

# De mythes voorbij

Het public health perspectief  
als leidraad bij hervormingen  
in de geestelijke gezondheidszorg

**zorg net**

ICURO

## Colofon

**Redactie:** Prof. dr. Ronny Bruffaerts

**Eindredactie:** Filip Decruynaere, Lieve Dhaene, Gorik Kaesemans

D/2021/12067/1

ISBN: 9789491323386

©2021 Zorgnet-Icuro

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

**Citeren als:**

Bruffaerts, Ronny. 2021. *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg.* Zorgnet-Icuro.

**Zorgnet-Icuro vzw**

Guimardstraat 1

1040 Brussel

post@zorgneticuro.be

www.zorgneticuro.be

# De mythes voorbij

Het public health perspectief  
als leidraad bij hervormingen  
in de geestelijke gezondheidszorg



## Woord vooraf

*Meer dan tien jaar geleden startte de geestelijke gezondheidszorg in ons land met een grondig transformatieproces. Het gaat om een langdurig en ingrijpend veranderingstraject dat de zorg dichterbij de patiënt moet brengen en die patiënt ook meer aan het roer van zijn zorg wil zetten. Maar welke criteria hanteren we om de voortgang van de hervormingen te evalueren? En zijn die criteria op wetenschap gebaseerd? Of zijn ze gebaseerd op veronderstellingen, op vastgeroeste geloofsovertuigingen? En wat is de impact als we blijven vasthangen aan die mythes? Blijven we dan niet te veel dezelfde platgetreden paden bewandelen die ons verhinderen nieuwe wegen te ontdekken?*

Zorgnet-Icuro is van mening dat we een onderbouwde benadering nodig hebben om naar geestelijke gezondheid te kijken. Bij het opzetten en uitvoeren van hervormingen mogen we ons niet laten leiden door veronderstellingen maar wel door wetenschappelijke evidentie. Een benadering vanuit het public health perspectief is een dergelijke wetenschappelijke benadering.

Het public health perspectief kijkt naar het grotere plaatje van psychische stoornissen in het geheel van de bevolking, zowel naar diegene die ziek zijn als

diegene die zich gezond voelen, van de pasgeborene tot de honderdjarige. Hoe vaak komen stoornissen voor? Wat zijn langetermijneffecten, voor het individu maar ook voor de samenleving? Hoe, waar en bij wie zoeken personen met psychische stoornissen hulp? Hoe kunnen we stoornissen vroeger detecteren en op tijd adequate hulp bieden?

De public health benadering legt sterk de nadruk op het vóórkomen (de prevalentie) en het voorkómen (de preventie) van geestelijke gezondheidsproblemen in de samenleving. Public health vertrekt niet van het bestaande aanbod van zorg- en welzijnsactoren, maar stelt de zorgbehoefte van zowel de individuele burger als van de globale bevolking centraal. Op die manier onderbouwt het public health perspectief krachtig het pleidooi voor meer investeringen in geestelijke gezondheid, zoals uit deze publicatie blijkt.

Het gebruik van het public health perspectief is niet nieuw. Het is een algemeen verworven denkkader dat gebruikt wordt als leidraad voor het vormgeven van het gezondheidszorgbeleid. Getriggerd door het gebruik van de principes van public health in de somatische zorg pleit Zorgnet-Icuro ervoor om het bredere perspectief van de public health op

een meer doorgedreven manier te hanteren om de psychische noden in de bevolking vandaag en morgen in kaart te brengen. Op die manier kunnen we er meer dan vandaag in slagen om het aanbod en de werking van psychische hulpverlening en preventie daadwerkelijk af te stemmen op de noden in de samenleving.

Met die doelstelling voor ogen gaf Zorgnet-Icuro de opdracht aan prof. Ronny Bruffaerts om het onderzoek over de aanwezigheid van vaak voorkomende psychische stoornissen in de Belgische/Vlaamse populatie te bundelen en van hieruit de nood aan ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen. Heel vaak benoemen de media het probleem van de lange wachttijden. Natuurlijk moeten we zorgen dat er zo weinig mogelijk wachttijden zijn. Zelden of nooit wordt de vraag gesteld - laat staan beantwoord - wat echt nodig is om die zorg af te stemmen op de behoeften van onze bevolking. Het pleidooi om de middelen voor de geestelijke gezondheidszorg te verhogen is niet nieuw, de datagestuurde onderbouwing van het besteden van die bijkomende investering wel.

Automatisch komt de ambulante en laagdrempelige zorg dan veel meer op de voorgrond. Dat gebeurt in aanvulling op meer intensieve vormen van geestelijke gezondheidszorg waarnaar de aandacht ging in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg van de afgelopen tien jaar. Vanzelfsprekend zal er ook altijd nood zijn aan zorg in een residentiële of een hooggespecialiseerde setting. Die zal bovendien nog verder intensifiëren. De impact van de public mental health benadering op de versterking van een meer laagdrempelige en ambulante psychische hulpverlening, dat is waar de focus in deze publicatie op ligt. We hopen met deze publicatie een *future proof* denkkader te kunnen aanreiken dat een stevig kompas biedt voor toekomstige beleidsopties in het domein van de geestelijke gezondheidszorg in ons land.

**Margot Cloet,**  
gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

# Inleiding

## Over klachten en stoornissen

De vijfjaarlijkse nationale gezondheidsenquête bij Belgische burgers evalueert de levenskwaliteit die mensen ervaren op basis van vijf dimensies. Eén van die dimensies is de aanwezigheid van depressieve en angstgerelateerde klachten. Een constante in de recentste versies van deze enquêtes is dat 1 op 3 bevroegden aangeeft met dit soort klachten te kampen. Vaak zijn die klachten een reactie op iets dat men meemaakt, bijvoorbeeld een relatiebreuk van zichzelf of hun ouders, het overlijden van een dierbare, het verlies van een job... Soms gaan die klachten na verloop van tijd vanzelf weer over of worden ze herleid tot een probleem waar “mee te leven valt”. Soms ook niet. Een schokkende gebeurtenis meemaken of slachtoffer zijn van bijvoorbeeld verwaarlozing, geweld, misbruik... blijven sterk nazinderen. Dan kunnen er psychische stoornissen ontstaan die soms pas vele jaren later merkbaar zijn of zich pas uiten op latere leeftijd.

Een psychische stoornis is iets anders dan een klacht. Bij een stoornis is het psychisch evenwicht langdurig verstoord met een negatief effect op het functioneren op diverse levensdomeinen, bijvoorbeeld de lichamelijke en psychische gezondheid, werk, sociale relaties, financiën, en staan sociale rollen als partner, ouder/kind, werknemer/leerling, collega, vriend, buur... onder zware druk.

Op jaarbasis heeft ongeveer 1 op 7 volwassenen (1 op 5 minderjarigen) een psychische stoornis. De complexiteit en ernst van de stoornissen kan ook verschillen: een sociale fobie heeft bijvoorbeeld een andere impact op iemands dagelijks leven dan een psychose. Bovendien komen de vaak voorkomende stoornissen, zoals depressie of verslaving, bij sommige personen samen voor. Dat heeft uiteraard implicaties op de behandeling. Zeer ernstige psychische stoornissen komen relatief weinig voor, zowat bij 1,7% van de totale bevolking. Ze behoeven wel intensieve gespecialiseerde zorg.

Als we kijken naar de totale bevolking en polsen naar ervaren **psychische klachten**, dan antwoordt **1 op 3** mensen positief op die vraag.

Op jaarbasis kampt ongeveer **1 of 5 minderjarigen** en **1 op 7 volwassenen** met een **psychische stoornis**.

Klachten kunnen zich ontwikkelen tot een stoornis. Niet elke stoornis is even complex. Voorbeelden van vaak voorkomende stoornissen zijn **angstproblematieken** (7% van de 18- tot 64-jarigen op jaarbasis), **stemmingsstoornissen** (6 à 7% van diezelfde leeftijdsgroep op jaarbasis) en **alcoholafhankelijkheid** (3% van de 18- tot 64-jarigen op jaarbasis).

**33% klachten**  
(laatste week)



**20% minderjarigen met psychische stoornis**  
(laatste jaar)



**15% volwassenen met psychische stoornis**  
(laatste jaar)



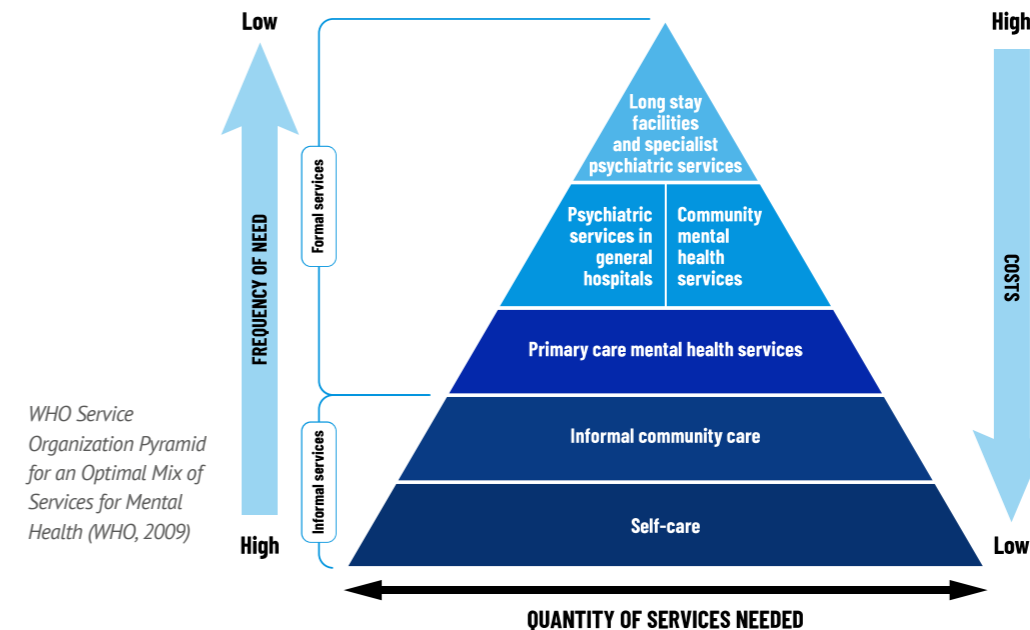
## Over zorgorganisatie en zorgvormen

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft nagedacht over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en stelt die voor in de vorm van een driehoek. Helemaal bovenaan de driehoek staan de langdurige en gespecialiseerde psychiatrische zorg. Van alle burgers zijn er het minst aantal burgers die nood hebben aan die zorgvormen. Ze kosten de maatschappij "per eenheid" wel het meest. Die zorg vinden we bijvoorbeeld in de residentiële behandelunits in de psychiatrische ziekenhuizen of de forensisch psychiatrische centra.

Iets lager in de piramide staan de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen en de *community mental health services* (ambulante ggz in de gemeenschap, bijvoorbeeld de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg). Daaronder staat de *primary care*. Dat is eigenlijk de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn (bijvoorbeeld aanbod in de schoolcontext bij

het CLB, de huisarts, in ontmoetingscentra...). Nog eens daaronder staat de informele zorg in de gemeenschap (vb. met vrienden in het verenigingsleven een babbel doen, sociale verbondenheid). Helemaal onderaan de driehoek staat de zelfzorg (vb. voldoende aandacht voor lichaamsbeweging, gezonde voeding, slaaphygiëne).

Niet voor elke psychische klacht is een professionele behandeling nodig. Mentale zelfzorg en eerste informele hulp vanuit de directe omgeving versterken vaak de veerkracht voldoende en zetten mensen terug op weg. Uiteraard is het daarbij belangrijk om goed in het oog te houden hoe lang klachten aanhouden, of meerdere klachten samen voorkomen, hoe lang iemand al met een cluster van klachten rondloopt.... Als dat het geval blijkt, kan eerste hulp bij psychische problemen nodig zijn om de stap te ondersteunen van informele naar meer formele zorg.



Stoornissen vereisen wel een behandeling om de levenskwaliteit op een aanvaardbaar peil te brengen of te houden. Maar hoe zit het eigenlijk met de behandeling van psychische stoornissen? Bevolkingsstudies tonen aan dat slechts ongeveer 43% van de volwassenen met een vaak voorkomende en behandelbare stoornis op jaarbasis professioneel wordt behandeld. Voor jongeren is dat slechts 31%. Op jaarbasis worden 7 op de 10 jongeren met een stoornis niet behandeld. Om een idee te geven: in Vlaanderen alleen gaat het jaarlijks naar schatting om 69.000 jongeren en 351.000 volwassenen die een psychische stoornis hebben maar niet worden behandeld.

Slechts een minderheid van de mensen met een psychische stoornis wordt op jaarbasis dus behandeld. Wanneer we die behandelingen van dichterbij bekijken, dan blijkt ook een minderheid een adequate behandeling te krijgen. Er bestaan vele definities en instrumenten om adequate behandeling voor psychische stoornissen te meten, maar ze tonen allemaal dat de meerderheid van de patiënten geen minimaal adequate zorg krijgen. Zo hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie het begrip **'MAT – Minimal Adequate Treatment'**. Als we die definitie gebruiken, dan zien we dat ongeveer een derde van de behandelingen voldoet aan MAT. Studies die andere definities hanteren komen trouwens tot analoge schattingen. Al die onderzoeken leiden tot de conclusie dat we kunnen spreken van een **onderbehandeling** van psychische stoornissen.

Als we de organisatie van onze zorg willen verbeteren, moet het beleid de capaciteit zo verhogen dat een groter aantal personen met psychische stoornissen gelijktijdig adequate zorg kunnen krijgen, en dat de juiste zorg bij de juiste patiënt terechtkomt. Op die manier moet een burger niet te lang wachten op hulp. Daarnaast moeten de ingestelde behandelingen adequater worden. Enkel zo kunnen we toegankelijke en kwaliteitsvolle psychische zorg aanbieden.

Al vele jaren horen we telkens dezelfde recepten om de behandelkloof te dichten. Ze komen vaak neer op een roep naar méér van hetzelfde, zoals méér ambulante en residentiële zorg in dezelfde zorgvormen. Die recepten klinken dan misschien wel goed in de oren, in de realiteit werken ze onvoldoende of niet. Zo toont internationaal onderzoek aan dat het aantal hulpverleners en het aantal bedden géén impact heeft op het verlagen van de toegang tot zorg voor patiënten die nooit eerder zorg zochten. Een oplossing voor het vraagstuk 'wat maakt dat mensen sneller hulp gaan zoeken als ze dat nog nooit eerder hebben gedaan?' zullen we dus niet vinden in eenvoudige oplossingen. Er is ook nog dat andere merkwaardige cijfer: ongeveer 11% van de mensen die een gespecialiseerde ambulante psychiatrische behandeling krijgt, voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis. Dat brengt ons bij een derde probleem van de geestelijke gezondheidszorg: *overmet need*, de **overbehandeling**<sup>1</sup>. Te vaak worden milde emotionele problemen hooggespecialiseerd behandeld. Een situatie die illustreert hoe onevenwichtig het systeem momenteel in elkaar zit.

## Over mythes en het belang om ze te doorbreken

Er circuleert een aantal hardnekkige mythes over de hulpverlening bij psychische stoornissen en hoe die te verbeteren. Die mythes zijn vaak niet op wetenschappelijke bevindingen gebaseerd, maar ze bepalen wel ons denken en handelen. Tegen beter weten in blijven we er ons hardnekkig aan vastklampen. Ze klinken vertrouwd en geven ons vertrouwen. Maar zonder het te beseffen blijven we hierdoor dezelfde paden bewandelen wanneer we nadenken hoe we een betere geestelijke gezondheidszorg kunnen vormgeven.

Net vanuit een public health perspectief willen we deze mythes in vraag stellen en doorbreken, dit aan de hand van harde epidemiologische gegevens over het voorkomen en de spreiding van psychische stoornissen in de totale bevolking. Hierbij is er aandacht voor zowel de individuele zorgvragers met hun specifieke aandoening als aandacht voor de noden van de hele bevolking. Public health brengt op het niveau van de hele populatie risicofactoren in kaart en onderzoekt hoe we die kunnen beïnvloeden of ermee omgaan. Dat perspectief houdt ook rekening met de socio-economische context en streeft naar kosteneffectieve evidence based interventies. Het doel is het realiseren van een maximale gezondheidswinst op lange termijn voor een zo groot mogelijk deel van de bevolking. Preventie, snellere detectie en vroegtijdige interventie komen dan meer in de scope dan vandaag standaard het geval is.

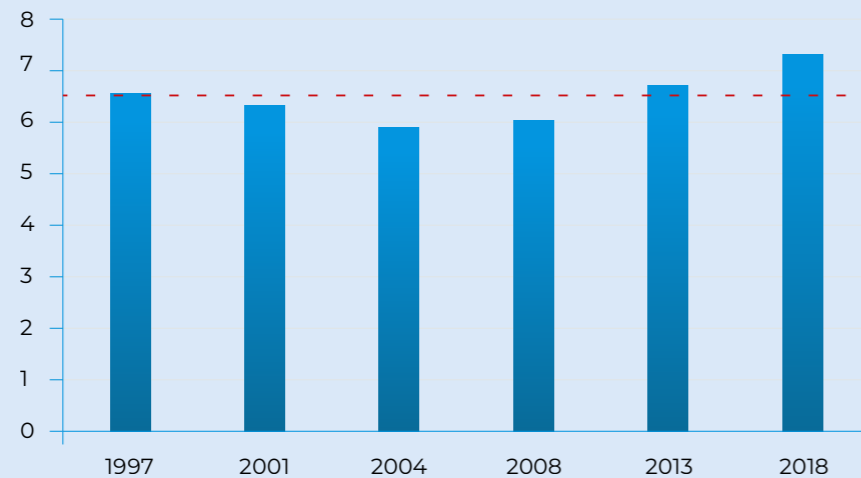
We trekken even een parallel met de somatische zorg, waar het public health perspectief al langer ingang heeft gevonden. Neem nu hartproblemen. Als de cijfers tonen dat het aantal mensen met cardiovasculair lijden in de bevolking hoog is, dan stelt niemand als enig zaligmakende oplossing voor om méér cardiologen op te leiden. Neen, op basis van wetenschappelijke evidentie stuurt het beleid aan op algemene bevolkingsbrede preventie. Met educatie, sensibilisering en gedragsverandering worden mensen ertoe aangezet gezonder te eten, meer te bewegen, bloeddruk en cholesterol beter in het oog te houden en vanaf een zekere leeftijd op geregelde tijdstippen een arts te raadplegen voor een fietsproef en een cardiogram. Uiteraard dient de gespecialiseerde somatische zorg bij hartfalen beschikbaar te blijven. Toegegeven, de moeilijkheidsgraad om preventie van psychische problemen te realiseren is hoger dan voor preventie van somatische pathologieën. Maar dat neemt niet weg dat we in de geestelijke gezondheidszorg vaak blijven denken vanuit achterhaalde schema's van méér behandeling.

In de pagina's die volgen proberen we de public health bril op te zetten om de psychische noden in de bevolking vandaag en morgen in kaart te brengen. Hiervoor moeten we eerst onze blik verruimen en een aantal veronderstellingen en mythes over geestelijke gezondheid(zorg) in Vlaanderen toetsen aan de bestaande wetenschappelijke kennis.

<sup>1</sup>Dit geldt niet enkel voor geestelijke gezondheidszorg: ook in andere zorgvormen is er sprake van overconsumptie van zorg. Denk maar aan medicatie of medical shopping.

## Mythe 1

Het aantal stoornissen is de jongste 20 jaar sterk gestegen



Prevalentie depressie 1997 – 2018, Nationale Gezondheidsenquête, Sciensano

**We hebben vaak de indruk dat het aantal psychische stoornissen de jongste jaren opvallend sterk stijgt. We lezen immers al jaren dat de wachtrijen voor psychische hulp toenemen. En we zien meer en meer initiatieven die hieraan iets willen doen. Ook steeds meer mensen met een angststoornis of een depressie 'outen' zich. Dat er vaak wordt gesproken over het bestaan van psychische stoornissen is eigenlijk normaal. Ze komen nu eenmaal vaak voor en mensen zoeken dikwijls onvoldoende of te laat hulp. Maar het lijkt alsof het voorkomen van die stoornissen heel sterk in de lift zit.**

Klopt dat ook? De cijfers voor de vaakst voorkomende stoornissen – de zogenaamde *common mental disorders* – spreken dat tegen. We hebben het dan over angststoornissen, stemmingsstoornissen en alcoholgebonden stoornissen. Eigenlijk blijft de aanwezigheid van die stoornissen in de bevolking vrij stabiel over de jaren heen. Zo schatten we het aantal mensen met een depressie in België sinds 1997 op 5 tot 7% van de bevolking. Van de jongeren tot 18 jaar heeft zowat 8% een *common mental disorder*. Bij de volwassenen van 18 tot 64 jaar is dat 13%. Bij de bevolking ouder dan 64 jaar heeft 6% een vaak voorkomende stoornis. We kunnen veronderstellen dat de prevalentie zal stijgen als een gevolg van de coronapandemie. Maar pasklare wetenschappelijk onderbouwde gegevens hierover zijn er nog niet.

Wanneer we bij die *common mental disorders* ook de ernstige psychische aandoeningen rekenen, dan liggen de cijfers uiteraard hoger. Bij volwassenen komen we dan uit op ongeveer 15% Belgen die op jaarbasis voldoen aan de criteria van een psychische stoornis. Maar ook die cijfers blijven door de jaren heen vrij stabiel voor de bevolking. Behalve voor jongeren: bij hen stijgt de kans op psychische stoornissen. Anno 2020 voldoet 1 op 5 kinderen en jongeren in België op jaarbasis aan de criteria van een psychische stoornis.

Ondanks de algemene perceptie is er dus bij volwassenen geen sprake van een over de tijd heen voortdurende systematische stijging van het aantal psychische problemen. Wel is er een grotere zichtbaarheid van psychische problemen in de samenleving. Denken we maar aan de media-aandacht voor mensen die langdurig niet kunnen werken wegens psychische problemen. Mensen zoeken ook steeds vaker hulp, waardoor we het gevoel krijgen dat de problemen almaar groter en ernstiger worden.

## Mythe 2

De psychische stoornissen die vandaag vaak voorkomen in de hulpverlening, zullen in de komende 5 jaar enorm sterk stijgen

**Unmet need:** niet-ingevulde zorgnood. We spreken van *unmet need* als een persoon voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de voorafgaande 12 maanden en die persoon géén toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg.

**Met need:** beantwoorde zorgnood. We spreken van *met need* als een persoon voldoet aan de criteria van een psychische stoornis in de voorafgaande 12 maanden én die persoon toegang heeft (gevonden) tot de professionele gezondheidszorg. Iemand die zich heeft

aangemeld maar wacht op een behandeling, valt in deze WHO-definitie onder *met need*. Bovendien wordt in deze definitie geen onderscheid gemaakt in de locatie, de mate van specialisatie of de kwaliteit van de aangeboden zorg.

**Overmet need:** patiënten zonder psychische stoornis die toch een behandeling krijgen.

**Minimal adequate treatment (MAT):** generische term die slaat op de mate van adequaatheid van een behandeling. Er bestaan hiervan verschillende definities en meetinstrumenten.

**Hoewel de prevalentie van de meest voorkomende psychische stoornissen min of meer stabiel blijft, hebben we toch het gevoel dat het aantal psychische stoornissen hand over hand toeneemt. Zoals bij mythe 1 uitgelegd, zijn daar een aantal redenen voor. Wat hier zeker ook meespeelt, is het hoge aantal noden dat onbeantwoord blijft, de zogenaamde unmet need.**

Waarover gaat dit? Zoals hierboven al uitgelegd spreken we van een *met need* of een 'beantwoorde nood' als de persoon met een psychische stoornis binnen het jaar toegang heeft gevonden tot de professionele gezondheidszorg. Die definitie is eigenlijk heel breed: een patiënt met een psychische stoornis die zich bijvoorbeeld heeft aangemeld bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, maar nog wacht op de start van het zorgtraject, wordt dan beschouwd als iemand met een *met need*. Zijn nood is dus (zogezegd) beantwoord, niettegenstaande de patiënt aan het wachten is op zorg. Bovendien wordt geen onderscheid gemaakt tussen de eerste lijn en de meer gespecialiseerde zorg. En ook over de duur of de kwaliteit van de behandeling zegt de definitie van *met need* helemaal niets.

*Met* en *unmet need* worden ingeschat op basis van populatie-onderzoek. Daarbij wordt een schatting gemaakt van de proportie personen in de algemene bevolking die voldoet aan de criteria van een psychische stoornis. Dat gebeurt aan de hand van *golden standard*-diagnosevragenlijsten die aanduiden of deze of gene persoon een psychische stoornis heeft of niet. Daarna wordt aan de respondenten

gevraagd of ze ooit in behandeling zijn geweest, en wordt ook gevraagd naar wat die behandeling precies inhield. Op basis van die datapunten kunnen zowel de *met need* (de persoon heeft een stoornis en wordt ook behandeld voor die stoornis), de *unmet need* (de persoon heeft een stoornis maar wordt niet behandeld voor die stoornis) als de *overmet need* (de patiënt heeft geen stoornis maar wordt toch behandeld) worden ingeschat op het niveau van de hele bevolking.

We spreken dus van *unmet need* of een 'onbeantwoorde nood' als een persoon met een psychische stoornis binnen het jaar geen toegang heeft tot de professionele gezondheidszorg. In Vlaanderen heeft bijna 70% van de jongeren met een psychische stoornis een *unmet need*; volwassenen en ouderen hebben een *unmet need* van ongeveer 57%.

Onze samenleving heeft de plicht om hoogwaardige zorg aan te bieden aan elke individuele patiënt. Tegelijk moeten we ernaar streven om de *unmet need* op populatieniveau – vandaag over alle leeftijden heen geschat op 60% van alle personen met een psychische stoornis – zo maximaal mogelijk terug te dringen.

Als we de huidige onbeantwoorde noden zien en we hebben bovendien (onterecht) het gevoel dat die noden sterk stijgen, dan is de verleiding (of het gevaar) groot ervan uit te gaan dat diezelfde noden de komende jaren nog sterk zullen toenemen. Hierboven toonden we al aan dat objectief gezien



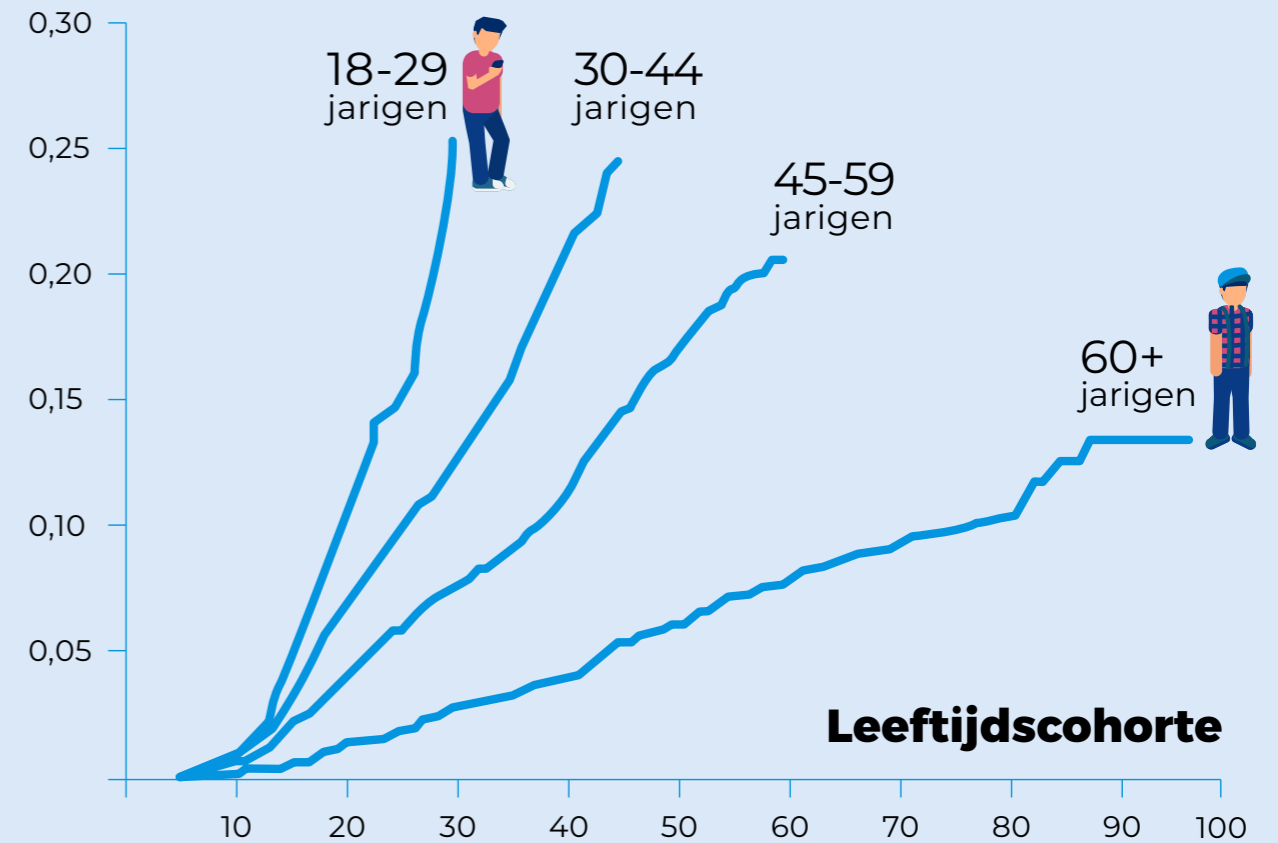
die noden in het algemeen niet aan het stijgen zijn. Verder is het helemaal niet duidelijk dat de zorgnoden in de toekomst van dezelfde aard zullen zijn. Als we cijfers en indicatoren diepgaander analyseren, dan is het waarschijnlijk dat sommige psychische stoornissen in aantal zullen toenemen, terwijl andere allicht stabiel zullen blijven of mogelijk zullen afnemen.

De zogenaamde 'cohorteffecten' hebben hierop een impact. Een cohort is een groep van mensen, een segment van de bevolking, meestal ingedeeld per geboortear. Als we een toekomstvoorspelling willen maken voor de prevalentie van psychische stoornissen, dan is het vooral nodig om te kijken naar de doelgroep van kinderen en jongeren. Welke ontwikkelingen zien we in die groep? En wat betekenen die evoluties bij kinderen en jongeren voor onze bevolking als we 5, 10 of 20 jaar vooruitkijken? Een eerste gegeven is dat een 20-jarige in 2020 een hogere kans heeft op een psychische stoornis in vergelijking met een 20-jarige in 2010, die op zich alweer een hogere kans heeft op een stoornis in vergelijking met een 20-jarige in het jaar 2000.

Binnen die verhoogde kans gaat het vooral over één specifieke groep van stoornissen: bij de meer recente leeftijdscohorten is er vandaag een hogere

kans op (het sneller ontwikkelen van) "externaliserende" stoornissen dan bij hun leeftijdsgenoten van dertig jaar geleden. Externaliserende stoornissen zijn stoornissen die te maken hebben met problemen inzake impulscontrole, bijvoorbeeld aandachts- en concentratiestoornissen, agressiegerelateerde stoornissen, *bingedrinking*, middelengebruik of eetstoornissen. We schatten de prevalentie van die stoornissen en signalen bij de huidige jongeren van 5 tot 18 jaar in België op 8 tot 13%. Dat is twee- tot driemaal hoger dan in de volwassen bevolking. Bovendien komen die stoornissen bij de jongeren vaak samen voor, waardoor die jongeren hogere én andere zorgnoden hebben dan de standaardbehandeling voor een depressie of angstproblematiek. De verwachting is dat die stoornissen de komende decennia meer en meer zullen opduiken in de hulpverlening. Als de geestelijke gezondheidszorg daarvoor klaar wil zijn, dan moet ze vandaag al durven nadenken over een gepast en dynamisch hulpverleningsaanbod.

## Voorkomen psychische stoornissen



Kessler et al. 2003

## Mythe 3

De kans dat je een psychische stoornis krijgt, is op elk moment in je leven even groot



**Psychische stoornissen kunnen op eender welk moment in iemands leven optreden. Dat betekent evenwel niet dat elke leeftijd even 'gevoelig' is voor het ontstaan van een stoornis. De gemiddelde en mediane leeftijden waarop een psychische stoornis duidelijk wordt, is respectievelijk 21 en 17 jaar. Dat betekent dat de helft van de stoornissen al effectief aanwezig is vóór de leeftijd van 17 à 21 jaar.**

Er zijn wel sterke verschillen naargelang de aard van de stoornissen. Externaliserende stoornissen, het type dat nu vaker voorkomt bij jongeren en waartoe onder meer de aandachts- en concentratiestoornissen behoren, ontstaan gemiddeld op de leeftijd van 7 jaar. De gemiddelde aanvangsleeftijd voor angststoornissen is 14 jaar, voor alcoholstoornissen 23 jaar en voor stemmingsstoornissen 38 jaar. Een kwart van alle stoornissen bij de Belgische bevolking ontstaat vóór de leeftijd van 14 jaar.

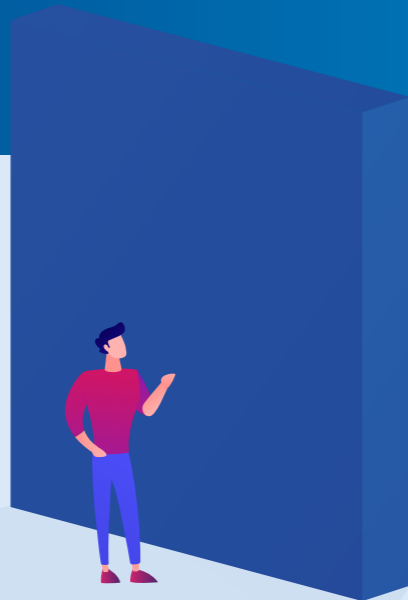
Wat leren we hieruit? Een samenleving die zou moeten inzetten op preventie van psychische problemen moet zich in eerste instantie richten op kinderen en jongeren. De meeste impact hebben preventieve interventies op erg jonge leeftijd, bij voorkeur al startend tussen 6 en 12 jaar.

Onderstaande vaststellingen kunnen het pleidooi om kinderen, jongeren en jongvolwassenen prioriteit te geven in de preventie van psychische stoornissen ondersteunen:

- Driekwart van alle psychische stoornissen ontwikkelt zich vóór de leeftijd van 27 jaar.
- De meeste gezondheidswinst in termen van DALY's – *disability adjusted life years*, een wetenschappelijke methode om 'gezonde levensjaren' te berekenen – kunnen we boeken door psychische problemen in de leeftijdsgroep van 14 tot 25 jaar vroeg en effectief aan te pakken. Dat blijkt uit onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie.
- Zogenaamde *early childhood adversities* (zoals verwaarlozing, mishandeling, of seksueel overschrijdend gedrag) vroeg in de kindertijd zijn een sterke en consistente voorspeller voor psychische stoornissen, middelenmisbruik en suïcidaliteit tot ver in de volwassenheid.
- De behandeling van angststoornissen in de adolescentie halveert het risico op de ontwikkeling van een depressie in de volwassenheid.

## Mythe 4

De belangrijkste drempels waardoor mensen geen gepaste geestelijke gezondheidszorg krijgen zijn het taboe op psychische stoornissen en de kostprijs van de behandelingen



***Dat mensen moeilijk toegang vinden tot psychische hulpverlening klopt en is geen nieuw gegeven. Rond 2000 kwam naar schatting 28% van de mensen met een vaak voorkomende psychische stoornis in de zorg terecht. Vandaag schatten we dat iets meer dan 2 op 5 van de volwassenen en ongeveer 31% van de minderjarigen binnen het jaar zorg krijgt. Voor depressie en angststoornissen zoeken we het vaakst hulp, voor alcoholgebonden en externaliserende stoornissen het minst.***

9 op de 10 mensen met een psychische stoornis krijgt vroeg of laat wel een behandeling. Maar vaak komt die behandeling te laat. De 'uitsteltermijnen' duren dikwijls erg lang: gemiddeld 10 tot 15 jaar. Dat is niet alleen zo in ons land, maar ook in andere landen met een totaal andere organisatie van de gezondheidszorg. Dat uitstel is niet goed, niet alleen voor de mensen in kwestie, maar ook voor hun directe omgeving en bij uitbreiding de brede samenleving. Uitstel van zorg verhoogt immers de kans op de ontwikkeling van andere psychische problemen, die kunnen leiden tot een hogere negatieve impact op het sociaal en relationeel leven van betrokkenen alsook de arbeidsmarkt.

Het zorggebruik voor psychische problemen is in ons land tijdens de voorbije 20 jaar gestegen. Steeds meer personen krijgen toegang tot zorg (gemiddeld stijgt het zorggebruik met 0,75 à 1% per jaar). Opvallend is wel dat er vooral meer vraag is naar zorg in niet-gespecialiseerde, laagdrempelige settings: bij de huisarts, de spoedgevallendiensten en de jongste jaren ook via online behandelingen.

Maar hoe komt het toch dat veel mensen erg lang wachten om hulp te zoeken als ze psychische problemen ondervinden? Velen wijzen op het taboe dat er rust op geestelijke gezondheidsproblemen. Of ze vermelden de financiële drempels waardoor mensen een doktersbezoek of andere hulpverlening uitstellen. Dat zijn zeker echte elementen die meespelen in het herkennen van eigen problemen en zorgnoden. Toch durven we de vraag stellen of dat de twee meest belangrijke elementen zijn die maken dat mensen geen hulp zoeken.

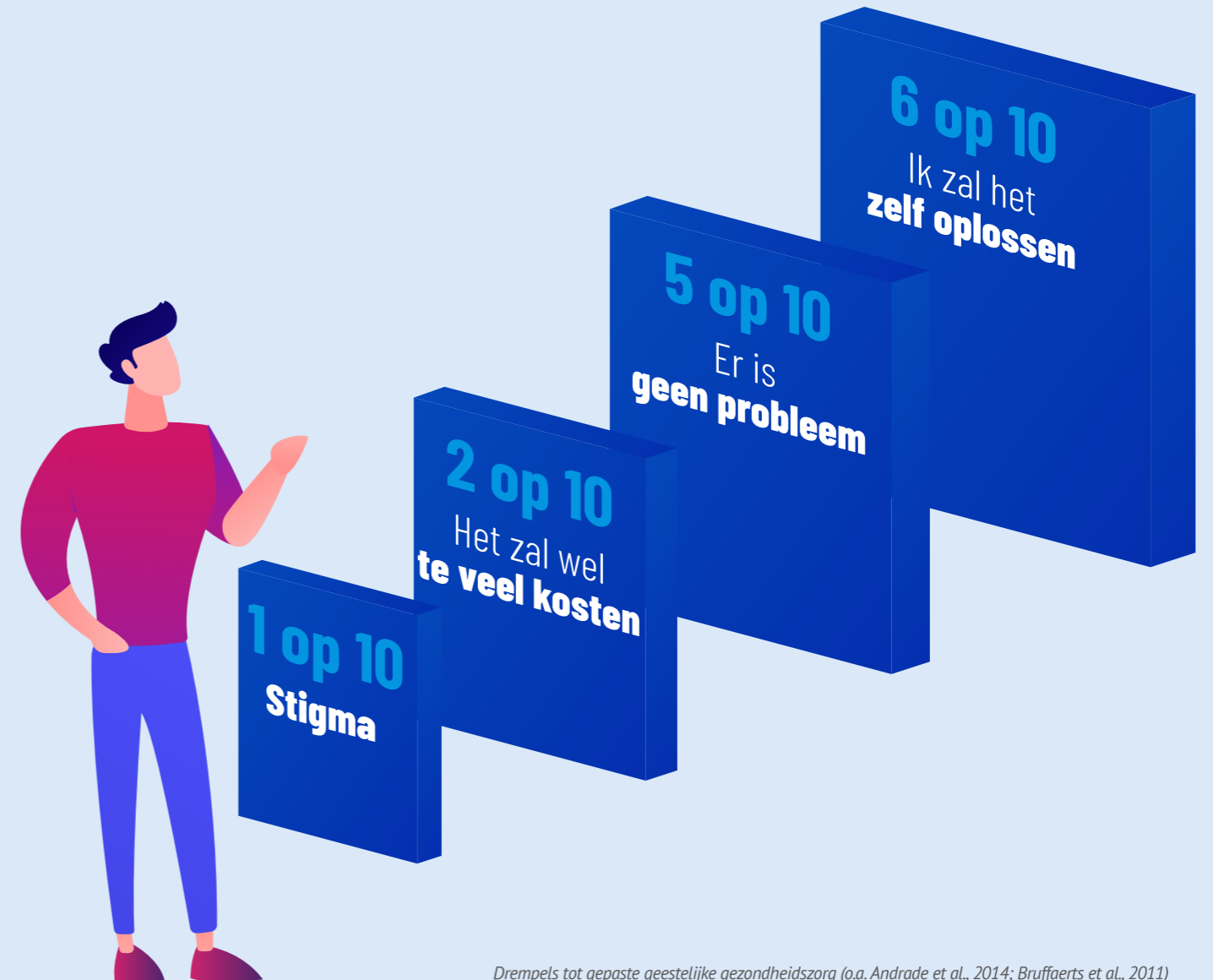
Internationaal onderzoek toont dat het in de eerste plaats om een cognitie, een attitude gaat. 6 op 10 mensen met psychische problemen zijn ervan overtuigd dat ze hun problemen alleen de baas kunnen en ze die dus 'zelf wel kunnen oplossen'. Meer dan de helft oordeelt dat er helemaal 'geen probleem' is waarvoor een professionele behandeling aangewezen is. Slechts 12 tot 16% - wat overigens nog altijd een aanzienlijk percentage is - geeft aan dat de financiële kost van de hulpverlening een reden voor uitstel is.

Daarnaast is er het stigma dat aan geestelijke gezondheid kleeft. Stigma kan je omschrijven als een negatieve sociale stempel met een ingrijpende invloed op de manier waarop mensen zichzelf zien en door anderen worden gezien. Stigma kent een grote rol in de ggz en creëert een sterk negatieve attitude ten aanzien van de persoon en zijn omgeving. Toch lijkt de rol van stigma beperkt in het uitstellen of niet zoeken van hulp: bij 1 op 10 mensen is stigma het belangrijkste argument

om geen hulp te zoeken of die uit te stellen. Dat is nog altijd een grote groep, maar het toont wel dat andere elementen zwaarder doorwegen bij het niet tijdig laten behandelen van psychische problemen.

Hoe komt het dan dat het publieke discours zich vaak blindstaart op het taboe en de financiële drempel? Voor de financiële drempels spelen zeker de grote verschillen in kosten mee tussen de verschillende soorten behandelingen. Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is bijvoorbeeld voor de patiënt goedkoper dan sommige ambulante zorgtrajecten. En dat terwijl ambulante behandelingen doorgaans een veel lagere kost hebben voor de samenleving. Dit los van het feit dat je als patiënt natuurlijk niet altijd de keuze hebt tussen residentiële of ambulante zorg. Dat hangt af van de aard van de stoornis of van de specifieke omstandigheden van de patiënt (bijvoorbeeld de thuissituatie). Bovendien is het ook zo dat initiatieven met een lage kost voor de patiënt niet ten volle worden gebruikt.

Het bevechten van stigma en het streven naar een betaalbare zorg blijven natuurlijk noodzakelijk. Het is echter wel belangrijk te weten dat stigma niét de cruciale factor is waarom mensen geen hulp zoeken. Het belangrijkste om hier te onthouden is dat niet zozeer het taboe of de kostprijs de drempel tot de hulpverlening voor psychische stoornissen verhogen, maar veeleer de cognitie, attitude of overtuiging 'ik kan dit best wel alleen aan, ik hoef hiervoor geen hulp'.



*Drempels tot gepaste geestelijke gezondheidszorg (o.a. Andrade et al., 2014; Bruffaerts et al., 2011)*

## Mythe 5

De beste investering om de maatschappelijke kost van psychische stoornissen te verminderen, is inzetten op één-op-één consultaties bij psychologen of psychiaters

Een aanzienlijk deel van de psychische stoornissen wordt niet behandeld. Bij ongeveer 6/10 van de stoornissen zien we een *unmet need*, een 'onbeantwoorde nood'. In veel sectoren en organisaties in de geestelijke gezondheidszorg bestaan wachttijden. Het idee dat de oplossing ligt in méér psychologen en méér psychiaters ligt dan ook voor de hand. En toch blijkt dat niet te kloppen.

Internationaal vergelijkend onderzoek toont dat er geen rechtstreeks verband bestaat tussen het aantal professionals en voorzieningen (gedefinieerd als het aantal psychiaters, psychologen, huisartsen en het aantal psychiatrische bedden per 10.000 inwoners) en de *met* of *unmet need*. Landen met meer of minder hulpverleners en voorzieningen hebben een gelijkaardige *unmet need*. Bovendien is het aantal psychiatrische bedden niet gerelateerd aan *met* en *unmet need*. Een eenvoudige verhoging van het aantal professionals en voorzieningen zal dus niet leiden tot een daling van de *unmet need* in de algemene populatie. Meer van hetzelfde werkt dus niet.

De factoren die de *met/unmet need* bepalen, zijn complex. Enkele factoren springen eruit om de *unmet need* te kunnen terugdringen. Ten eerste een laagdrempelige toegang tot de zorg die het hulpzoekproces van de patiënt optimaal ondersteunt. In mentaal betekent dit dat de overstap van de informele zorg (een ouder, partner of collega die zich zorgen over je maakt) naar meer professionele

hulp veel vlotter zou moeten verlopen. In het hulpzoekproces staat de patiënt nog veel te vaak alleen. Dat hulpzoekproces evolueert ook. Zo zien we dat meer en meer patiënten in de zorgverlening terechtkomen naar aanleiding van een crisissituatie (bv. het aantal verwijzingen wegens psychische redenen naar een spoedgevallendienst stijgt sinds een aantal decennia sterk). Zij melden zich vaak aan op de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis.

Ten tweede is er de evolutie in het aanbod online hulpverlening. We zien dat steeds meer mensen online anoniem en op hun eigen tempo de weg naar een behandeling vinden. De tweede factor die een verschil maakt zijn initiatieven die het zorgproces en de continuïteit van de zorg centraal stellen voor de individuele patiënt. Dit element sluit nauw aan bij het voorgaande: eens de patiënt zich ergens aanmeldt (op spoed, bij een huisarts, voor een somatisch probleem dat samengaat met psychische klachten...), is het zaak om de patiënt verder te begeleiden in zijn zoektocht naar gepaste hulp. Zo kunnen we erin slagen het aantal *unmet needs* terug te dringen. Dat zal niet lukken met alleen maar meer psychiaters of psychologen of een niet-geïntegreerde zorg.

Ten derde is er het gegeven dat steeds meer personen hulp zoeken op de eerste lijn. Dat heeft de idee van *integrated care* op het niveau van de huisarts doen ontstaan. Door een nauwe aansluiting

van de psychologische werking bij de huisarts ontstaat er alvast eenzelfde *locus of care*, en een betere omkadering om de behandeling in gemeenschappelijkheid te laten gebeuren.

Het verbeteren van de toeleiding naar gepaste hulp is nog maar de eerste stap. Zoals hoger vermeld krijgen veel patiënten in de hulpverlening geen minimale adequate behandeling. De WHO legt de criteria voor een MAT vast, al zijn die zeker nog voorwerp van discussie. MAT is eigenlijk een generische term die kan worden toegepast op behandelde stoornissen. Maar los van de specifieke gebruikte definitie is het wel belangrijk te weten dat elke definitie die wordt gebruikt om de adequaatheid van behandelingen te evalueren steevast tot de conclusie komt dat de ingestelde behandelingen vaak ondermaats zijn en beter kunnen. In lijn met Europese schattingen scoort België niet goed wat de MAT betreft. Bij de volwassen patiënten wordt de MAT voor psychische stoornissen op ongeveer 39% van alle aangeboden behandelingen geschat.

Voor depressie ligt dat cijfer maar op 30%. Dat betekent dat slechts 3 op de 10 ingestelde behandelingen voor depressie voldoen aan de WHO-criteria van een minimale adequate behandeling. Voor angststoornissen is de schatting 32%.

Nog complexer wordt dit verhaal als we ook de *overmet need* in kaart brengen. Hier gaat het om patiënten zonder psychische stoornis die toch worden behandeld door de gespecialiseerde ambulante zorgverlening. In België zou het gaan om 11% van alle psychiatrische ambulante behandelingen. Voor deze groep mensen is te snel gespecialiseerde psychiatrische zorg ingeschakeld. Het spreekt voor zich dat elk gezondheidsbeleid erop gericht moet zijn het aantal *overmet needs* te doen dalen. Het onbeperkt inzetten van terugbetaalde één-op-één consultaties bij psychologen of psychiaters dreigt enkel maar te leiden tot méér *overmet need*. Nog een reden om hiervan af te zien onder deze vorm, en de beschikbare middelen anders in te zetten.



# Beleids- aanbevelingen

*Als we echt stappen vooruit willen zetten met de geestelijke gezondheidszorg, dan moeten we de bovenstaande mythes achter ons durven laten en nieuwe wegen inslaan. De public health benadering opent in de psychische zorg, net als in de somatische zorg, heel wat perspectieven. Gebaseerd op populatieonderzoek en met een evidence based aanpak kunnen we de psychische zorgverlening naar een hoger niveau tillen. Dat is anno 2021 een absolute noodzaak.*



## 1. Werk met gezondheidsdoelstellingen en doe een systematische sturing van het beleid op basis van data in een *value based* benadering

Gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelen die we in een vastgelegde tijdspanne willen realiseren voor het bereiken van gezondheidswinst op bevolkingsniveau. Voor geestelijke gezondheid is de doelstelling over de daling van het aantal zelfdodingen in Vlaanderen de meest concrete. Het is aangewezen om het brede beleid te baseren op een set van ambitieuze en lokaal toepasbare doelstellingen voor de geestelijke gezondheid. Elke investering in geestelijke gezondheid moeten we op een wetenschappelijk onderbouwde manier aansturen, meten en evalueren.

In essentie komt dit neer op de introductie van een change management benadering van ons gezondheidsbeleid. Dat centreert zich rond de vragen: 'Wat is goed voor de patiënt' én 'Wat is goed voor de bevolking?' Als leidraad voor dat

gezondheidsbeleid leggen we enkele pertinente vragen voor die kunnen dienen als *key performance indicators* (KPI's): Hoeveel tijd vinden we dat er maximaal mag liggen tussen het ontstaan van een psychische stoornis en de adequate behandeling ervan? Nu gaat het vaak om jaren; onze ambitie moet zijn om dat binnen afzienbare tijd terug te dringen naar een aanvaardbaar niveau. Hoeveel *unmet* en *overmet need* tolereren we in een veerkrachtig Vlaanderen dat de kaart van de preventie trekt en investeert in *human capital*? Hoe zorgen we er met andere woorden voor dat aanzienlijk meer mensen met een psychische stoornis de weg vinden naar aangepaste zorgverlening en proactiever geholpen worden? En hoe vermijden we tegelijk dat mensen zonder psychische stoornis te gespecialiseerde (en maatschappelijk dure) hulp krijgen?

## 2. Zet in op preventie, vroeginterventie en kinderen & jongeren

Deze aanbeveling volgt rechtstreeks uit de kennis dat psychische stoornissen ontstaan op jonge leeftijd. De literatuur verwijst naar de lagereschoolleeftijd als de vroegste periode waarin psychische problemen ontstaan.

In de vroeginterventie zien we drie mogelijkheden: het aanbieden van informatie over psychische problemen en stoornissen, interventies in het onderwijs op school- en klasniveau (met als doel de interacties in de klas te verbeteren), en detectie en doorverwijzing van leerlingen met psychische problemen. Het onderwijs moet op zoek gaan naar aangepaste, doeltreffende methodieken over psychische gezondheid. Dat is een belangrijke stap om zowel bij leerlingen als leerkrachten de basiskennis over geestelijke gezondheid

(*mental health literacy*) te verhogen. De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) zijn hier een onmisbare partner aangezien zij de verbinding met het onderwijsgebeuren vormen.

Vroeginterventie dient ook rekening te houden met de verwachte stijging van de externaliserende stoornissen die vaker voorkomen bij de jongere leeftijdsgroepen. De Centra Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor Leerlingenbegeleiding kunnen bijvoorbeeld gezamenlijk detectie- en verwijspaden installeren voor leerlingen met psychische problemen in het algemeen en voor externaliserende stoornissen in het bijzonder. Zij kunnen ook gezamenlijk de opvolging doen.

## 3. Verleg de focus van één-op-éénbehandeling van psychische stoornissen naar het creëren van een laagdrempelig groepsaanbod

Zowel voor *unmet need* als voor een meer efficiënte aanpak van de met need (zij die in het gezondheidszorgsysteem zitten) bieden laag-instapbare groepsbehandelingen een aantal perspectieven. We doelen hier niet op de psychotherapeutische geïnstitutionaliseerde

groepstherapieën, maar op laagdrempelige groepssamenkomsten in de eerste lijn. Die kunnen de toegang voor de patiënt tot professionele gezondheidszorg verhogen en hiermee inspelen op de wachttijden. Tegelijk bieden ze toch een professioneel kwaliteitsvol aanbod. Dat ligt

overigens in lijn met de vaststelling dat het gros van de psychische stoornissen (tot 70%) mild tot matig is en bijgevolg geen intensieve hooggespecialiseerde behandelingen vereist. Ten slotte biedt het scenario van groepsinterventies de mogelijkheid om de hoge unmet need voor kinderen en jongeren en hun omgeving aan te pakken. Zo kan er bijvoorbeeld ook voor ouders iets specifiek worden uitgewerkt.

Zowel in functie van effectiviteit, tevredenheid van de gebruikers als de individuele en maatschappelijke kosten kan een in de tijd afgebakend groepsaanbod

standaard deel uitmaken van het zorgaanbod. Onderzoek heeft aangetoond dat groepstherapie vóór de start van ambulante zorgverstrekking depressieve symptomen verlaagt en de kwaliteit van de hulpverlening op een hoger niveau brengt, maar enkel tijdelijk en niet langdurig. Dat is consistent met het aanbieden van een groepsaanbod vóór de start van de individuele behandeling.





#### 4. Focus op 'vindplaatsen' en installeer daar adequate interventies en gerichte zorgtoeleiding

Het is wel duidelijk: een toekomstige geestelijke gezondheidszorg zal niet wachten tot de patiënt effectief de stap zet naar het kabinet van de behandelaar. Vroeginterventie en preventie dienen zich af te spelen in de contexten waar de ontwikkeling zich effectief voordoet; voor kinderen en jongeren gaat het om kinderopvang, scholen, ontmoetingsplaatsen in de vrije tijd... en niet zozeer de consultatieruimte van de psycholoog, psychiater, de polikliniek of een andere professional. Er is een grotere verwevenheid nodig van geestelijke gezondheidsexpertise en -interventies met het onderwijs, de opvang van baby's en peuters, de buitenschoolse kinderopvang, het jeugdwerk enz.

Wat de volwassen populatie betreft: aangezien 94% van de Belgen een vaste huisarts heeft en de toegang tot de gespecialiseerde zorg voor driekwart loopt via de eerste lijn, ligt in dezelfde logica de idee verscholen te investeren in de integratie van de geestelijke gezondheid in de eerste lijn. Ook de connectie tussen spoedgevallendiensten en de vervolgzorg moet worden versterkt. Veel mensen melden zich immers aan op de spoeddiensten. Ook online kunnen we nog veel meer inzetten op 'vindplaatsen'. Het internet is als start van een traject een sterk medium.

#### 5. Bestrijd actief de hardnekkige mythes die echte verandering in de weg staan

Te vaak wordt verwezen naar het belang van 'stigma' en 'taboe' in de zoektocht naar hulpverlening, terwijl niet daar het echte probleem (en ook niet de oplossing) ligt. Beleidsbrieven en parlementaire vragen gaan vaak over wachttijden, vanuit de assumptie dat het in beperkte mate verhogen van een bepaald aanbod die wachtlijsten ineens zal doen verdwijnen als sneeuw voor de zon. Het tegendeel is waar: na het verwerken van de wachtlijst zal die zich opnieuw vullen met personen met nog niet-aangemelde problematieken (de *unmet need*)

die eveneens de weg naar de gepaste zorgverlening vinden. Het is dus uiterst belangrijk dat deze complexiteit van het zorgproces in rekening wordt gebracht in de hervormingen van onze geestelijke gezondheidszorg. Willen we die hervorming echt vooruit helpen, dan moeten we de data en de evidentie laten (mee)spreken en public health georiënteerde criteria en gezondheidsdoelstellingen formuleren. We weten waar we naartoe moeten, we weten welke criteria richtinggevend zijn. Tijd om vooruit te gaan, voorbij de mythes.



# Praktijkvoorbeelden public mental health perspectief

Ook in de geestelijke gezondheidszorg bestaan er al goede voorbeelden van een public health benadering die hun wetenschappelijke én maatschappelijke waarde hebben bewezen. Ze blijken op het Europese vasteland, en dus ook in België, echter maar moeizaam ingang te vinden. Hieronder vermelden we twee buitenlandse praktijkvoorbeelden van een public mental health approach.

De **Good Behavior Game** (GBG) werd voor het eerst gebruikt in 1967 in Baldwin City, Kansas door Muriel Saunders, een lerares in de vierde klas. Haar methodiek richt zich op kinderen in klasverband. *Good Behavior Game* is een strategie om de zelf- en de groepsregulatie te vergroten. Goed sociaal gedrag wordt gestimuleerd, terwijl problematisch, storend of ontwrichtend gedrag wordt gekanaliseerd, afgelijnd en gemedieerd. De klemtoon ligt niet op het detecteren van leerlingen met psychische

problemen, maar veeleer op het uitlokken en bekrachtigen van prosociaal, empathisch gedrag. De methodiek vertaalt verschillende elementen van het public health perspectief in de praktijk. Zo richt de aanpak zich op de hele populatie (in casu de hele klas), niet op afzonderlijke individuen. De context van de groep speelt een belangrijke rol. Universele preventie is de doelstelling. Interventies vinden zowel op groepsniveau als op het niveau van het individu plaats, met een sterke klemtoon op de groep. De focus ligt niet op de korte, maar op de lange termijn. Er is geen sprake van individuele therapie, maar van een groepsgebeuren. Diverse onderzoeken hebben de lange termijneffectiviteit van GBG ondertussen aangetoond. Langetermijnonderzoek toont dat leerlingen uit klassen met GBG significant minder (vaak) gedragsproblemen hebben, minder schooluitval en minder problemen verbonden aan het gebruik van alcohol, cannabis... Ze roken ook minder vaak en ze zijn minder suïcidaal.

Het **Stress Control-programma** van Jim White is een voorbeeld van een groepsaanbod op populatieniveau. Zijn uitgangspunt is om niet langer te spreken in termen van diagnose, therapie, psychiatrisch classificatiesysteem of doorverwijzing... Hij pleit ervoor om mensen aan te spreken over een zeer generiek en herkenbaar fenomeen, met name stress. Stress is immers dikwijls een uiting van een beginnend of meer gevorderd psychisch probleem. Daarom bracht White een groepsaanbod naar wijken en buurten. *Stress Control* organiseert masterclasses voor groepen tot wel honderd deelnemers tegelijk. Een programma bestaat uit zes sessies. Het is geen groepstherapie, maar een cursus. Je hoeft er niet te praten met anderen over je problemen, maar je krijgt er les van een specialist die de werkzame elementen uit de cognitieve gedragstherapie en de positieve psychologie op een heel toegankelijke manier naar een breed publiek brengt. *Stress Control* is een outreachende laagdrempelige psycho-educatieve

en normaliserende aanpak op wijkniveau. Het is *evidence based* en onderzoek toont dat dat opzet erin slaagt een populatie te bereiken die de klassieke hulpverlening vaak niet bereikt, zoals in achtergestelde buurten. De sessies vinden dan ook plaats in achterzaaltjes van lokale pubs, in parochiezalen en andere locaties midden in de wijk en het buurtleven.

**Meer informatie (o.m. filmpjes) op**  
<https://stresscontrol.org/stress-control>

## Referenties

Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Thornicroft G. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018 Mar;35(3):195-208.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M, Kessler RC. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(6):1303-17.

Bruffaerts R. Uitdagingen voor suïcidepreventie in de eenentwintigste eeuw. In: B Pattyn & P d'Hoine, In verscheidenheid verenigd. Lessen voor de eenentwintigste eeuw, Volume 22, pp.81-99. Leuven: Universitaire Pers Leuven, 2016.

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

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives. In Kessler RC & Üstün TB (Eds.). *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys*, pp.279-304. New York: Cambridge University Press, 2008.

Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Kostyuchenko S, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Matschinger H, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Stein DJ, Tomov T, Viana MC, Nock MK. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1):64-70.

Burlingame GM, Fuhrman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dyn Theor Res Pract*. 2003;7:3-12.

Embry DD. The Good Behavior Game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2002 Dec;5(4):273-97.

Erbe D, Eichert HC, Riper H, Ebert DD. Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2017 Sep 15;19(9):e306.

Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Alonso J. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry*. 2007 Feb;190:172-3.

Gisle L. et. al., *Gezondheidsenquête 2018, 2019*.

Johansson, M, Biglan A, Embry, D. The PAX Good Behavior Game: One Model for Evolving a More Nurturing Society. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2020 : 462-482

Joslyn PR, Donaldson JM, Austin JL, Vollmer TR. The Good Behavior Game: A brief review. *J Appl Behav Anal*. 2019 Jul;52(3):811-815. doi: 10.1002/jaba.572.

Hoyer J, Helbig S, Wittchen H. Experiences with psychotherapy for depression in routine care: a naturalistic patient survey in Germany. *Clin Psychol Psychot*. 2006;13:414-21. doi:10.1002/cpp.504.

Kealy D, Aafjes-van Doorn K, Ehrenthal JC, Joyce AS. Improving social functioning and life satisfaction among patients with personality dysfunction: Connectedness and engagement in integrative group treatment. *Clin Psychol Psychother*. 2020 Jan 17. doi: 10.1002/cpp.2427.

Kellam SG, Wang W, Mackenzie AC, Brown CH, Ompad DC, Or F, Jalongo NS, Poduska JM, Windham A. The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prev Sci*. 2014 Feb;15 Suppl 1:S6-18.

Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Wilcox HC. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Jun 1;95 Suppl 1:S5-S28.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3095-105.

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Demler O, Glantz M, Lane MC, Jin R, Merikangas KR, Nock M, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang PS, Wells KB. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. In Kessler RC & Üstün B, *The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008.

Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care*. Boston: Harvard Business School, 2006.

Ruesch M, Helmes A, Bengel J. Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017 Oct 10;17(1):340.

Riper H, Hoogendoorn A, Cuijpers P, Smit JH. Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Med*. 2018 Dec 18;15(12):e1002714.

Schnyder N, Panczak R, Groth N, & Schultze-Lutter F (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268.

Schwartz D, Barkowski S, Strauss B, Knaevelsrud C, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res*. 2019 May;29(4):415-431.

Tiemens B, Kloos M, Spijker J, Ingenhoven T, Kampman M, Hendriks GJ. Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*. 2019 Jul 24;19(1):228.

Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Kessler RC. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry*. 2017 Feb;210(2):119-124.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Wells JE. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):841-50.

Webelhorst C, Jepsen L, Rummel-Kluge C. Utilization of e-mental-health and online self-management interventions of patients with mental disorders-A cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2020 Apr 20;15(4):e0231373.

White, J., Joice, A., Petrie, S., Johnston, S., Gilroy, D., Hutton, P. and Hynes, N. (2008), "STEPS: Going beyond the tip of the iceberg. A multi-level, multipurpose approach to common mental health problems", *J Public Mental Health*, Vol. 7 No. 1, pp. 42-50.

Whitley, J, Smith JD, Vaillancourt T. Promoting Mental Health Literacy Among Educators: Critical in School Based Prevention and Intervention. *Can J School Psych* 2012; 28: 56-70.

Yamaguchi S, Foo JC, Nishida A, Ogawa S, Togo F, Sasaki T. Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Feb;14(1):14-25.



**Zorgnet-icuro**

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)

[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)