

## 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.