



Vlaams
Parlement

ingediend op **1389** (2017-2018) – Nr. 1
27 november 2017 (2017-2018)

Voorstel van resolutie

van Freya Van den Bossche en Jan Bertels

betreffende de eerstelijns psychologische zorg

TOELICHTING

Inleiding

Wereldwijd vormen psychische klachten een belangrijk probleem. Dat is ook in Vlaanderen het geval, waar in een periode van negen jaar een toename van die klachten met 8% kan worden vastgesteld.¹ De Belgische Gezondheidsenquête uit 2013² geeft aan dat 32% van de bevolking ouder dan 15 jaar lijdt onder een of meer psychische klachten. Epidemiologisch onderzoek toont aan dat, naar gelang van de gehanteerde definitie, criteria en meetinstrumenten, bijna de helft van de bevolking ooit in hun leven met een psychisch probleem geconfronteerd wordt. 37% procent van de Belgische bevolking ontwikkelt een mentale stoornis tijdens hun leven.³ De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt dat psychische klachten op termijn de belangrijkste factor van lijden zal worden.⁴

Daarnaast neemt ook het aantal suïcidepogingen en zelfmoordgedachten toe. Voor Vlaanderen komt dat neer op ongeveer drie pogingen per dag of ongeveer 18 suïcides per 100.000 inwoners. Vlaanderen scoort daarmee 1,5 keer hoger dan het Europese gemiddelde.⁵ Epidemiologisch onderzoek benadrukt verder ook de impact die psychische klachten hebben op de fysieke gezondheid van mensen, alsook hun sociale en economische weerslag.^{6 7 8} In 13% van de gevallen waarbij mensen last hebben van psychische klachten, leidt dat tot ernstige problemen. Mentale problemen hebben dus enorme gevolgen voor het individu, zoals sociaal isolement en individueel lijden, maar ook voor de informele zorgverleners en voor de samenleving (met werkverlet als belangrijkste gevolg).⁹ De last die psychosociale problemen veroorzaken, zal alleen maar toenemen bij een vergrijzende populatie. Meer mensen zullen langer leven en op die manier ook lijden aan meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Daarnaast kan de samenleving niet altijd gepaste geestelijk gezondheidszorg bieden aan individuen met een multiculturele achtergrond.¹⁰

Tussen 2006 en 2010 nam het aantal mensen dat hulp zocht voor psychische problemen, toe met 50%.¹¹ Dat heeft onder andere te maken met een betere kennis over psychische problemen, een toegenomen individualisering van de samenleving, en minder sociale en familiale steun. Toch krijgt ongeveer de helft van de mensen die kampen met manifeste psychische problemen, geen gepaste professionele hulp.¹² Een substantiële groep mensen balanceert op het slappe koord van het sub-

¹ Zwaanswijk & Verhaak (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg. Utrecht.

² https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx.

³ Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Almansa, J., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 522-529.

⁴ World Health Organization (2008). The Global burden of disease: 2004 update. Genève.

⁵ <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>.

⁶ Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Dewey, M., Jenkins, R., Stewart, R. & Prince, M. (2008). *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 171-177.

⁷ Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A., Walters, E., Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 18, 289(23):3095-105.

⁸ McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T.S., Bebbington, P.E. and Jenkins, R. (2009) Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey.

⁹ Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd).

¹⁰ Molinari, Pagnini, Castenuovo, Lozza, & Bosio (2012). A new approach for psychological consultation: the psychologist at the chemist's. *BMC Public Health*, 12, 501.

¹¹ Eurobarometer (2010): http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb74/eb74_publ_en.pdf.

¹² Heene, Rijnders & Boone (2011). Kortdurende psychologische interventies voor de 1e lijn: over klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 3, 172-182.

klinische en het klinische. Als die mensen geen gepaste hulp krijgen, lopen ze het risico op ernstige mentale problemen. Het niet krijgen van een gepaste behandeling gaat samen met een toename van ernstige depressies en suïcidepogingen, ook bij jongeren. Ouderen worden daarbij steeds meer afhankelijk van psychofarmaca. We zien dan ook een grote toename van het gebruik van psychofarmaca.¹³ Het rapport 'Performantie van het Belgisch gezondheidssysteem' (KCE, 2015)¹⁴ geeft aan dat 12% van de Vlamingen antidepressiva neemt. Respectievelijk 56% en 85% van de licht en matig ernstige depressieve patiënten verlaten de huisartsenpraktijk met een voorschrift voor antidepressiva.¹⁵

Daarnaast is er ook steeds meer aandacht voor kinderen en jongeren met psychische klachten. Uit onderzoek blijkt dat een op de vier adolescenten aan een psychische stoornis lijdt.¹⁶ Volgens de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid loopt dat percentage in Vlaanderen zelfs op tot 31,4% in de leeftijdsgroep van 14- tot 25-jarigen.¹⁷ De meest voorkomende klachten zijn angststoornissen (31,9%), gedragsstoornissen (19,1%), stemmingsstoornissen (14,3%) en stoornissen op vlak van middelengebruik (11,4%).¹⁸ Een recente literatuurstudie over de mentale gezondheid van jongeren, die negentien epidemiologische studies over twaalf landen heeft bekeken, toont een gedeeltelijke stijging van prevalentie van psychische problemen bij jongeren over de laatste tien jaar.¹⁹ Daarbij lijken externaliserende problemen vrij stabiel, maar is er een stijging van internaliserende problemen, vooral bij meisjes. De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid²⁰ toont ook aan dat maar 40% van de jongeren met psychische problemen in behandeling gaat. Als oorzaak daarvoor vermelden ze een tekort aan inzicht en nood aan behandeling bij de omgeving. Ze besluiten dat vroegdetectie van problemen heel belangrijk is, dat er voor jongeren aandacht moet zijn voor onlinehulpverlening en dat er een therapeutisch goed aanbod moet zijn voor de voornaamste problemen: gedragsproblemen, depressie, zelfdoding en eetstoornissen.

Ook het rapport van Adocare meldt dat onderzoek aantoonde dat adolescenten en jongvolwassenen met een psychiatrische stoornis geen adequate zorg of behandeling krijgen.²¹ Volgens één studie zoekt maar 18 tot 34% van jongeren of jongvolwassenen met ernstige depressie of angstsymptomen professionele hulp.²² Uit een recenter onderzoek bleek dat maar de helft van de adolescenten die voldeed aan de DSM-IV-criteria (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), tijdens de voorbije drie maanden werd behandeld. Voor jongvolwassenen zijn de cijfers nog slechter: maar één derde van hen kreeg een behandeling. Verschillende factoren dragen bij tot de lage bereikbaarheid van de gepaste mentale hulp: de angst voor een (geanticipeerd of ervaren) stigma, gebrek aan ouderlijke steun, en

¹³ Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., ... & Uestuen, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177.

¹⁴ <http://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/performantie-gezondheidssysteem-2015.aspx#.Whr1yXaDOpo>.

¹⁵ Boffin, N., Declercq, T., Van Casteren, V (2012). Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van huisartsen-peilpraktijken in 2008. Brussel: Vlaams agentschap zorg & Gezondheid.

¹⁶ De cijfers komen uit het rapport 'Adolescent mental health care in Europe: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network' (2015): <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>.

¹⁷ <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/kinderen-en-jongeren>.

¹⁸ Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.

¹⁹ Bor, W., Dean A.J., Najman, J., Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(7):606-16.

²⁰ <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/kinderen-en-jongeren>.

²¹ Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatr Serv*. 2003 Jan;54(1):60-6.

²² Gulliver, A., Griffiths, K. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010:113.

structurele en culturele tekorten in de bestaande hulpverleningscentra.²³ Op basis van het onderzoek dat Adocare heeft uitgevoerd, wordt een aantal richtlijnen geformuleerd om hulp te bieden aan die doelgroep. De onderzoeksgroep stelt een model voor van 'balanced care', waarbij de eerstelijnszorg een duidelijke rol speelt op het vlak van screening en kortdurende behandeling. Al eerder werd evidentie gevonden voor het inzetten van kortdurende therapie. Bloom (2002) beschreef al via gecontroleerde studies dat kortdurende interventies effectief zijn bij gedragsstoornissen en ADHD, emotionele stoornissen (depressie en angst), problemen op het vlak van zindelijkheid en school, ouder-kindrelatieproblemen en verlieservaringen.

Het ondergebruik van psychische hulp in de geestelijke gezondheidszorg heeft onder andere te maken met stigmatisering, onbekendheid en lage toegankelijkheid. Om die reden is het van groot belang dat psychologische behandelingen worden aangeboden die efficiënter en beter toegankelijk zijn, rekening houdend met preventie, participatie van de patiënt en werkzame bestanddelen van psychische begeleiding. In antwoord daarop is er al heel wat wetenschappelijk onderzoek verricht en worden er daarnaast allerlei initiatieven georganiseerd die de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg proberen te vergroten. Psychologische zorg in de eerste lijn kan daarbij een zeer belangrijke rol spelen, met een inzet op onder andere lage intensiteit, zoals behandelingen via het internet (eHealth) of behandelingen in een beperkt aantal sessies. Op die manier kan een escalatie van de klachten vermeden worden en worden de wachtlijsten korter: 'kort waar het kan, lang waar het moet'.²⁴

KOP-/PrOP-model

In Vlaanderen is er behoefte aan een kortdurend behandelmodel, want de druk op de geestelijke gezondheidszorg is groot en de wachtlijsten zijn lang. Mensen raken niet doorverwezen naar de juiste hulp en ze gaan soms zelf op zoek naar psychologische hulp. Ook de hulpverleners zijn op zoek naar een efficiënt model voor de eerste lijn. In Vlaanderen is er steeds meer vraag naar opleidingen over het KOP- en het PrOP-model.

Het KOP-model^{25 26} is een van de varianten waarin wordt gestreefd om met een minder intensieve investering door de therapeut toch een maximaal behandelresultaat te verkrijgen. Het KOP-model is gebaseerd op een eenvoudig heuristisch pathologieconcept, op psycho-educatie, op gezamenlijke probleemdefinitie en op zelfwerkzaamheid. De behandeling bestaat uit de volgende vijf stappen: probleem-inventarisatie, probleemanalyse en probleemsamenhang, formuleren van doelen, gedragsverandering en terugvalpreventie. De behandeling heeft de vorm van geleide zelfhulp. De nadruk ligt daarbij ook op het belang van non-specifieke factoren en het opbouwen van een goede therapeutische relatie.

Bij kinderen hebben we het over problemen en niet over klachten. Daarom wordt bij kinderen en jongeren gesproken over het PrOP-model, en niet over het KOP-model. De O staat voor omstandigheden, en daartoe behoren ook de omgevingsfactoren en de opvoeding. De P staat voor de persoonlijke stijl om met de problemen om te gaan, de denkstijl en vooral het omgaan met gevoelens. Er is namelijk een duidelijk verband tussen een gebrek aan adaptieve emotieregulatiestrategieën

²³ McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry*. 2014 Dec; 1(7):559-68.

²⁴ Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on psychological science*, 6(1), 21-37.

²⁵ Rijnders, P., Jong, A. de, Pieters-Korteweg, E. (1999). Kortdurende behandeling in de GGZ: een inleiding. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

²⁶ Rijnders, P. & Heene, E. (2010). Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

bij kinderen en jongeren, en het ontwikkelen van psychopathologie, eventueel zelfs op volwassen leeftijd.

Er zijn meer redenen dan het beheersbaar houden van de kosten om kortdurende interventies in de geestelijke gezondheidszorg te promoten. Kortdurende interventies bieden volgens onderzoek^{27 28 29 30} vergelijkbare resultaten als traditionele, langer durende behandelingen. Verrassend genoeg is ook het terugvalpercentage niet hoger bij kortdurende interventies dan bij langer durende behandelingen. Versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg biedt een mogelijkheid om een (kwantitatief belangrijk) deel van het behandelaanbod te verplaatsen naar de eerste lijn, waardoor de drempel voor hulp aanzienlijk wordt verlaagd. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat de geestelijke gezondheidszorg een werkwijze ontwikkelt waarmee met een beperkte investering (onder meer ter voorkoming van wachtlijsten) meer patiënten kunnen worden geholpen dan nu het geval is.

Onderzoek dat specifiek gericht is op het KOP-model³¹ toont aan dat bij patiënten die behandeld zijn volgens het KOP-model, de terugval niet hoger is dan bij traditionele behandelingen. In een onderzoek³² dat grote aantallen patiënten volgde die met het KOP-model werden behandeld, komt naar voren dat met dat generieke model inderdaad patiënten met verschillende aanmeldklachten (angst- en stemmingsstoornissen, psychosomatische klachten, relatieproblemen, burn-out, obsessief-compulsieve klachten) kunnen worden behandeld. De behandeling leidde na enkele (gemiddeld drie) gesprekken al tot een significante daling van de totaalscore op de 'Outcome Questionnaire' (OQ-45).³³ Bovendien was er na gemiddeld zes sessies sprake van een significante verbetering op verschillende copingstrategieën (actieve coping, steun inroepen, passieve coping en geruststellende gedachten genereren), gemeten met de Utrechtse Copinglijst (UCL).³⁴ Die onderzoeksresultaten wijzen erop dat generalistisch behandelen in de eerste lijn nuttig en zinvol is.

Freya VAN DEN BOSSCHE
Jan BERTELS

²⁷ Straten, A. van, Meeuwissen, J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen W.A. & Donker, M.C.H. (2007).

²⁸ Orden, M. van., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P. & Hoencamp, E. (2009). Collaborative Mental Health Care versus Care as Usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric services*. 60: 74-80.

²⁹ Lancee, J, Bout, J. van den & Straten, A. van (2012). Internet delivered or mailed self-help treatment for insomnia" A randomized waiting list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 50: 22-29.

³⁰ Bower, P., (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal*. 346-357.

³¹ Straten, A. van, Meeuwissen, J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen W.A. & Donker, M.C.H. (2007).

³² Heene, E. (2015) Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies.

³³ Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umpruss, V., Hanssen, N.B., Vermeersch, D.A., et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.

³⁴ Schreurs, P., Willige G. van de, Tellegen, B & Brosschot, J. (1993). De Utrechtse Coping Lijst (UCL). Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement,

- overwegende dat:
 - 1° de geestelijke gezondheidszorg ondergefinancierd is;
 - 2° vooral kwetsbare groepen en mensen met een problematiek die een risico op escalatie van de klachten inhoudt, vaak onderbehandeld worden en een beperkte toegang tot de gezondheidszorg hebben;
 - 3° bepaalde chronische groepen overbehandeld worden, waardoor sommige mensen te lang in zorg blijven ‘hangen’, met toenemende kosten en een afnemende effectiviteit tot gevolg;
 - 4° er een gebrek is aan coördinatie, samenwerking en samenhang in en tussen de diverse lijnen van de geestelijke gezondheidszorg;
 - 5° er sprake is van tekorten op het vlak van preventie en algemene psycho-educatie;
 - 6° de ondersteuning van zelfredzaamheid en zelfzorg maar beperkt aandacht krijgt;
 - 7° er een gebrek is aan een coherente visie en beleid rond eerstelijns psychologische zorg en aan specifieke competenties voor eerstelijns psychologische zorg;
 - 8° er behoefte is aan onderzoek op het vlak van de eerste lijn;
- gelet op:
 - 1° het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg;
 - 2° het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019;
 - 3° het advies van Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019;
 - 4° de hoorzittingen over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 op 19 en 20 oktober 2017 in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (*Parl.St.* VI.Parl. 2017-18, nr. 1177/2);
 - 5° de Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 (*Parl.St.* VI.Parl. 2014-15, nr. 125/1);
 - 6° de ‘Gids naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken’ van 26 april 2010;
 - 7° de ‘Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren’ van 1 juli 2015;
 - 8° de bevoegdheidsdeling van de geestelijke gezondheidszorg met de federale overheid, waardoor afstemming noodzakelijk is;
 - 9° het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020;
 - 10° de kosteneffectiviteit van een kortdurend behandelmodel;
 - 11° de vraag in Vlaanderen naar opleidingen over het KOP- en het PrOP-model;

- vraagt de Vlaamse Regering om:
 - 1° haar beleid af te stemmen op de huidige behoeften en een versterking van de psychische zorg te bewerkstellingen;
 - 2° geestelijke gezondheidszorg te blijven ondersteunen en versterken;
 - 3° de preventieve maatregelen en psycho-educatie in groep uit te breiden, zowel aan de hand van kennisoverdracht via lezingen als door het aanleren en oefenen van vaardigheden in groep;
 - 4° het aanbod van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg verder uit te breiden en te ondersteunen, met de nadruk op deskundigheidsbevordering en toegankelijkheid van eerstelijns psychologische zorg;
 - 5° een coherentie visie op eerstelijns psychologische zorg in te voeren en te zorgen voor het trainen van hulpverleners met gerichte competenties en voor erkenning vanuit de universiteiten en beroepsvereniging;
 - 6° een verwijzingsmodel voor geestelijke gezondheidszorg uit te werken, met een duidelijk onderscheid tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg, en met aandacht voor onderlinge afstemming en interdisciplinaire communicatie;
 - 7° te zorgen voor meer onderzoek, ontwikkeling en monitoring op het vlak van eerstelijns psychologische zorg, met aandacht voor follow-upmetingen;
 - 8° de tweejarige interuniversitaire opleiding in de eerstelijns psychologische zorg te erkennen voor psychologen en orthopedagogen die in het werkveld staan;
 - 9° regionale intervisiegroepen op te starten tussen eerstelijnspsychologen die in het werkveld staan, waarbij de afgestudeerde deelnemers aan de opleiding sleutelfiguren zijn die de werking van die groepen inhoudelijk sturen;
 - 10° vormingen op maat verder te ontwikkelen voor psychologen en orthopedagogen die in de eerstelijns gezondheidszorg werken, door trainingen te organiseren over het KOP- en PrOP-model, over psycho-educatie en over kortdurende behandelingen voor diverse eerstelijnsproblematieken;
 - 11° aanvullend op vroege detectie en screening van psychische problemen, onder andere via het programma Mental Health First Aid, het ook mogelijk te maken om kortdurende behandelingen uit te voeren en psycho-educatie in groep aan te bieden, die leiden tot het verminderen van psychische klachten en bijgevolg ook tot het verminderen van wachtlijsten in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Op die manier kunnen zorgvragers zich zowel online als via andere kanalen aanmelden voor persoonsgerichte zorg op maat;
 - 12° onderzoek op te zetten naar het effect op het psychisch welzijn van kortdurende behandelingen met het KOP- en PrOP-model, en psycho-educatie.

Freya VAN DEN BOSSCHE
Jan BERTELS