)
MECHELEN	262 567	39 122 (14.9%)	24 681 (9.4%)	14 441 (5.5%)	158 (0.06%)
ROESELARE	117 228	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	60 (0.05%)
SINT-NIKLAAS	189 640	12 706 (6.7%)	1 897 (1.0%)	10 809 (5.7%)	475 (0.25%)
TONGEREN	162 165	6 973 (4.3%)	3 253 (2.0%)	3 730 (2.3%)	574 (0.35%)
TURNHOUT	355 714	19 564 (5.5%)	19 564 (5.5%)	0 (0.0%)	210 (0.06%)
	4 620 844 (91% Vlaamse bevolking gecovered)	F(4,59, 47.83)= 0.609, P= .51	Chi ² (15)=91.872, p<.0001		

In een volgende stap bekijken we de 'unmet need' per studiegebied (tabel 8). Dit is het kleinste geografische niveau waarop de resultaten van de ESEMeD-studie representatief zijn. Naast het berekenen van de unmet need, brengen we tevens het zorgaanbod, in de vorm van de huidige bedden capaciteit, in.

De twee steden met de hoogste mate van unmet need zijn Gent (11.2%) en Antwerpen (9.1%). We kunnen veronderstellen dat deze de hoge onvervulde zorgbehoefte in de provincies Oost-Vlaanderen en Antwerpen, respectievelijk, verklaren. Maaseik staat op de derde plaats (8.5%). Hasselt kent de laagste onvervulde zorgbehoefte, nl. 0.8%.

Tabel 9 Unmet need voor 2+ psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied



RESULTATEN: Unmet need voor 2+ stoornissen, per studiegebied

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTE 2+ STOORNISSEN 12 maanden	PROPORTE IN BEHANDELING laatste jaar indien 2+ stoornis	UNMET NEED voor 2+ stoornissen
		N (%)	N (%)	N (%) *
Aalst	224 610	5 503	2 818	2 685
Antwerpen	794 961	19 477	9 972	9 505
Brugge	228 931	5 609	2 872	2 737
Dendermonde	156 181	3 826	1 959	1 867
Gent	429 461	10 521	5 387	5 134
Halle-Vilvoorde	471 188	11 544	5 911	5 633
Hasselt	333 541	8 172	4 184	3 988
Ieper	84 782	2 077	1 047	1 030
Kortrijk	227 090	5 564	2 849	2 715
Leuven	393 733	9 646	4 939	6 797
Maaseik	189 052	4 632	2 372	2 260
Mechelen	262 567	6 433	3 294	3 139
Roeselare	117 228	2 873	1 471	1 402
Sint-Niklaas	189 640	4 646	2 379	2 267
Tongeren	162 165	3 973	2 034	1 939
Turnhout	355 714	8 715	4 462	4 253

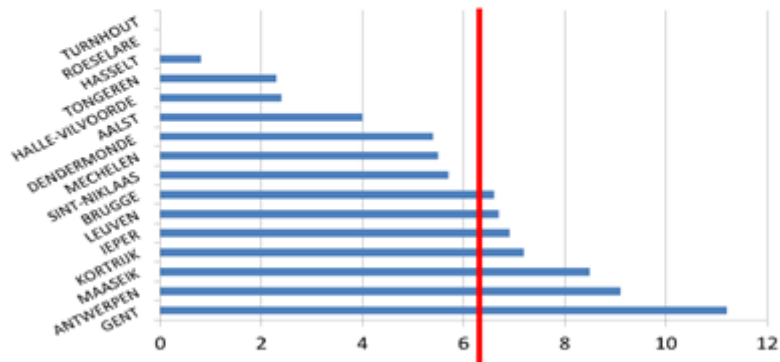
M(unmet need voor psychische stoornissen)=**1.24** van de algemene bevolking
(respectievelijk gewogen en ongewogen percentage)

Tabel 9 verduidelijkt de onvervulde zorgbehoefte voor minstens twee psychische stoornissen.

Ook hier kent het grootstedelijk gebied Antwerpen de meeste gevallen van onvervulde zorgbehoefte (9505 of 1.2% van de bevolking). Op de tweede plaats staat Maaseik met 6 797 individuen, dat ook hoog scoorde wat betreft unmet need voor één stoornis. De laagste mate van unmet need zien we in Ieper, nl. 1 030 individuen. Voor Hasselt, waar de unmet need voor één stoornis het laagst was, wijst dit cijfer op een andere ranking, nl. 3.988 gevallen, wat in de middenmoot ligt.



RESULTATEN: Unmet need voor 1 psychische stoornis in Vlaanderen



Figuur 2 Unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen, per studiegebied

Een schematische voorstelling van de mate van onvervulde zorgbehoefte binnen de verschillende studiegebieden laat zien dat Gent kampt met de hoogste mate van unmet need (11.2%), gevolgd door Antwerpen (9.1%). Onderaan staat Hasselt met 0.8%.

Tabel 10 Unmet need voor 12-maanden suïcidaliteit in Vlaanderen, per provincie



RESULTATEN: Unmet need voor suïcidaliteit

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	12-maanden SUICIDALITEIT	12-maanden SUICIDEPOGING	PROPORTE IN BEHANDELING laatste jaar indien suïcidaliteit	UNMET NEED voor suïcidaliteit *	BEDDEN- CAPACITEIT (2011)
	N	N(%)	N (%)	N (%)	N(%)	N(%)
Vlaams Gewest (1)	4 846 497	58 158 (1.2%)	14 539	47 989 (0.95%)	10 169 (0.25%)	10 158 (0.22%)
Antwerpen	1 355 948	15 353 (1.0%)	4 006	10 893 (0.79%)	2 460 (0.20%)	2 440 (0.19%)
Oost-Vlaanderen	1 126 102	21 396 (1.9%)	3 378	17 092 (1.46%)	4 304 (0.37%)	2 579 (0.24%)
West-Vlaanderen	779 189	7 013 (0.9%)	2 338	5 817 (0.69%)	1 196 (0.18%)	2 211 (0.29%)
Vlaams-Brabant	833 092	15 829 (1.9%)	2 499	13 179 (1.53%)	2 650 (0.39%)	1 476 (0.19%)
Limburg	668 007	5 344 (0.8%)	2 004	3 936 (0.57%)	1 408 (0.15%)	1 378 (0.22%)
		F(3.69, 110.60) 1.134, P=0.34		Chi²(4)=275.93, p<.0001		

Ook voor suïcidaliteit kan de mate van unmet need worden bepaald. Onder suïcidaal gedrag verstaat men de intentie en eventueel poging tot zelfdoding.

De cijfers uit tabel 10 tonen aan dat er in Vlaanderen in de ESEMeD-studie in 2011 10 169 individuen met suïcidaal gedrag werden geregistreerd die geen zorg kregen. Dit maakt ongeveer 0.25% van de Vlaamse bevolking uit.

Op provinciaal niveau zien we dat Vlaams-Brabant de meeste onvervulde behoefte voor suïcidaliteit kent (0.39%) in vergelijking met de andere provincies. Limburg heeft dan weer de laagste onvervulde behoefte (0.15%). Gezien de p-waarde (<0.0001) zijn de verschillen wat betreft unmet need tussen de provincies significant.

Tabel 11 Bivariate analyses: intercorrelaties tussen ambulante en residentiële voorzieningen en unmet need voor psychische stoornissen



RESULTATEN: Bivariate statistische modellen van unmet need voor psychische stoornissen

		UNMET NEED	BEDDEN- CAPACITEIT	AANTAL PSYCHIATERS	AANTAL PSYCHOLOGEN	AANTAL HUISARTSEN
Unmet Need	Correlation Coefficient	1.000	.023	.006	.025	.025
	Sig. (2-tailed)	.	.340	.798	.311	.311
	N	1661	1661	1661	1661	1661
Bedden capaciteit	Correlation Coefficient	.023	1.000	.186(**)	.731(**)	.731(**)
	Sig. (2-tailed)	.340	.	.000	.000	.000
	N	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal Psychiaters	Correlation Coefficient	.006	.186(**)	1.000	.584(**)	.584(**)
	Sig. (2-tailed)	.798	.000	.	.000	.000
	N	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal Psychologen	Correlation Coefficient	.025	.731(**)	.584(**)	1.000	1.000(**)
	Sig. (2-tailed)	.311	.000	.000	.	.
	N	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal Huisartsen	Correlation Coefficient	.025	.731(**)	.584(**)	1.000(**)	1.000
	Sig. (2-tailed)	.311	.000	.000	.	.
	N	1661	1661	1661	1661	1661

De intercorrelaties weergegeven in tabel 11 geven het verband weer tussen ambulante en residentiële voorzieningen enerzijds en de unmet need voor psychische stoornissen anderzijds. Onder ambulante voorzieningen verstaan we hier het aanbod psychiaters, psychologen en huisartsen. De bedden capaciteit vertegenwoordigt het residentiële aanbod.

Aan de hand van deze resultaten kunnen we stellen dat geen van deze parameters/factoren een significante invloed uitoefent op de mate van unmet need. Met andere woorden zal de inzet van meer of minder bedden, psychiaters, psychologen of huisartsen, geen invloed uitoefenen op de mate van unmet need.

Tabel 12 Interrelaties tussen voorzieningen en unmet need voor suïcidaliteit in Vlaanderen



RESULTATEN: Bivariate modellen van unmet need voor suïcidaliteit

	UNMET NEED voor suïcidaliteit	Aantal psychiaters	Aantal psychologen	Aantal huisartsen	Provincie	arrondissement
Unmet need voor suïcidaliteit	1.000	-.040	-.038	-.038	.018	.012
	.	.102	.117	.117	.468	.618
	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal psychiaters	-.040	1.000	.584(**)	.584(**)	-.943(**)	-.211(**)
	.102	.	.000	.000	.000	.000
	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal psychologen	-.038	.584(**)	1.000	1.000(**)	-.526(**)	-.525(**)
	.117	.000	.	.000	.000	.000
	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Aantal huisartsen	-.038	.584(**)	1.000(**)	1.000	-.526(**)	-.525(**)
	.117	.000	.	.000	.000	.000
	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Provincie	.018	-.943(**)	-.526(**)	-.526(**)	1.000	.210(**)
	.468	.000	.000	.000	.	.000
	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Arrondissement	.012	-.211(**)	-.525(**)	-.525(**)	.210(**)	1.000
	.618	.000	.000	.000	.	.
	1661	1661	1661	1661	1661	1661

Wanneer we voor de mate van unmet need voor suïcidaliteit de ambulante en residentiële voorzieningen in rekening brengen, zien we dat ook hier het aanbod van psychiaters, psychologen, huisartsen en bedden geen effect heeft op de mate van unmet need voor suïcidaliteit (tabel 12). Daarnaast zien we geen significante samenhang tussen de regio's (provincie of arrondissement) en de onvervulde zorgbehoefte. Deze factoren zijn dus geen voorspellers van unmet need.

Tabel 13 Multivariaat logistisch model van unmet need voor psychische stoornissen in Vlaanderen



Kunnen we unmet need voor psychische stoornissen voorspellen?

UNMET NEED	Odds Ratio	Std. Err.	t	P>	[95% Conf. Interval]	
Bedden capaciteit	1.000159	.000593	0.27	0.791	.9989485	1.001371
Aantal psychiaters	.9982052	.0177706	-0.10	0.920	.9625646	1.035165
Aantal huisartsen	1.000254	.0010265	0.25	0.806	.9981601	1.002353
Geslacht	1.336901	.3116666	1.25	0.223	.8304784	2.152137
Leeftijd	.8115216	.068135	-2.49	0.013	.6836477	.9633128
Opleidinggraad	1.027866	.0284052	0.99	0.328	.9714613	1.087545
Provincie	.91206	.3493535	-0.24	0.812	.4171468	1.99415

	1	1.000000
2	0.492537	4.38
3	0.449393	6.82
4	0.457766	5.92
5	0.189873	19.21

Tabel 13 rapporteert over de multivariate analyse waarin unmet need als afhankelijke variabele wordt gebruikt.

De resultaten tonen aan dat enkel de leeftijd een significant effect heeft op de mate van onvervulde zorgbehoefte. Ondanks het gegeven dat psychische stoornissen frequenter voorkomen bij jongeren, zal men in deze populatie minder snel de stap zetten naar de hulpverlening, wat leidt tot hoge unmet need. Hoe ouder daarentegen, hoe lager de mate van unmet need.

Hoofdstuk 3

Relatie tussen zorgbehoefte, zorggebruik en zorgaanbod



De huidige programmatie ontleed

- **Het huidig zorgaanbod :**
 - Analyse van de huidige verdeling van VTE en bedden

- **Het huidig zorggebruik:**
 - Analyse van het huidige bereik van de CGG

- **Wisselwerking tussen zorgaanbod, zorggebruik en zorgbehoefte:**
 - Huidige verdeling van VTE relateren aan prevalentiecijfers op provinciaal niveau
 - Potentiële verklaringen voor de vastgestelde verschillen

In dit onderdeel van het onderzoek bestuderen we de interactie tussen zorgaanbod, zorggebruik en zorgbehoefte en dit tot op provinciaal niveau. We bekijken eerst hoe het huidig zorgaanbod in VTE gespreid is over Vlaanderen en relateren vervolgens deze VTE aan het bevolkingsaantal. We beperken ons hier tot het CGG-aanbod voor de volwassen bevolking (18+). Hierna doen we hetzelfde voor de bedden capaciteit.

In een volgende stap relateren we het zorgaanbod aan het huidige zorggebruik en aan de zorgbehoeften.

We sluiten af met een aantal potentiële verklaringen voor de vastgestelde discrepanties.

Tabel 14 Het ambulante zorgaanbod volgens bevolkingsaantal



**AMBULANT ZORGAANBOD
VOLGENS BEVOLKINGSAANTAL
VTE'S PER INWONERS**

PROVINCIE	INWONERS (BELG, 18+)	VTE 18+ / 100.000 INWONERS (BELG, 18+)
Antwerpen	1 247 682	5.5
Limburg	606 354	6.7
Oost-Vlaanderen	1 095 809	6.2
Vlaams-Brabant	777 441	5.6
West-Vlaanderen	911 989	6.3

Tabel 14 illustreert het inwonersaantal per provincie alsook het ambulante CGG-aanbod (het aantal voltijds equivalenten (VTE's¹) ten opzichte van de bevolking². Dit is de huidige verdeelsleutel op basis waarvan het zorgaanbod binnen Vlaanderen is verdeeld.

De provincie Antwerpen kent het grootste aantal en de provincie Limburg het kleinste aantal inwoners. Volgens de huidige verdeelsleutel verwacht men dan ook een grotere VTE inzet in Antwerpen dan in Limburg. Echter, in Antwerpen beschikt men over de laagste VTE-inzet per inwonersaantal (5.5 VTE's/100 000 inwoners) en in Limburg over de hoogste (6.7 VTE's/100 000 inwoners).

De cijfers in de bovenstaande tabel werden als volgt berekend. Het aantal VTE's (in 2011) per provincie werden gedeeld door het inwonersaantal per provincie. Het bekomen getal werd dan vermenigvuldigd met 100 000 zodat alle provincies dezelfde noemer hebben en dus vergelijkbaar zijn.

¹ In een CGG worden VTE's ingezet per werkingscategorie: cliëntwerking, preventie, projectwerking en dienstverlening en overhead (administratieve en andere functies). De cliëntwerking (hulpverlening) is de
Bron: VAZG.

² De bevolkingscijfers die werden gebruikt in dit onderzoek representeren de volwassen populatie (18+) met de Belgische nationaliteit anno 2011. Deze cijfers werden afgeleid aan de hand van een berekening die in bijlage 1 toegelicht wordt.

Bron: FOD Economie:

http://economie.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_per_nationaliteit_per_gemeente_01-01-2011.jsp

Tabel 15 Het residentiële zorgaanbod volgens bevolkingsaantal



**RESIDENTIEEL ZORGAANBOD
VOLGENS BEVOLKINGSAANTAL
BEDDENCAPACITEIT PER INWONERS**

PROVINCIE	BEDDEN / 100.000 INWONERS (BELG, 18+)
Antwerpen	365
Limburg	396
Oost-Vlaanderen	407
Vlaams-Brabant	302
West-Vlaanderen	377

Tabel 15 illustreert het residentiële zorgaanbod.

Per provincie is de verdeling van bedden en/of plaatsen³ binnen de residentiële GGZ-voorzieningen weergegeven ten opzichte van de bevolking. Het aanbod zoals hier voorgesteld staat onafhankelijk van de zorgvraag of -behoefte.

Onder de residentiële GGZ-voorzieningen (bedden capaciteit) vallen psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), PAAZ-afdelingen in algemene ziekenhuizen, initiatieven beschut wonen (BW) en voorzieningen met een RIZIV-conventie. De bedden en plaatsen van deze instanties zijn bedoeld voor een volwassen populatie⁴.

Deze tabel toont een gemiddelde van 370 individuele bedden/plaatsen per provincie. De residentiële zorgcapaciteit is het laagst in Vlaams-Brabant (302/100 000 inwoners) en het hoogst in Oost-Vlaanderen (407/100 000 inwoners).

³ De cijfers voor de bedden en plaatsen in de GGZ-voorzieningen uit 2011 zijn afkomstig van het VAZG en het RIZIV.

⁴ Bij de berekening van de capaciteit van de RIZIV-voorzieningen hebben we de instellingen voor jongeren (18-) eruit gelaten.

Tabel 16 Het ambulante zorgaanbod en beddenscapaciteit volgens bevolkingsaantal



**AMBULANT ZORGAANBOD EN
BEDDENCAPACITEIT
VOLGENS BEVOLKINGSAANTAL**

PROVINCIE	VTE 18+/ 100.000 INWONERS (BELG, 18+)	BEDDEN/100.000 INWONERS (BELG, 18+)
Antwerpen	5.5	365
Limburg	6.7	396
Oost-Vlaanderen	6.2	407
Vlaams-Brabant	5.6	302
West-Vlaanderen	6.3	377

Wanneer we de cijfers van het ambulante en residentiële zorgaanbod vergelijken (Tabel 16), zien we duidelijke verschillen tussen de provincies en tussen de soorten zorgaanbod. Het kleinste ambulante aanbod zien we in Antwerpen, op de voet gevolgd door Vlaams-Brabant. Het kleinste residentiële aanbod bevindt zich in Vlaams-Brabant, gevolgd door Antwerpen.

Limburg heeft het grootste ambulante aanbod en het tweede hoogste aantal bedden. Oost-Vlaanderen heeft het tweede grootste ambulante aanbod en de grootste beddenscapaciteit.

Tabel 17 Het ambulante zorgaanbod volgens zorggebruik



**AMBULANT ZORGAANBOD
VOLGENS ZORGGEBRUIK
VTE'S PER CLIENT**

PROVINCIE	CLIENTEN 18+ / 100.000 INWONERS (BELG, 18+)	VTE 18+ / 100 CLIENTEN
Antwerpen	707	0.78
Limburg	1301	0.51
Oost-Vlaanderen	815	0.76
Vlaams-Brabant	869	0.64
West-Vlaanderen	699	0.90

In deze volgende stap brengen we de zorggebruikers in rekening. Deze cijfers zijn afkomstig van het EPD van de CGG.

Tabel 17 geeft de verhouding tussen het zorgaanbod (VTE) en zorggebruik (cliënten) per provincie weer, waaruit een duidelijk onevenwicht blijkt. Limburg zet 0.51 VTE in per 100 cliënten en scoort hiermee het laagste, terwijl West-Vlaanderen met 0.90 VTE's per 100 cliënten (80% méér dan in Limburg), het hoogst scoort binnen Vlaanderen. Anders uitgedrukt, Limburg zet heel wat minder VTE in om een zelfde aantal cliënten te bedienen. West-Vlaanderen, waar er een negatieve houding bestaat ten aanzien van psychische problemen, heeft een opvallend lagere case-load.

Een lagere proportie VTE/cliënt impliceert echter niet noodzakelijk een beter of efficiënter CGG-aanbod of een betere kwaliteit van zorg. Bovendien kan men uit deze cijfers niet uitmaken of het zorgaanbod per provincie goed is afgestemd op het zorggebruik.

Hierbij reiken we enkele mogelijke verklaringen voor deze ongelijke verdeling aan:

- Een verschil in efficiëntie van de organisatie van het zorgaanbod per provincie. In Limburg zien we het grootste aantal cliënten binnen de bevolking (1301/100 000 inwoners), maar daarentegen wel de laagste inzet VTE per cliënt. Dit kan betekenen dat men in Limburg met relatief weinig VTE veel cliënten kan bereiken maar andersom kan dit evengoed wijzen op een lagere kwaliteit van zorgaanbod en is het mogelijk dat het zorgaanbod niet aan de zorgvraag tegemoet kan komen. In West-Vlaanderen zien we dan weer de minste cliënten binnen de bevolking (699/100 000 inwoners) maar wel de hoogste VTE-inzet. Dit kan wijzen op een inefficiënte organisatie van het zorgaanbod, namelijk dat men met een groot aanbod VTE's maar weinig cliënten kan bereiken. Andersom kunnen deze cijfers ook betekenen dat de kwaliteit van zorg in deze provincie hoger ligt met een hoge VTE-inzet voor de cliënten.

- Een verschil in de wijze van registratie tussen de provincies. Wat in een gegeven CGG gezien wordt als een sessie of hulpactiviteit, wordt in een ander CGG mogelijk als een eenmalig gesprek en niet als hulpactiviteit geregistreerd.
- Een verschil in problematieken en dus ook in aangewezen hulpverlening binnen de provincies. Mogelijks vindt men in Limburg sneller de weg naar de hulpverlening, zelfs indien er geen sprake is van een psychisch probleem. In dit geval kan een beperkt aantal sessies vaak al volstaan, waardoor weinig VTE's moeten worden ingezet. In West-Vlaanderen daarentegen zijn er mogelijk meer inwoners met zwaardere psychische problematieken, die minder snel hulp zoeken (laag cliëntenaantal). Voor deze hulpvragen zijn dan ook meer VTE's nodig die de cliënten op lange termijn kunnen begeleiden.

Tabel 18 Het ambulante zorgaanbod volgens zorgbehoefte



**AMBULANT ZORGAANBOD
VOLGENS ZORGBEHOEFTE
VTE'S PER ZORGBEHOEVENDEN**

PROVINCIE	PREVALENTIE PSYCHISCHE STOORNISSEN (ZORGBEHOEVENDEN)	CLIENTEN/100 ZORGBEHOEVENDEN (%)	VTE 18+/100 ZORGBEHOEVENDEN (%)
Antwerpen	166 919	5	0.41
Limburg	43 420	18	0.93
Oost-Vlaanderen	105 854	8	0.64
Vlaams-Brabant	61 649	11	0.71
West-Vlaanderen	51 426	12	1.12

Tabel 18 geeft per provincie een overzicht van het aantal zorgbehoevenden in de bevolking, het aantal cliënten ten opzichte van het aantal zorgbehoevenden en het aantal VTE ten opzichte van het aantal zorgbehoevenden. De cijfers van de zorgbehoevenden komen uit de ESEMeD-data. Het betreft het aantal personen met een psychische stoornis. De bevolkingscijfers komen van de FOD Economie.

In deze tabel wordt voor het eerst de zorgbehoefte in rekening gebracht (kolom 1). Ons baserend op de aanbevelingen van Slade et al. (2011) gebruiken we de prevalentiecijfers om te berekenen hoe groot de inzet van VTE is, gerelateerd aan de zorgbehoeften.

West-Vlaanderen kent het kleinste aantal zorgbehoevenden binnen de bevolking (6%). Het heeft relatief gezien het grootste zorgaanbod (1.12 VTE's/100 zorgbehoevenden).

Het grootste aandeel zorgbehoevenden zien we in de provincie Antwerpen (13%). Tegelijkertijd stellen we hier het laagste aandeel VTE vast (0.41 VTE's/100 zorgbehoevenden).

Uit deze tabel blijkt dat de verschillen qua aanbod groter worden, wanneer de VTE's gerelateerd worden aan de werkelijke zorgbehoeften (in vergelijking met de inzet gerelateerd aan het bevolkingsaantal). Opvallend is dat Vooral Antwerpen en Oost-Vlaanderen erop achteruitgaan.

Tabel 19 Het residentiële zorgaanbod volgens zorgbehoefte



**RESIDENTIEEL ZORGAANBOD
VOLGENS ZORGBEHOEFTE
BEDDENCAPACITEIT PER ZORGBEHOEVENDEN**

PROVINCIE	BEDDEN/ 100 ZORGBEHOEVENDEN
Antwerpen	2.7
Limburg	5.5
Oost-Vlaanderen	4.2
Vlaams-Brabant	3.8
West-Vlaanderen	6.7

Tabel 19 illustreert per provincie het aantal plaatsen of bedden binnen de verschillende GGZ-voorzieningen, ten opzichte van het geschatte aantal zorgbehoevenden. Dit geeft een beeld van hoe de zorgcapaciteit zich verhoudt ten opzichte van de zorgbehoefte in een “ideale” situatie waarin men tegemoet kan komen aan alle zorgnoden.

Deze cijfers tonen dat West-Vlaanderen over de grootste beddenscapaciteit beschikt wanneer uitgezet ten opzichte van het geschatte aantal zorgbehoevenden. Antwerpen heeft daarentegen de laagste beddenscapaciteit.

Tabel 20 Het ambulante en residentiële zorgaanbod volgens zorgbehoefte



AMBULANT en RESIDENTIEEL ZORGAANBOD VOLGENS ZORGBEHOEFTE

PROVINCIE	CLIENTEN /100 ZORGBEHOEVENDEN (%)	VTE 18+ /100 ZORGBEHOEVENDEN	BEDDEN /100 ZORGBEHOEVENDEN
Antwerpen	5	0.41	2.7
Limburg	18	0.93	5.5
Oost-Vlaanderen	8	0.64	4.2
Vlaams-Brabant	11	0.71	3.8
West-Vlaanderen	12	1.12	6.7

Wanneer we in één tabel zowel cliënten, VTE 18+ als de beddencapaciteit afzetten ten opzichte van de zorgbehoevenden (tabel 20), zien we dat de provincie met het laagste ambulante VTE-aanbod ten opzichte van de zorgbehoefte, eveneens de laagste beddencapaciteit heeft (Antwerpen). West-Vlaanderen heeft daarentegen het grootste ambulante VTE-aanbod én de grootste beddencapaciteit. De verdeling van het zorgaanbod over de provincies lijkt dus volgens eenzelfde patroon te gebeuren: waar het ambulante aanbod klein is, is ook het residentiële aanbod klein.

Tabel 21 De prevalentie psychische stoornissen en unmet need in studiegebieden


PREVALENTIE PSYCHISCHE STOORNISSEN EN UNMET NEED IN STUDIEGEBIEDEN

	TOTAAL AANTAL INWONERS 18+ (2011)	PROPORTIE STOORNISSEN 12 maanden N (%)	PROPORTIE IN BEHANDELING laatste jaar indien stoornis N (%)	UNMET NEED N (%) *
AALST	224.610	13,477 (6.0%)	4,493 (2.0%)	6,984 (4.0%)
ANTWERPEN	794.961	104,934 (13.2%)	32,593 (4.1%)	72,341 (9.1%)
BRUGGE	226.931	15,338 (6.7%)	229 (0.1%)	15,109 (6.6%)
DENDERMONDE	156.181	22,646 (14.5%)	14,312 (9.1%)	8,334 (5.4%)
GENT	429,461	56,239 (13.1%)	8,159 (1.9%)	48,100 (11.2%)
HALLE	471.188	21,203 (4.5%)	9,894 (2.1%)	11,309 (2.4%)
HASSELT	333,541	2,668 (0.8%)	0 (0.0%)	2,668 (0.8%)
IJPER	64,782	3,350 (6.9%)	0 (0.0%)	3,350 (6.9%)
KORTRIJK	227,090	20,211 (8.9%)	3,861 (1.7%)	16,350 (7.2%)
LEUVEN	393,733	39,767 (10.1%)	24,681 (3.4%)	26,380 (6.7%)
MAASEIK	189,052	19,154 (10.1%)	3,085 (1.6%)	16,069 (8.5%)
MECHELEN	262,567	39,122 (14.9%)	24,681 (9.4%)	14,441 (5.5%)
ROESELARE	117,228	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)
SINT-NIKLAAS	189,640	12,706 (6.7%)	1,897 (1.0%)	10,809 (5.7%)
TONGEREN	162,165	6,973 (4.3%)	3,253 (2.0%)	3,730 (2.3%)
TURNHOUT	355,714	19,564 (5.5%)	19,564 (5.5%)	0 (0.0%)
	4,620,844 (91% Vlaamse bevolking gecovered)	F(4,59, 47.83)= 0.609, P=0.51	Chi²(15)=91.872, p<.0001	

* De percentages unmet need werden berekend ten aanzien van het totale aantal inwoners en niet ten aanzien van de proportie stoornissen. Dit geldt eveneens voor de proportie in behandeling. Het is dus belangrijk om de mate van unmet need in deze oefening te interpreteren in verhouding tot de bevolking en niet enkel tot de zorgbehoevenden.

Om de voorgaande vaststellingen op provinciaal vlak beter te kunnen verklaren, gaan we in een aantal studiegebieden dieper in op de zorgbehoefte (op basis van de prevalentiecijfers van psychische stoornissen), het zorggebruik (de proportie mensen met een psychische stoornis in behandeling) en de mate van onevenwicht tussen beide (unmet need). Deze studiegebieden zijn de regio's waarvoor de ESEMeD-studie cijfers ter beschikking heeft. De cijfers hier gerapporteerd zijn geëxtrapoleerd voor 2011 (tabel 21).

- ZORGBEHOEFTTE (proportie psychische stoornissen):

De hoogste *proportie* psychische stoornissen zien we in Mechelen (14.9%), met op de tweede plaats Dendermonde (14.5%). Gent en Antwerpen scoren beide ongeveer 13%. Deze vier steden kennen een duidelijk hogere proportie psychische stoornissen dan de andere studiegebieden en bepalen mee de hoge behoefte aan zorg in de provincies Antwerpen (13%) en Oost-Vlaanderen (9.7%).

- ZORGGEBRUIK (proportie in behandeling):

Het percentage personen met een psychische stoornis die effectief in behandeling is, is het hoogste in Mechelen (9.4%). Ook in Dendermonde, waar men een hoge prevalentie psychische stoornissen kent, ligt de proportie behandelden hoog (9.1%) terwijl in Brugge, met een gemiddeld voorkomen aan psychische stoornissen, het minste aantal personen in behandeling is; slechts 0.1%.

- UNMET NEED:

Unmet need staat voor het aandeel zorgbehoevenden dat geen zorg krijgt/zoekt. Tussen de verschillende studiegebieden zien we duidelijke en significante verschillen in deze onvervulde zorgbehoefte. In Hasselt vinden we de laagste mate van unmet need, namelijk slechts 0.8%.

Antwerpen en Gent kennen dan weer de hoogste mate van unmet need: 9.1% en 11.2%, respectievelijk.

Enkele mogelijke verklaringen voor deze hoge onvervulde zorgbehoefte worden hier opgelijst:

- Hoogdrempeligheid van CGG: hoewel een groot aantal mensen met een psychische stoornis kampt, wordt de stap naar de hulpverlening niet gemakkelijk gezet. Bijvoorbeeld door onvoldoende bekendmaking en sensibilisering.
- De impact van grootstedelijke problematieken zoals armoede, vereenzaming, vervreemding, gevoel van afstand en onbereikbaarheid...
- Het relatief kleinere zorgaanbod in de provincie Antwerpen, zowel op bevolkingsniveau als op niveau van de zorgbehoevenden, ten opzichte van het grote aantal zorgbehoevenden in de bevolking (13%).
- ...

Hoofdstuk 4

Beleidsaanbevelingen

Kort samengevat leiden de vaststellingen van dit onderzoek tot volgende conclusies:

- In de grootsteden Gent en Antwerpen is er nood aan meer VTE's/ een hogere VTE-inzet.
- De uitbreiding van de personeelsinzet kan best gekoppeld worden aan een kritische analyse van de wijze waarop het huidig aanbod georganiseerd is
- Gezien de correlatie leeftijd en unmet need die men ziet in de groep jongvolwassenen, dient men meer aandacht te besteden aan deze groep.
- In de regio's waar mensen het moeilijk vinden om passende hulp te vragen, dient men bij de uitbouw van GGZ voorzieningen meer aandacht te hebben voor de drempels naar zorg.

Op basis van deze conclusies formuleren de onderzoekers een aantal aanbevelingen voor het beleid rond programmatie en voor het GGZ-beleid in het algemeen.

2 Aanbevelingen over de programmatie van de GGZ-voorzieningen

Op basis van deze studie zijn de onderzoekers van mening dat het aanbod van GGZ-voorzieningen in de stedelijke gebieden (Antwerpen en Gent) best met prioriteit kan uitgebreid worden. Ook het aanbod van GGZ-diensten voor adolescenten en jongvolwassenen dient prioriteit te krijgen bij volgende uitbreidingsmogelijkheden.

Het feit dat de caseload in de CGG zo verschillend is tussen de regio's en dat een lagere caseload voorkomt in de regio met de meest negatieve attitude ten aanzien van de GGZ alsook van informele hulp voor psychische problemen, laat vermoeden dat de CGG in deze regio personen over de vloer krijgt in een later stadium van de problematiek, waardoor men meer tijd voor een behandeling nodig heeft (zie tabel 14 en 20). Vanuit deze redenering stellen we voor dat er in deze regio meer wordt geïnvesteerd in GGZ-functies die in een vroeger stadium - minder beladen met stigma- en dichter bij de burger kunnen tussenkomen. De eerstelijnspsycholoog, geestelijke gezondheidspromotie in scholen en e-mental health projecten zijn hier voorbeelden van.

3 Aanbevelingen voor de toekomst

Er is nood aan een epidemiologisch onderzoek in Vlaanderen om valide uitspraken te kunnen doen over de prevalentie van psychische stoornissen. Deze studie is nodig om objectieve parameters te bepalen waarop de programmatie van de CGG en van de GGZ in het algemeen kan gebaseerd worden.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan de Vlaamse overheid aan de CGG regionale cijfers aanleveren. Deze regionale cijfers vormen samen met de cliëntregistratiegegevens (over zorggebruik) en een analyse van het ruimere regionale CGG-aanbod, de basis voor de omgevingsanalyse die zij in het kader van de opmaak van het beleidsplan dienen uit te voeren. Zulke cijfers kunnen tevens de basis vormen om op regionaal niveau afspraken te maken over hoe het CGG-aanbod past binnen het ruimere aanbod in de regio. Gegeven de sterke maatschappelijke evoluties is het o.i. onaanvaardbaar dat men zich voor het bepalen van GGZ-behoefte in 2013 moet beroepen op data uit 2001.

Er is nood aan een sectoroverschrijdende, betrouwbare en valide registratie binnen de GGZ. Deze registratie dient o.i. niet alleen de kenmerken van de gebruiker en zijn zorgbehoeften en vragen te bevatten, ook het zorggebruik dient op een systematische wijze geregistreerd te worden zodat men op ieder tijdstip voor een cliënt of patiënt exact kan nagaan welke zorg - en in welke dosering - feitelijk is gebruikt. Dit zal toelaten om de zorg meer te oriënteren naar evidence based practices en om een meer professionele samenwerking binnen de GGZ-netwerken te realiseren. We verwijzen naar RAI community mental health als een voorbeeld van een wetenschappelijk gevalideerde registratie- en monitoringtoolkit die toelaat over de grenzen van voorzieningen en sectoren heen betrouwbare gegevens te bekomen.

De inspanningen om psychische problemen van jongvolwassenen te voorkomen, detecteren, diagnosticeren en te behandelen, worden best versterkt. De toegankelijkheid van de zorg is zowel qua stijl als type van aanbod een probleem voor deze doelgroep. Jongvolwassenen worden mogelijks beter bereikt via andere kanalen zoals e-mental health tools.

Referenties

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (red.) (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. Leuven: Acco.

Metaforum Leuven: *Het toenemend gebruik van psychofarmaca* (maart 2010). KU Leuven.

Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N. & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.

Slade, M., Thornicroft, G., Grover, G. & Tansella, M. (2011). *Measuring the needs of people with mental illness*. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 80 – 86.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press, p. 50.

Verdeyen, V., Put, J. (2011), *Het overheidsinstrumentarium in de zorg*. Leuven: Steunpunt WVG.

Bijlage

Verslag expertenpanel onderzoek behoefte aan GGZ (10 oktober 2013)

Verslag

Titel:	Expertenpanel
Datum, uur:	10-09-2013, 18.30 – 21.30 uur
Plaats:	LUCAS
Aanwezig:	N. Boffin, R. Bruffaerts, B. Cools, P. De Bock, J. De Clercq, K. Hermans, A. Moens, K. Oosterlinck, G. Pieters, G. Puiters, Ch. Van Audenhove, J. Van Speybroeck, S. Vanclooster, J. Vanderhaegen, Y. Wuyts
Verontschuldigd:	J. Pauwels

Agenda :

- 1. Welkom door Prof. Dr. Ch Van Audenhove**
 - a. Toelichting doel expertenpanel
 - b. Situering van het onderzoek
 - c. Vraagstelling van het onderzoek
 - d. Onderzoeksopzet
- 2. Toelichting resultaten ESEMeD-studie door Prof dr R Bruffaerts**
- 3. Toelichting resultaten 'relatie zorgbehoeften en GGZ-aanbod' door Prof dr K Hermans**
- 4. Discussieronde: expertenpanel**

Expertenpanel onderzoek 'Behoeftte aan GGZ':

Belangrijkste bedenkingen en aanbevelingen

De discussie over de onderzoeksbevindingen werd tijdens het expertenpanel gestructureerd aan de hand van vijf vragen. We clusteren de belangrijkste bevindingen per vraag. We sluiten af met een aantal overkoepelende conclusies.

Vraag 1: Welke vragen en inzichten roepen deze cijfers over prevalentie bij u op?

De visie op programmatie

Een expert wijst op de specifieke invulling van programmatie die in dit onderzoek wordt gehanteerd, namelijk hoe het zorgaanbod op dit moment is gespreid en niet wat het wenselijk aanbod zou zijn. Een andere expert merkt dan weer op dat men in dit onderzoek vertrekt van de actuele situatie, namelijk hoe is het zorgaanbod op dit moment gespreid? Als men dit verder zou doortrekken kan dit gaan over herverdeling van armoede. Naar modellen toe is het belangrijk om zicht te krijgen op de kloof in verdeling van zorgaanbod. We weten dat geen enkele provincie een overaanbod heeft. Maar indien we ervan uitgaan dat we in Vlaanderen gemiddeld genomen aan de ondergrens zitten wat betreft zorgaanbod, kan men zich de vraag stellen welk verschil men zou zien indien men de zorgbehoefte wél op een ideale manier zou invullen?

In het kader van programmatie en (her)verdeling van middelen wordt ook nog opgemerkt dat men in 2000 reeds de vraag stelde of dit nodig is? Geen enkele provincie heeft namelijk een overcapaciteit. Alle provincies komen tekort, de ene al wat meer dan de andere. Nu herverdelen heeft dan ook geen nut, volgens een deelnemer. Wel moet men rekening houden met het uitbreidingsbeleid en moet men vanuit een bepaalde filosofie vertrekken: "Waar willen we naartoe?" Een expert geeft aan het niet eens te zijn met voorgaande redenering. Een uitspraak over programmatie is enkel mogelijk wanneer men per regio het globale plaatje in kaart brengt en hierbij alle GGZ maar ook partners hierbuiten in rekening brengt, maw een omgevingsanalyse uitvoert per regio: Welk aanbod is per regio aanwezig en wie neemt welke taak op, hoe ziet de samenwerking eruit tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn, heeft men nood aan meer 2^{de} en 3^{de} lijns, GGZ?

De onderzoekers wijzen erop dat ze ook de omgevingsanalyses van de CGG onder de loupe hebben genomen (o.a. in het kader van het beleidsplan) en de manier waarop de CGG op gefundeerde wijze nadenken over enerzijds de mogelijke zorgbehoefte in de regio die ze moeten bedienen en anderzijds over hoe het aanbod functioneert en hoe beiden zich verhouden. Bijzondere aandacht hebben we besteed aan de wijze waarop CGG De Pont een model heeft uitgewerkt om de verdeling van middelen binnen de eigen regio te bepalen.

Prevalentie van stoornissen en unmet need

Men stelt de vraag of men ervan uit moet gaan dat een zorgvraag ook effectief een zorgnoed impliceert? Zo zijn er bepaalde klachten die geen behandeling nodig hebben. In het kader van het spontaan herstel van mensen met een psychische aandoening (1/3) moet men volgens één expert de de cijfers over unmet need dan ook relativieren. Echter, benadrukt Prof. Bruffaerts, dient men in het achterhoofd te houden dat de definitie van unmet need in de ESEMeD-studie eveneens werd toegepast op 2 stoornissen, wat relevant bleek.

Er wordt opgemerkt dat men in het model niet enkel rekening moet houden met de prevalentie van aandoeningen, maar ook met de ernst van de aandoening en de hieraan gerelateerde zorgbehoefte. Bovendien zouden ook zorgmijders (mensen met een zorgbehoefte die geen zorg vragen) in het model moeten worden opgenomen. Deze situatie is helaas onmogelijk. Prof Dr R Bruffaerts: *“Om een totaalvisie te krijgen van het beleid is er geen model beschikbaar waarin je al deze specifieke parameters kan includeren. Dit maakt dat het huidige gebruikte model in dit onderzoek momenteel het meest volledige en dus ook meest bruikbare model is.”* Bovendien is het statistisch onmogelijk om valide cijfers te produceren over ernstige psychiatrische aandoeningen die weinig voorkomen.

Ter verduidelijking van de prevalentiecijfers benadrukt men dat het in dit onderzoek niet gaat over zelfbeschrijving, maar over prevalentie gedefinieerd als een gediagnosticeerde stoornis, op basis van evidence-based instrumenten, gebaseerd op de DSM-IV. Hierbij aansluitend komt de vraag of de gezondheidsenquête ook is opgenomen in dit onderzoek. Dit is niet het geval, omdat In de gezondheidsenquête gaat het enkel om gerapporteerde gezondheid welke we enkel kunnen beschouwen als een indicatie van onwelbevinden. De gegevens van de ESEMeD-studie daarentegen zijn de enige gegevens die wel een indicatie kunnen geven van psychische stoornissen in België en Vlaanderen. Bovendien strekt de ESEMeD-studie zich uit over 27 landen wat maakt dat er voldoende vergelijkingsmateriaal voorhanden is om te projecteren op onze eigen Belgische gegevens.

De relatie tussen unmet need en zorgaanbod

Er komt een bedenking omtrent de rol van de CGG met betrekking tot unmet need. Wanneer men spreekt over unmet need maakt men namelijk dadelijk de sprong naar de CGG. Dit lijkt te impliceren dat de CGG de enige partner zijn die verantwoordelijk zijn voor unmet need, terwijl in de definitie van unmet need ook de huisarts, mantelzorger, pastoor etc zijn opgenomen. De onderzoekers wijzen erop het zo dat de stoornissen die in de ESEMeD-studie bevestigd worden typische tweedelijns problematieken zijn die op een CGG behandeld kunnen worden. Maar het is natuurlijk niet de exclusieve bevoegdheid van deze instantie. Op basis van deze bemerkingen merkt één expert op dat een aanbeveling van deze studie zou kunnen zijn om de huisartsenopleiding aan te passen zodat huisartsen deze problematieken beter kunnen detecteren en mogelijks ook behandelen. Dit is een oplossing voor unmet need die geen tussenkomst van de CGG vereist.

De relatie tussen prevalentie (vraag) en zorgaanbod

Ter inleiding wordt de methodologie van het tweede deel van dit onderzoek geschetst. Er is vertrokken van het aantal personen met een gediagnosticeerde stoornis per provincie (op basis van de schattingen uit de ESEMeD-studie) ervan uitgaande dat zij de doelgroep vormen voor de CGG. Indien we vervolgens kijken naar hoe het huidig aanbod is verdeeld over Vlaanderen en dit afzetten ten opzichte van deze populatie, dan zien we verschillen in de huidige programmatie. Een belangrijk punt hierbij is dat in dit onderzoek de zorgbehoevenden niet gelijk zijn gesteld aan de mensen met unmet need, maar aan personen met een gediagnosticeerde stoornis (op basis van de ESEMeD-bevraging). Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van 2 databestanden: de ESEMeD-data en de data van het CGG-aanbod in Vlaanderen (afkomstig van Agentschap Zorg en Gezondheid). In deze studie gaat het bovendien over de stedelijke gebieden waarin de data van ESEMeD voldoende representatief waren om extrapolaties te kunnen maken. Om deze reden zijn er enkele centrumsteden niet opgenomen.

Er wordt opgemerkt dat men binnen dit onderzoek te maken heeft met geëxtrapoleerde data van 2001 en men bij de interpretatie van de gegevens dus de nodige nuancering in acht moet nemen. Er is sinds 10 jaar al veel veranderd in het CGG aanbod en in hoe de CGG functioneert en rekening houdend met deze evolutie zijn er al heel wat correcties gemaakt op de data. Maar toch blijven we te maken hebben met een pseudo-replicatie en baseren we ons op een schatting. Om dit te omzeilen merkt het onderzoeksteam op dat het aangewezen is om een nieuwe (populatie)studie uit te voeren, waarbij een expert suggereert om ook kinderen en jongeren te betrekken. Beleidsmatig blijft het belangrijk de demografische evolutie in rekening te nemen. Ook mag men de geografische verschillen die uit deze

studie naar boven komen niet negeren. Zo kan worden nagedacht om per werkingsgebied de interactie tussen vraag en aanbod te onderzoeken. Op deze manier kan men het verschil in de bereikte populatie per werkingsgebied nagaan en mogelijks de geografische verschillen die uit deze studie naar boven komen, beter verklaren. Om in dit model rekening te houden met de responsabilisering kan het bovendien nuttig zijn om het organisatiemodel van de CGG, zowel centraal als decentraal, mee te betrekken in het onderzoek.

Vraag 2: Leeftijd en grootstedelijke context zijn de 2 belangrijkste voorspellers voor unmet need: hoe kijkt u naar deze resultaten?

Men is niet verbaasd over de **grootstedelijke problematiek**, namelijk dat de unmet need hoger is in de grootsteden. Eén expert wijst op het bestaan van een oorzakelijk verband (grootstedelijkheid speelt namelijk een belangrijke rol in het ontstaan van psychoses) waardoor de cijfers waarschijnlijk een onderschatting zijn.

Naast de grootstedelijke impact stelt men zich de vraag of er een **culturele factor** speelt? Zo geeft men aan dat het interessant zou zijn om binnen dit onderzoek het aandeel allochtonen versus autochtonen in rekening te nemen. Het onderzoeksteam reageert dat er enkel gegevens over de nationaliteit beschikbaar zijn in het EPD, maar deze niet aan een kwaliteitscontrole zijn onderworpen door het AZG.

Men is eveneens niet verbaasd over de **leeftijdfactor** die speelt- meer bepaald de hoge mate van unmet need die men ziet in de groep jongvolwassenen (18-25 jarigen) - omdat deze vaststelling overeenkomt met het moment waarop majeure ziektebeelden ontstaan. Ook uitstel van de hulpvraag binnen deze populatie is een mogelijke verklaring. Verder wordt deze groep, onder andere door de organisatie van de hulpverlening, vaak te weinig gezien.

Omgekeerd had men bij de groep van ouderen een hoge mate van unmet need verwacht, gezien de opmars van psychische problemen in deze groep. Dat juist het tegendeel uit deze cijfers naar boven komt, kan volgens Prof. Bruffaerts verklaard worden door het feit dat de diagnostische tests en vragenlijsten rond psychische stoornissen niet aangepast zijn aan de doelgroep van ouderen en dat deze groep de symptomatologie minder benoemen waardoor er sprake van onderdetectie zou kunnen zijn. Beleidsmatig kan men hier besluiten dat de demografische evolutie belangrijk blijft in dit onderzoek.

Vraag 3: Hoe verklaart u de verschillen tussen de provincies?

Binnen de groep bestaat er consensus over het feit dat men op dit moment geen uitspraken kan doen over de verschillen tussen de provincies, zolang men onder het ambulante zorgaanbod niet alle

zorgvoorzieningen heeft opgenomen. Het zou goed zijn mocht het beddenaanbod herberekend worden in termen van VTE's en dit vervolgens worden ingebracht in de simulaties.

Ook komt de opmerking dat het moeilijk is om op niveau van stedelijke gebieden goede data te bekomen en uitspraken te doen aangezien Vlaanderen op zich al klein is. Om een goede interpretatie van de gegevens over geografische spreiding mogelijk te maken dient men een belangrijke parameter in acht te nemen, namelijk de afstand die een cliënt moet afleggen om de zorg te bereiken. Deze parameter is nu niet opgenomen in de analyses. In dit opzicht merkt men op dat de data van Oost-Vlaanderen en Antwerpen verrassend zijn. In tegenstelling tot het gecentraliseerd zorgaanbod dat men in beide steden kan vaststellen, ziet men 2 blinde vlekken met hoge mate aan unmet need...

Als mogelijke verklaring voor het fenomeen in Limburg suggereert men een goede toeleiding van zorg. Ook een goede uitstroom kan hier aan de basis liggen.

Vraag 4: Programmatie baseren op zorgbehoeften: hoe kan dit het best gebeuren?

Men merkt op dat, doordat de programmatie in dit onderzoek gebeurt op basis van prevalentiecijfers en niet op basis van zorgbehoefte (hier omschreven als het wenselijk aanbod), men een grotere scheeftekening ziet dan initieel verwacht.

Een aanbeveling hier kan zijn om de programmatie gefaseerd door te voeren om de scheeftekening geleidelijk aan weg te werken. Zo zou men al kunnen corrigeren voor de huidige verdelingsparameter (zijnde bedrag per inwoner) en zien wat de gevolgen van die correctie zijn. Een programmatie louter baseren op prevalentiecijfers is nog ingrijpender, maar ook problematischer. Hierbij aansluitend suggereert een andere expert om sowieso als eerste uitgangspunt de programmatie te linken aan de demografische situatie, omdat dit voorlopig het meest zekere is. Zo kan men eraan denken om eerst te corrigeren voor bewonersaantal, vervolgens demografische correcties toe te passen en in derde instantie pas prevalentiecijfers erbij te betrekken. Wel volgt de opmerking dat men dit model in Nederland heeft toegepast maar men hier van is teruggekomen omdat dit niet valide genoeg bleek. Er speelden nog vele andere factoren mee.

In het kader van programmatie blijft de belangrijkste opmerking dat dit beleidsaanbevelingen op basis van dit onderzoek momenteel niet valide zijn, aangezien niet alle data beschikbaar zijn. De vraag is dan ook wat men wél al kan doen met de data en tijd die men heeft? Experts geven aan duidelijk ongerust te zijn over het feit dat men met deze data niet met de nodige omzichtigheid zoals op dit expertenpanel zou omgaan. Dit onderzoek biedt maar een halve houvast en men zou de resultaten kunnen gebruiken alsof het de standaard is...

Een goede aanbeveling om programmatie mogelijk te maken lijkt dan ook om per regio een omgevingsanalyse uit te voeren waarin men alle GGZ maar ook partners hierbuiten in rekening brengt.

Ook komt de suggestie om op basis van een steekproef de zorgtrajecten voor vaak voorkomende psychische stoornissen in kaart te brengen en vervolgens binnen deze zorgtrajecten na te gaan welk segment een residentieel, ambulante, ... aanbod betreft. Het onderzoeksteam merkt op dat dit een goed voorstel is, doch zal op basis van de schatting het zorgtraject zo breed en heterogeen zijn dat het maken van een gemiddelde waarschijnlijk nietszeggend wordt.

Eveneens wordt opgemerkt om rekening te houden met segmentering en met de zorgfuncties binnen de CGG. Men dient hierbij ook te kijken naar de selectie die de CGG maakt in de populatie die ze wenst te bedienen. Wat is gespecialiseerde en wat niet-gespecialiseerde GGZ? Worden deze aspecten van de GGZ ingevuld in de CGG of elders? Welke expertise is er binnen de CGG en hoe groot is ze? Welke variatie kunnen de CGG realiseren in hun zorgpersoneel? Impliceert elke zorgvraag ook effectief een zorgnood? Bovendien moet er gewerkt worden aan optimale begeleiding naar zorg na een zorgvraag. Hierin spelen de CGG een rol, maar vooral het overleg tussen de zorgverleners is hier van belang.

Ook de samenstelling van de cliëntenpopulatie wordt aangehaald als een belangrijke factor waarmee men rekening moet houden bij het ontwikkelen van een programmatiemodel. Ook case load dient in rekening te worden genomen. Men mag niet enkel uitgaan van het aantal zorgvragen, ook de intensiviteit van de vraag en duur van de behandeling bepalen mee de case load. De dossiergegevens van de CGG en verplichte registraties binnen de CGG worden nog steeds te weinig gelinkt. Nochtans zou dit interessante info opleveren over de caseload. Een andere oplossing is beroep te doen op het IMA of het doorvoeren van een permanente steekproef van de bevolking. Een derde mogelijkheid is om vanuit de permanente registratie het zorggebruik in euro per regio weer te geven. Dit is een mogelijke invalshoek die relatief makkelijk haalbaar is.

Vraag 5: Grootstedelijke problematiek en diversiteit

Er wordt herhaald dat het een interessante vraag is of we daadwerkelijk zicht hebben op de mate waarin personen van een etnisch-culturele minderheid gebruik maken van het CGG-aanbod. Aan Zorg en Gezondheid is gevraagd of deze gegevens via het EPD kunnen aangeleverd worden. Volgens AZG zijn enkel gegevens over nationaliteit beschikbaar zijn. Er is echter geen zicht op de kwaliteit, aangezien deze niet aan een kwaliteitscontrole zijn onderworpen.

Los van de interculturele diversiteit wordt de vraag gesteld of de grootsteden mogelijks geen andere populatie aantrekken. Vermoedelijk ziet men hier een grotere groep zorgmijders (de vraag is dan nog of ze in deze cijfers zichtbaar zijn) met een grotere mate van unmet need. Een andere mogelijke verklaring voor de grootstedelijke problematiek is het frequenter voorkomen van alleenstaanden en eenoudergezinnen, bij wie men ook een grotere zorgnood opmerkt.

Wel dient opgemerkt te worden dat in statistische modellen van de ESEMeD-studie steeds zoveel mogelijk gecorrigeerd is voor sociodemografische variabelen (in een steekproef van 1600 personen werd gecorrigeerd voor 160 variabelen). Uit het meest ideale model bleek enkel leeftijd een invloed te hebben op de mate van unmet need. Indien we op basis van dit gegeven suggesties willen doen naar accenten die de CGG best leggen, en we hierin verschillen per regio wensen te leggen, is een goed uitgevoerde omgevingsanalyse op niveau van de werkingsgebieden nodig. Om dit proces te vergemakkelijken heeft men nood aan een goede basisfiche op niveau van Vlaanderen met alle gegevens die men wenst te registreren en centraliseren. Indien men deze oefening kan optillen naar regio-niveau en niet enkel op CGG niveau, wordt het een collectieve oefening die meer haalbaar is.

Belangrijke conclusies van het expertenpanel

De keuze voor de prevalentiecijfers

We hebben recente prevalentiecijfers nodig voor alle leeftijden, maar we mogen onze programmatie hier niet alleen op baseren. We hebben in dit onderzoek te maken met geëxtrapoleerde data, met een pseudo-replicatie van de werkelijke situatie, we baseren ons op een schatting. Een nieuwe (populatie)studie kan dit probleem oplossen.

De visie op unmet need

In het kader van unmet need en de definitie hiervan is er een grote nood aan een meer geactualiseerd inzicht in bepaalde belangrijke concepten, namelijk 'wat is prevalentie van psychische problematiek?', 'Wat zijn de noden en zorgvragen en hoe actualiseert zich dat ten opzichte van wat we aanbieden?' Bovendien, wanneer men over het organisatorisch niveau gaat spreken, moet men goed vastleggen over wat men spreekt: wat is het zorgaanbod? Weten we genoeg over de zorgvraag? En wat we leren uit de diversiteit die er tussen de regio's bestaat? Bovendien dient men eveneens rekening te houden met wat de indicatoren van een goed zorgnetwerk juist zijn?

De relatie tussen unmet need en zorgaanbod

Men moet in rekening nemen dat de CGG niet de enige partner is die verantwoordelijk is voor unmet need. Een oplossing voor unmet need die geen tussenkomst van de CGG vereist, is het beter functioneren van de eerste lijn, bijvoorbeeld door een betere training van huisartsen in het detecteren van psychische problemen. Er wordt voorgesteld om prioriteit te geven aan cijfers in verband met het huidige zorgaanbod, welke (althans methodologisch) makkelijker zouden moeten bekomen worden dan goede prevalentiestudies.

Leeftijd en grootstedelijke context als voorspellers voor unmet need

Men is verbaasd over de hoge cijfers voor Gent en Antwerpen. Bovendien is het onduidelijk welk effect de verkleuring heeft op prevalentie van stoornissen. Het zou in ieder geval interessant zijn om de mate van zorggebruik van mensen van een etnisch-culturele minderheid in kaart te brengen. Dit kan op dit moment niet worden nagegaan omdat de gegevens die beschikbaar zijn rond nationaliteit niet aan een kwaliteitscontrole zijn onderworpen.

De hoge mate van unmet need die men ziet in de groep jongvolwassenen (18-25 jarigen) kan mogelijks te wijten zijn aan de organisatie van de hulpverlening (complexe overgang tussen jeugdhulp en volwassenenhulp), wat beleidsmatige implicaties heeft. In de groep van ouderen ziet men dan weer een hogere prevalentie van psychische problemen en een grotere mate van unmet need dan de cijfers doen vermoeden.

Mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de provincies

De verschillen tussen de provincies worden bevestigd, maar men kan momenteel geen uitspraken doen over de oorzaken hiervan, zolang men niet de interactie tussen het CGG-aanbod en de andere GGZ-voorzieningen in beeld brengt. Een aanbeveling is om het beddenaanbod te herberekenen in termen van VTE's en dit vervolgens in te brengen in de simulaties.

Programmatie baseren op zorgbehoeften: hoe doet men dit best?

Er is in de eerste plaats nood aan actuele prevalentiecijfers voor alle leeftijden. Dit is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde om te komen tot een valide programmatie. Programmatie is enkel mogelijk wanneer men per regio het globale plaatje in kaart brengt en hierbij alle GGZ maar ook partners hierbuiten in beeld brengt, m.a.w. prevalentiecijfers moeten altijd gecombineerd worden met een goed uitgevoerde omgevingsanalyse op regio-niveau. Deze gegevens worden best ook aangevuld met wetenschappelijk onderzoek naar de zorgtrajecten.

Grootstedelijke problematiek

De grotere mate van unmet need in de grootsteden kan onder andere verklaard worden door de aanwezigheid van een grotere groep zorgmijders en het frequenter voorkomen van alleenstaanden en eenoudergezinnen in grootsteden, bij wie men een grotere zorgnood opmerkt maar welke zelden om hulp vragen. Indien we suggesties willen doen naar accenten die de CGG's best leggen, en we hierin verschillen per regio wensen te leggen, is een goed uitgevoerde omgevingsanalyse op niveau van de werkingsgebieden nodig. Men suggereert hiertoe een goede basisfiche op te stellen met epidemiologische gegevens voor Vlaanderen en voor de regio's.