

Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België?

Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden

Clara Noirhomme — Studiedienst

Met dank aan Jesse Berwouts, Élise Derroitte en Svetlana Sholokhova

Samenvatting

Vanuit de vaststelling dat er een grotere behoefte is aan geestelijke gezondheidszorg bij bepaalde groepen – vrouwen, beroepsactieve, arme en geracialiseerde personen – heeft deze studie een tweeledig doel: enerzijds nagaan in hoeverre gebruik wordt gemaakt van ambulante geestelijke gezondheidszorg (consultaties bij psychiaters en psychologen) en anderzijds de belemmeringen in kaart brengen voor de toegang tot deze zorg. Hiervoor worden verschillende soorten gegevens gebruikt: de gegevens uit de gezondheidsenquête van Sciensa-no (2018), de gegevens uit de CM-enquête over de prevalentie van psychologische problemen en het zoeken van hulp (2019), de gegevens over het zorggebruik door CM-leden (2021) en de lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de commissie van psychologen (2022). Uit de analyse van deze gegevens blijkt dat het feit dat deze groepen niet de zorg gebruiken die zij nodig hebben, te wijten is aan de drempels/hindernissen die zij ondervinden in de vier dimensies van toegankelijkheid: het onvermogen om de eigen behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid te identificeren (gevoeligheid), de terughoudendheid om een beroep te doen op de bestaande diensten (aanvaardbaarheid), het onvermogen om de diensten te betalen (financiële toegankelijkheid) en het onvermogen om de diensten of patiënten te bereiken (beschikbaarheid). Zo staan vrouwen minder sceptisch tegenover professionele hulp dan mannen, maar zij melden hun problemen dan weer weinig en geven aan zich zorgen te maken over de kosten van de zorg en de beschikbare tijd. Mensen met financiële moeilijkheden daarentegen voelen zich vaker beschaamd over het feit dat ze een beroep (moeten) doen op professionele hulp en geven het vaakst aan dat zij zich zorgen maken over de kosten van de zorg, en terecht, aangezien zorg die niet door de verplichte verzekering wordt terugbetaald voor hen financieel grotendeels ontoegankelijk blijft. Zij maken dus in mindere mate gebruik van psychologische zorg. Bovendien is het aanbod van zorgverleners ongelijk verdeeld over het land. Al deze moeilijkheden leiden tot aanbevelingen die

voortvloeiën uit de resultaten van onze studie en die het belang benadrukken om proportioneel universalisme toe te passen opdat in alle groepen vergelijkbare resultaten kunnen worden bereikt.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, toegankelijkheid van gezondheidszorg, zorggebruik, gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid, beschikbaarheid, risicofactoren, geslacht, sociale ongelijkheden

1. Inleiding

Uit de enquête van het Belgische gezondheidsinstituut Sciensano blijkt dat in 2018, 33% van de Belgen psychische moeilijkheden heeft die wijzen op onwelbevinden, met als belangrijkste moeilijkheden: zich voortdurend gespannen en gestrest voelen (29%), te weinig slapen door zorgen (23%), en zich ongelukkig en depressief voelen (20%) (Gisèle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

België behoort tot de landen waar de levenstevredenheid van de inwoners hoog is: met een score van 7,4 op een schaal tot 10 ligt het boven het Europese gemiddelde (Gisèle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Achter dit gemiddelde gaan echter ook ongelijkheden schuil. Hoewel deze enquête geen resultaten geeft volgens nationaliteit, toont zij wel sterke verschillen tussen mannen en vrouwen, volgens leeftijdsgroep, inkomensniveau en regio. Zo merken we een lagere levenstevredenheid en een grotere neiging tot psychologische moeilijkheden (wat wijst op onwelbevinden of een waarschijnlijke mentale pathologie) bij vrouwen, bij de beroepsbevolking (24-54 jaar), bij mensen met een laag inkomen, Walen en Brusselaars. Het risico om psychologische moeilijkheden te vertonen die wijzen op onwelbevinden is 1,4 keer hoger voor vrouwen dan voor mannen, 1,7 keer hoger voor mensen in de laagste inkomenscategorie dan voor mensen met het hoogste inkomen en 1,3 keer hoger voor Brusselaars dan voor Vlamingen. Het risico om psychologische moeilijkheden te vertonen die wijzen op een waarschijnlijke psychische pathologie is nog hoger voor deze bevolkingsgroepen met een risico dat 1,5 keer hoger ligt voor vrouwen, 2 keer hoger voor personen in de laagste inkomenscategorie vergeleken met personen in de hoogste inkomenscategorie en 1,4 keer hoger voor mensen uit Brussel en Wallonië vergeleken met de Vlamingen.

Wanneer we deze risicofactoren (geslacht, leeftijd en regio) kruisen, blijkt het percentage respondenten met psychologische moeilijkheden in bepaalde subgroepen nog hoger te liggen. Zo heeft 57% van de Brusselse vrouwen tussen 25 en 34 jaar moeilijkheden die met onwelbevinden kunnen worden gelijkgesteld, tegenover 39% van de mannen in dezelfde leeftijdsgroep. De genderkloof is nog groter in Wallonië, waar 29% van de mannen in deze leeftijdsgroep moeilijkheden vertoont die wijzen op onwelbevinden, tegenover 53% van de vrouwen, wat neerkomt op een kloof van 24 procentpunten.

De vraag die rijst is welke steun wordt geboden aan mensen met psychologische problemen en in het bijzonder aan de groepen die een groter risico lopen om aan psychologische problemen te lijden, dat wil zeggen vrouwen, arme personen en geracialiseerde personen (zie ook het artikel van Sholokhova in dit nummer). Deze groepen hebben grotere gezondheidsbehoeften, maar is hun toegang tot psychologische opvolging in overeenstemming met deze behoeften? En meer algemeen, is psychologische opvolging toegankelijk in België?

Om deze vragen te beantwoorden, hebben wij een studie uitgevoerd met een dubbele doelstelling. Een eerste doelstelling is een overzicht te geven van het gebruik van ambulante psychologische en psychiatrische zorg in België. Wat ons hier vooral interesseert, is de invloed van de sociale ongelijkheden op het gebruik en het zoeken van de zorg. Om kwetsbare groepen te identificeren, wilden wij ons echter niet beperken tot de economische en financiële benadering van ongelijkheid, maar hebben wij ook andere risicofactoren voor geestelijke gezondheidsproblemen in de analyse opgenomen - waaronder geslacht, leeftijd, woonplaats en nationaliteit. De tweede doelstelling van onze studie is de hindernissen voor de toegang tot dergelijke zorg in kaart te brengen. Het doel is hier de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op een brede manier te beoordelen – dus niet beperkt tot de betaalbaarheid ervan - door te kijken naar alle dimensies van toegankelijkheid die het niet-gebruiken en de onvervulde behoeften helpen verklaren.

Wij beginnen dit artikel met een uiteenzetting van het theoretisch kader van deze studie, meer bepaald de conceptualisering van toegankelijkheid. Vervolgens beschrijven we de gebruikte methodologie. In het deel over de resultaten geven wij een overzicht van het gebruik van terugbetaalde zorg voor psychologische opvolging, om na te gaan of groepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychologische problemen ook meer toegang hebben tot psychologische opvolging. Vervolgens analyseren wij de hindernissen voor de toegang tot psychologische en psychiatrische zorg. Wij sluiten ons artikel af met een reeks aanbevelingen die voortvloeien uit de resultaten van onze studie.

2. De vier dimensies van toegankelijkheid van gezondheidszorg

In onze studie baseren wij ons op de conceptualisering van het begrip toegankelijkheid van de gezondheidszorg volgens Cès (Cès, 2021). Dit begrip, dat maar al te vaak als vanzelfsprekend wordt beschouwd, omvat vier dimensies: **gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid**. Deze dimensies kunnen worden opgesplitst afhankelijk van vraag en aanbod, en maken het dus mogelijk een groot aantal toegankelijkheidsproblemen aan de orde te stellen, zowel op vlak van het zorgaanbod als voor de gebruikers van de gezondheidsdiensten.

De eerste dimensie van toegankelijkheid die wij zullen behandelen is de **gevoeligheid**. Hieronder wordt verstaan “het vermogen om objectieve behoeften vanuit klinisch oogpunt vast te stellen” (Cès, 2021, p. 8). Wat het aanbod van geestelijke gezondheid betreft, verwijst dit naar de verantwoordelijkheid van de zorgverleners om de behoeften van de patiënten vast te stellen, wat vereist dat eerstelijnszorgverleners bijzonder alert moeten zijn om een vroegtijdige opsporing van geestelijke gezondheidsproblemen mogelijk te maken. Op het niveau van de vraag komt dit overeen met de herkennen van de eigen zorgbehoeften, dit is in staat zijn de aanwezigheid van ernstig psychisch lijden te onderkennen dat de tussenkomst van een zorgverlener vereist. Deze gevoeligheid wordt beïnvloed door een aantal factoren, zoals het sociale netwerk van de patiënt dat hem of haar kan aanmoedigen om hulp te zoeken, maar ook het sociaaleconomisch niveau. Personen die in preciaire omstandigheden leven, worden dagelijks geconfronteerd met moeilijkheden om in hun basisbehoeften te voorzien, wat hun aandacht afleidt van hun gezondheidsproblemen. Op psychologisch vlak is gevoeligheid echter iets ingewikkelds, omdat gebrek aan bewustzijn van iemands geestelijke gezondheidsproblemen deel kan uitmaken van een klinisch beeld.

De **aanvaardbaarheid** komt daarentegen overeen met “het vermogen om zorg te verlenen die voldoet aan de minimale behoefte aan ervaren kwaliteit zodat mensen aanvaarden om gebruik te maken van gezondheidszorg” (Cès, 2021, p. 11). Aan de aanbodzijde gaat het er dus om de kwaliteit van de diensten te garanderen, met name door het vermijden van elke vorm van discriminatie. Aan de vraagzijde is het noodzakelijk dat deze diensten voldoen aan de sociale behoeften zodat patiënten ertoe besluiten zorg te zoeken:

het eerbiedigen van de sociale normen, organisatorische keuzes en communicatiebehoeften van de patiënten (de vertrouwensrelatie is hier bijzonder belangrijk). Op het vlak van de geestelijke gezondheid houdt het aspect aanvaardbaarheid, vooral bij kansarmen, verband met het risico om zorg uit te stellen wanneer zij vrezen dat gezondheidswerkers hen negatief zullen beoordelen (Maes, 2021).

De **beschikbaarheid** betreft enerzijds de kwantitatieve aangelegenheid van de regulering van het aanbod van zorgverleners volgens de behoeften van de bevolking en anderzijds de organisatorische en praktische aspecten van de werking van gezondheidsdiensten (de gemakkelijkerheid). (Cès, 2021). Aan de aanbodzijde van de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat het volume van de ambulante zorg toereikend en materieel toegankelijk moet zijn op een manier die overeenkomt met de behoeften van de bevolking, waarbij elke vorm van discriminatie die de toegang tot de diensten verhindert of belemmert, moet worden vermeden. Vanuit dit oogpunt wordt de beschikbaarheid onder meer beïnvloed door de geografische spreiding op het grondgebied, de openingsuren, de wijze waarop afspraken worden georganiseerd en de wijze waarop de diensten met de patiënten communiceren, met inbegrip van de communicatie om de diensten bekend te maken. Aan de vraagzijde gaat het om het vermogen van de patiënten om de diensten te bereiken en beschikbaar te zijn om erheen te gaan, meer bepaald om tijd vrij te maken, maar ook om over de nodige materiële middelen te kunnen beschikken, zoals vervoersmiddelen. Dit vermogen wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals de economische status, maar ook gezinsverantwoordelijkheden en de steun van familieleden om naar de afspraak te gaan.

Ten slotte verwijst de **betaalbaarheid** naar het feit dat “de eigen bijdragen voldoende beperkt zijn om het gebruik van zorg niet te ontmoedigen en dat het gebruik van gezondheidsdiensten voor de patiënten niet resulteert in financiële moeilijkheden” (Cès, 2021, p. 9-10). Aan de aanbodzijde is het noodzakelijk dat de zorg voldoende gedekt is door een verplichte verzekering, zodat eigen bijdragen de toegang tot de zorg niet ondermijnen. Het bijzondere van ambulante geestelijke gezondheidszorg is dat deze een regelmatige en soms langdurige opvolging vereist; de kosten voor de patiënt kunnen dus bijzonder hoog oplopen. Aan de vraagzijde gaat het om de mogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg, de vervoerskosten en eventuele alternatieve kosten in verband met inkomensverlies (voor de tijd die in de zorg wordt doorgebracht) te dragen. Het inkomensniveau en de ziektekostenverzekering zijn dus bepalende factoren, maar ook het sociale en familiale net-

werk. Daarom lopen alleenstaande en kansarme personen een groter risico op financiële moeilijkheden wanneer zij beroep doen op gezondheidszorg, niet alleen omdat zij over minder financiële draagkracht beschikken, maar ook omdat zij in mindere mate kunnen rekenen op de solidariteit binnen het gezin en mogelijkheden voor financiële steun.

3. Methode

In deze studie werd gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

1. **De gegevens van de Gezondheidsenquête van Sciensano** (2018) die het zorggebruik voor zelfgerapporteerde depressie beoordeelt. In deze enquête werd aan respondenten die aangeven in de afgelopen twaalf maanden aan een depressie te hebben geleden, gevraagd wat er werd gedaan om met dit probleem om te gaan (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).
2. **De gegevens van de CM-enquête over de prevalentie van psychologische problemen en het zoeken van hulp¹** (2019) voor de analyse van enerzijds *het gebruik van psychologische zorg* en anderzijds de toegankelijkheidsproblemen tot de gezondheidszorg vanuit het oogpunt van de *vraag*. In de enquête werd immers aan de respondenten gevraagd of zij professionele hulp hadden of zouden hebben gezocht en de redenen waarom dat niet mogelijk was of zou zijn geweest. Onder de stellingen vinden wij verklarende factoren die betrekking hebben op drie van de vier dimensies van toegankelijkheid: *aanvaardbaarheid*, *betaalbaarheid* en *beschikbaarheid*.

Wat de *gevoeligheid* betreft, laten de gegevens van de CM-enquête van 2019 ons toe na te gaan of er sprake is van onder- of overrapportering van psychologische problemen, door de gegevens over de frequentie van de psychologische problemen onder de respondenten (gemeten aan de hand van de CES-D 8-vragenlijst) te vergelijken met de gegevens over zelfgerapporteerde problemen, dit wil

zeggen de gevallen waarin respondenten van mening zijn dat zij psychologische problemen ondervinden.

De CES-D 8-vragenlijst biedt de mogelijkheid een inschatting te maken van de omvang van depressiegerelateerde klachten in de week voorafgaand aan de enquête. Concreet werd aan de respondenten gevraagd hoe vaak zij zich in de afgelopen week op een bepaalde manier voelden of gedroegen, variërend van «nooit of bijna nooit» (score 0) tot «altijd of bijna altijd» (score 3). Vervolgens werd voor elke respondent een totaalscore berekend tussen 0 en 24 waarbij een hogere score wijst op een hogere frequentie en intensiteit van depressieve symptomen.

Depressie wordt beschouwd als een continu verschijnsel, waarbij hogere scores duiden op een hogere frequentie en grotere ernst van de depressieve klachten. Om die reden kiezen sommige auteurs ervoor geen drempelwaarde vast te stellen (Missinne, Vandeviver, Van de Velde, & Bracke, 2014; Van de Velde, Levecque, & Bracke, 2009). Het is echter ook mogelijk de scores te dichotomiseren en 'prevalenties' te gebruiken. Briggs et al. stellen een drempel van 9 voor, vanaf dewelke depressieve symptomen significant zijn (Briggs, Carey, O'Halloran, Kenny, & Kennelly, 2018). Wij kiezen hier voor een drempel van 10 om de waarschijnlijkheid van een psychisch probleem niet te overschatten, aangezien ons doel niet is de prevalentie van depressie te meten, maar te observeren bij welke categorieën van respondenten deze verschijnselen het meest voorkomen.

Om te testen of er sprake is van systematische/significante onderrapportering, hebben we gebruik gemaakt van de McNemar-toets, die 'incongruente' verhoudingen vergelijkt: het aandeel mensen zonder psychologische problemen (CES-D 8 schaal) die problemen melden (overrapportering) en het aandeel mensen met psychologische problemen die geen problemen melden (onderrapportering). Personen met psychologische problemen die deze melden en mensen zonder problemen die geen probleem melden, worden niet in aanmerking genomen bij het testen van de onderrapportering, aangezien zij correct rapporteren.

1 De Christelijke Mutualiteit heeft in mei 2019 een enquête gehouden onder haar leden over hoe zij zelf zouden reageren op iemand met psychologische problemen, om de aanwezigheid en de impact van stigmatisering in de geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020). De analyse van de resultaten was gebaseerd op een steekproef van 5.675 respondenten die aangesloten waren bij een Vlaamse CM-mutualiteit. De steekproef werd herwogen om overeen te stemmen met de referentiepopulatie naar leeftijd, geslacht en inkomen, die overeenkomt met de Vlaamse bevolking. Er zij dus op gewezen dat men voorzichtig moet zijn met het veralgemenen van deze resultaten naar heel België, aangezien de kenmerken van de inwoners van Brussel en Wallonië kunnen verschillen.

3. Gegevens over het zorggebruik waarover CM beschikt (2021). Dit zijn bestaande gegevens over het gebruik van psychologische opvolging: ambulante geestelijke gezondheidszorg verstrekt in de spreekkamer van de psychiater/psycholoog of in collectieve structuren, dit is buiten de ziekenhuisopnames. In dit verband beschikt CM over de gegevens van de verplichte ziekteverzekering (consultaties en sessies van psychotherapeutische behandeling in de spreekkamer van de arts specialist (psychiater of neuropsychiater), met inbegrip van de mogelijkheid om de sessie op afstand te houden (teleconsultatie), en sessies bij de psycholoog in het kader van een traject van eerstelijnspsychologische zorg), en over de gegevens betreffende de prestaties en diensten van de aanvullende verzekering (de terugbetaling voor psychologische hulp).

4. De lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de Psychologencommissie (gegevens 2022). Wij brengen het aanbod van de zorgverstrekkers van ambulante psychologische/psychiatrische hulp in kaart op basis van deze lijsten en vergelijken dit met het zorggebruik in 2021 van de CM-leden ouder dan 18 jaar om de *beschikbaarheid*

van de psychologische zorg aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg te analyseren².

Samengevat: voor de eerste doelstelling van onze studie kijken we naar het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in België met behulp van de gegevens uit de Sciensa-no-enquête van 2018, de CM-enquête gepubliceerd in 2019 en de CM-gegevens 2021 inzake het zorggebruik. Voor onze tweede doelstelling meten we de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België aan de hand van de gegevens van de CM-enquête, de gegevens van het RIZIV en van de Psychologencommissie en de CM-gegevens. Zoals blijkt uit Tabel 1, die een overzicht geeft van de methoden die in onze studie zijn gebruikt om de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg te meten, zijn de gegevens waarover wij beschikken om de toegankelijkheidsproblemen vanuit het oogpunt van het zorgaanbod te analyseren, beperkt. Wij beschikken met name niet over de nodige gegevens om de dimensies gevoeligheid en aanvaardbaarheid van het zorgaanbod te analyseren. We kunnen dus niet meten hoe gezondheidswerkers de behoeften van patiënten vaststellen, noch wat er wordt gedaan om de zorg voor de patiënten aanvaardbaar te maken.

Tabel 1: Methoden gebruikt in de studie om de vier dimensies van toegankelijkheid van ambulante geestelijke gezondheidszorg in België te meten

Dimensies van toegankelijkheid	Aanbod van geestelijke gezondheidszorg	Vraag naar geestelijke gezondheidszorg
Gevoeligheid	/	Analyse van de gegevens uit de CM-enquête van 2019 over de prevalentie en stigmatisering van psychologische problemen
Aanvaardbaarheid	/	
Betaalbaarheid	Analyse van de eigen kosten voor de patiënt voor zorg die wordt terugbetaald door de verplichte en aanvullende verzekering aan de hand van de CM-facturatiegegevens (gegevens 2021)	
Beschikbaarheid	Opstellen van een cartografie die een vergelijking mogelijk maakt tussen het aanbod van zorgverleners die ambulante psychologische/psychiatrische opvolging aanbieden op basis van de lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de Psychologencommissie (gegevens 2022) en het gebruik van terugbetaalde zorg in 2021 door CM-leden ouder dan 18 jaar	

² Deze gegevens moeten echter met enige voorzichtigheid worden behandeld, aangezien wij slechts over één adres per dienstverlener beschikken en de woonplaats van de dienstverlener kan verschillen van het adres van de praktijk.

4. Resultaten van de analyse

4.1. Het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg

4.1.1. Het gebruik van psychotherapie bij depressie

Volgens de gegevens van de gezondheidsenquête van Sciensano heeft 81% van de respondenten die verklaren in de afgelopen twaalf maanden een depressie te hebben ge-

had (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020) een gezondheidswerker geraadpleegd, heeft 67% medicatie genomen en heeft slechts 43% psychotherapie gevolgd (zie Tabel 2). Bovendien stellen we vast dat sociaal-demografische kenmerken een invloed hebben op dit zorggebruik. Zo raadplegen de inwoners van het Vlaamse Gewest minder gemakkelijk een gezondheidswerker voor een aan depressie gerelateerd probleem (73%), dan de inwoners van Brussel (81%) en Wallonië (92%). Dezelfde tendens kan worden waargenomen wanneer we kijken naar het nemen van medicatie en het volgen van psychotherapie:

Tabel 2: Percentage van de Belgische bevolking dat verklaart in de afgelopen 12 maanden aan een depressie te hebben geleden en geboden zorg (Bron: Gezondheidsenquête Sciensano 2018 - Geestelijke gezondheid)

		Percentage van de bevolking dat meldt in de laatste 12 maanden aan een depressie te hebben geleden	Van de personen die zeggen aan een depressie te hebben geleden		
			Percentage dat een zorgverstreker heeft geraadpleegd voor deze aandoening	Percentage dat medicatie heeft genomen voor deze aandoening	Percentage dat psychotherapie volgde voor deze aandoening
GESLACHT	Man	6%	81%	67%	40%
	Vrouw	9%	81%	67%	44%
LEEFTIJDSGROEP	15 - 24	3%	83%	43%	63%
	25 - 34	7%	79%	56%	57%
	35 - 44	8%	73%	55%	51%
	45 - 54	9%	89%	77%	59%
	55 - 64	9%	85%	75%	34%
	65 - 74	6%	75%	72%	20%
	75 +	9%	77%	74%	11%
INKOMENS NIVEAU	Kwintiel 1 (laagste inkomensniveau)	15%	84%	73%	39%
	Kwintiel 2	10%	75%	69%	34%
	Kwintiel 3	7%	78%	65%	45%
	Kwintiel 4	7%	81%	63%	50%
	Kwintiel 5 (hoogste inkomensniveau)	4%	86%	62%	51%
REGIO	Vlaams Gewest	7%	73%	62%	36%
	Brussels Gewest	8%	81%	67%	46%
	Waals Gewest	8%	92%	75%	52%
Totale bevolking		7%	81%	67%	43%

respectievelijk 62% en 36% in Vlaanderen, 67% en 46% in Brussel en 75% en 51% in Wallonië. Van de vrouwen volgde 44% psychotherapie, tegenover 40% van de mannen.

Hoewel we niet verder ingaan op de gegevens inzake medicatie en zwaardere behandelingen zoals ziekenhuisopnames, blijkt uit de gegevens van Sciensano dat de verhouding voor de beoogde oplossing (medicatie of therapie) omgekeerd evenredig is met leeftijd en inkomensniveau (zie Tabel 2):

- **Hoe jonger men is en hoe hoger het inkomen, hoe groter de kans dat men psychotherapie volgt:** 63% van de 15-24-jarigen die zeggen het afgelopen jaar een depressie te hebben gehad, heeft psychotherapie gevolgd, tegenover 34% van de 55-64-jarigen en slechts 11% van de 75-plussers. De helft van degenen die tot de hoogste inkomensgroep behoren en die zelf aangaven aan een depressie te hebben geleden, heeft hulp gezocht, tegenover slechts 39% van degenen in de laagste inkomensgroep. Wanneer leeftijd en inkomen worden gekruist, is deze bevinding nog opvallender, aangezien 92% van de 15-24-jarigen in de hoogste inkomensgroep die een depressie hebben gemeld, ook een arts heeft geraadpleegd.
- **Hoe ouder men is en hoe lager het inkomen, des te meer men medicatie neemt:** driekwart van de personen boven de 45 die zeggen aan een depressie te hebben geleden, heeft medicatie genomen om de aandoening te behandelen, tegenover ongeveer de helft van de personen onder de 45 jaar. Evenzo heeft 73% van de personen in de laagste inkomensgroep die zelf aangaven een depressie te hebben gehad, medicatie genomen, tegenover 62% in de hoogste inkomensgroep.

Zoals blijkt uit Tabel 2, zien we dat, wanneer we kijken naar het inkomensniveau, het gebruik van psychotherapeutische zorg lager is naarmate de prevalentie in een categorie hoger is. Zo zien we dat hoewel meer personen in de armste categorieën (kwintielen 1 en 2) aangaven in de loop van het jaar een depressie te hebben gehad, zij minder psychotherapie kregen. Het zorggebruik is dus omgekeerd evenredig met de behoefte.

4.1.2. Het gebruik van professionele hulp

De resultaten van de CM-enquête over de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en het zoeken van hulp tonen in de eerste plaats aan dat het moeilijker is om professionele hulp te zoeken voor mensen die lijden aan psychologische problemen op het ogenblik van de enquête. De overgrote meerderheid van de mensen die niet van mening zijn dat zij psychologische problemen hebben, zegt dat zij hulp zouden zoeken als zij die wel zouden hebben (92%), terwijl dit slechts geldt voor 65% van de mensen die op het moment van de enquête aangaven dat zij psychologische problemen hadden (Verniest, Luypaert, & Bracke, 2020).

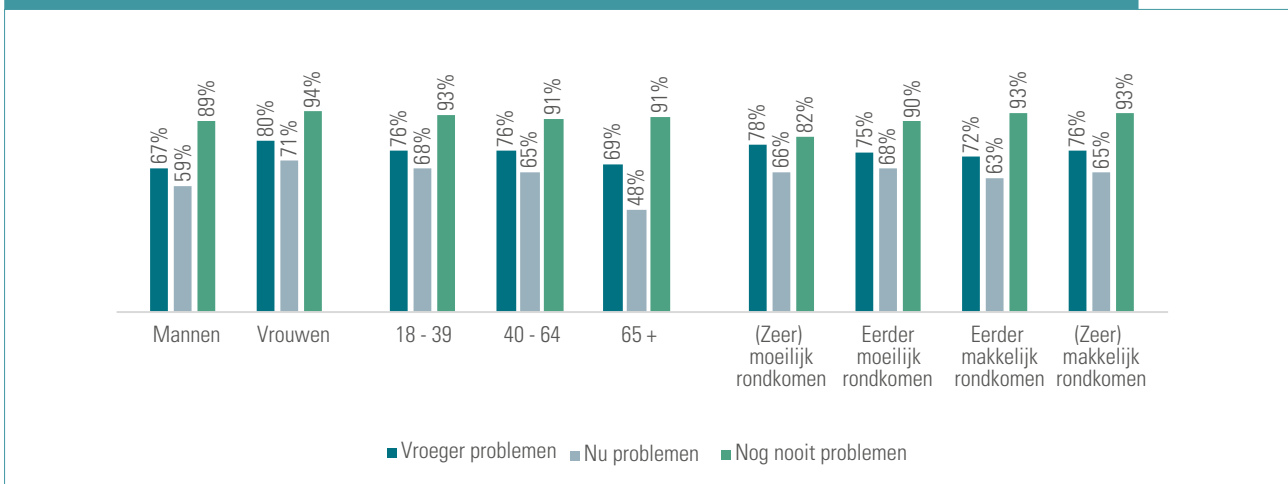
Wanneer we deze resultaten verfijnen aan de hand van de belangrijkste determinanten, stellen we vast dat vrouwen meer dan mannen professionele hulp hebben gezocht/zoeken/zouden zoeken (ongeacht of ze in het verleden problemen hebben gehad, er momenteel mee kampen of nooit psychologische problemen hebben gehad). Zo zegt bijvoorbeeld 71% van de vrouwen die nu psychologische problemen hebben, hulp te hebben gezocht en 80% van diegenen die in het verleden psychologische problemen hebben gehad, tegenover respectievelijk 59% en 67% van de mannen. Oudere personen daarentegen zoeken minder snel hulp. Dit geldt vooral voor zij die op het moment van

de bevraging psychologische problemen ondervonden (slechts 48% van de 65-plussers die zegt psychologische problemen te hebben, zegt hulp te zoeken, zie Figuur 1).

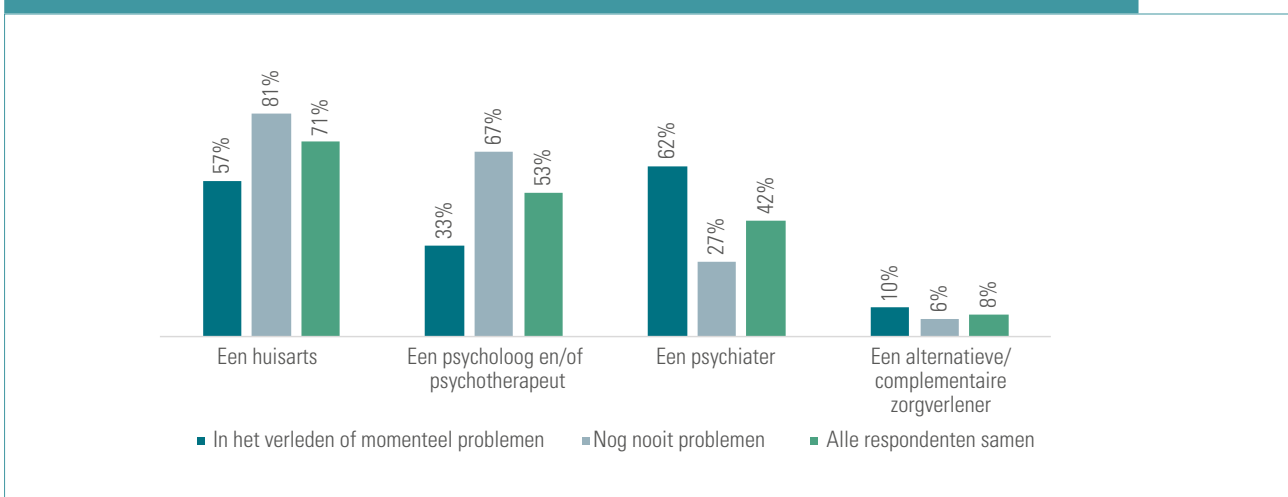
Personen die financiële moeilijkheden ondervinden, zoeken dan weer vaker hulp (evenveel en zelfs iets meer dan meer gegoede personen), maar alleen wanneer zij weten dat zij een geestelijk gezondheidsprobleem hebben gehad of momenteel hebben. Anderzijds is hun score voor aanvaardbaarheid lager wanneer zij zeggen nooit psychologische problemen te hebben gehad: 82% van de mensen die zeggen (zeer) moeilijk rond te kunnen komen, zegt de intentie te hebben om hulp te zoeken, terwijl dit geldt voor 93% van de mensen die zeggen (zeer) gemakkelijk rond te kunnen komen.

Uit de enquête blijkt ook tot welk type van zorgverlener de respondenten zich het gemakkelijkst wenden als ze hulp zoeken. De huisarts werd als eerste genoemd (71% van de respondenten), gevolgd door de psycholoog/psychotherapeut (53%) en de psychiater (42%). Afhankelijk van het voorkomen van psychologische problemen merken we een zeer interessante tendens: slechts 33% van degenen die problemen hebben ondervonden of ondervinden, wenden zich tot een psycholoog en 57% tot hun huisarts, terwijl 62% zich tot een psychiater wendt (zie Figuur 2). Omgekeerd zeggen mensen die denken geen problemen te hebben dat zij zich gemakkelijker tot hun huisarts (81%) en tot een psycholoog (67%) zouden wenden dan tot een psychiater (27%).

Figuur 1: Percentage van respondenten dat zegt professionele hulp te hebben gezocht/zouden zoeken voor een psychologisch probleem, naar geslacht, leeftijd en financiële situatie (Bron: CM-enquête, 2019)



Figuur 2: Percentage respondenten dat verschillende soorten professionals noemt wanneer ze zeggen professionele hulp te hebben/zouden zoeken voor een psychologisch probleem (Bron: CM-enquête, 2019)



Evolutie van de terugbetaling van ambulante psychologische zorg

Historisch gezien was de terugbetaling voor psychologische zorg beperkt tot **consultaties bij psychiaters** (consultaties en psychotherapeutische behandeling). Geleidelijk aan, maar pas sinds 2019, worden ook consultaties voor klinische psychologie gedekt door de verplichte verzekering (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Een groot deel van de psychologische zorg wordt vandaag de dag nog steeds niet gedekt, hoewel deze gedeeltelijk wordt vergoed door de aanvullende verzekering van CM.

Vanaf 2019 wordt het aanbod van psychologische zorg in het hele land geleidelijk versterkt dankzij de hervorming '**eerstelijnspsychologie**'. In het kader van deze hervorming is tot eind 2021 de terugbetaling van consultaties bij psychologen of orthopedagogen toegestaan op basis van een voorschrift van de huisarts voor depressie of problemen in verband met angst, alcoholgebruik of het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, tot een maximum van acht consultaties per jaar. In 2022 veranderen de toegangsvoorwaarden en is het niet langer nodig om een voorschrift van een huisarts te hebben of een hierboven genoemd probleem te hebben om terugbetaling te krijgen. Daarnaast wordt een nieuwe categorie zorg terugbetaald: gespecialiseerde psychologische zorg, die bedoeld is voor mensen die specifiekere of intensievere zorg nodig hebben vanwege ernstigere psychologische problemen (met een maximum van 20 terugbetaalde sessies per jaar). Het doel van deze hervorming is zorg te bieden die nog beter op elke situatie is afgestemd en de consultaties toegankelijk te maken, zowel wat de procedures als de prijs betreft. De dekking van psychologische zorg door de verplichte ziekteverzekering is een belangrijke stap voorwaarts in de verbetering van de betaalbaarheid ervan. Er moet echter worden nagegaan of bepaalde kwetsbare groepen nog steeds moeilijkheden ondervinden om (financieel) toegang te krijgen tot de diensten in het kader van het huidige tariefsysteem (het remgeld is vastgesteld op 11 euro voor individuele sessies en 4 euro als de patiënt in aanmerking komt voor de verhoogde tegemoetkoming, wat neerkomt op een totale kostprijs ten laste van de patiënt van respectievelijk 220 en 80 euro voor 20 sessies).

Naast de zorg die door de verplichte verzekering gezondheidszorg wordt terugbetaald, vergoedt CM ook de psychologische opvolging via haar aanvullende verzekering: dit is het **voordeel psychologische zorg**. De voordelen en diensten die worden aangeboden door de aanvullende verzekering, die lange tijd specifiek waren voor elk regionaal ziekenfonds, zijn nu gestandaardiseerd voor respectievelijk alle Vlaamse en alle Franstalige ziekenfondsen, hoewel de twee regio's een verschillende benadering hanteren³. Terwijl Franstalige en Duitstalige CM-leden kunnen rekenen op een terugbetaling van 15 euro per consultatie, met een maximum van 240 euro per jaar en per persoon, krijgen Nederlandstalige leden een terugbetaling van 50% van het bedrag van de consultatie, met een maximum van 10 euro per consultatie (voor VT-leden worden de consultaties terugbetaald tegen 75% met een maximum van 15 euro), met een maximum van 24 terugbetaalde consultaties per leven.

Volgens de facturatiegegevens van CM in 2021, gingen 115.566 CM-leden langs bij een (neuro)psychiater, wat neerkomt op 3,1% van ons totale ledenbestand. Gemiddeld bezochten deze patiënten de (neuro)psychiater tussen de 4 en 5 keer per jaar. In datzelfde jaar hebben 13.479 leden

een consultatie gekregen in het kader van een traject eerstelijnspsychologie, dit is 0,4% van al onze leden (ook gemiddeld 4 à 5 consultaties per patiënt). Ten slotte kregen 71.997 leden een terugbetaling in het kader van het voordeel psychologische zorg van de aanvullende verzekering, dit is

³ Voor de Nederlandstalige ziekenfondsen is het voordeel tussen 2006 en 2017 uitsluitend voorbehouden aan jongeren en beperkt tot 6 sessies. In 2018 werd dit voordeel uitgebreid tot volwassenen en in 2020 tot 24 terugbetaalde sessies. Voor de Franstalige en Duitstalige ziekenfondsen is het voordeel vanaf 2017 in alle ziekenfondsen gelijkgetrokken tot twee soorten terugbetaalde zorg: consultaties in privépraktijken en consultaties binnen collectieve structuren die door de CM zijn erkend.

1,1% van al onze leden (gemiddeld 6 consultaties per gebruiker). In totaal hebben in 2021 185.443 leden gebruik gemaakt van ambulante geestelijke gezondheidszorg, wat een prevalentie is van 4,9% gebruikers binnen onze bevolking.

Zoals blijkt uit Figuur 3, evolueert het gebruik van het voordeel psychologische zorg (aanvullende verzekering) zeer sterk tussen 2010 en 2021. Zo stijgt het totale volume van terugbetaalde consultaties van 6.749 in 2010 tot 425.054 in 2021, wat neerkomt op bijna 63 maal meer terugbetaalde sessies. Aangezien het marktaandeel van CM in de grote regio's van het land niet hetzelfde is, moeten deze volumes ook in perspectief worden gezet met het aantal Franstalige en Duitstalige (MC) en Nederlandstalige (CM) leden. Zo bereikt het percentage gebruikers in 2021 3,8% van de Franstalige en Duitstalige leden (waarvan 3,5% erkende psychologen raadpleegt en 0,3% zich wendt tot door CM erkende collectieve structuren) tegenover 1,3% van de Nederlandstalige leden.

4.1.4. Gebruik van terugbetaalde zorg bij specifieke groepen

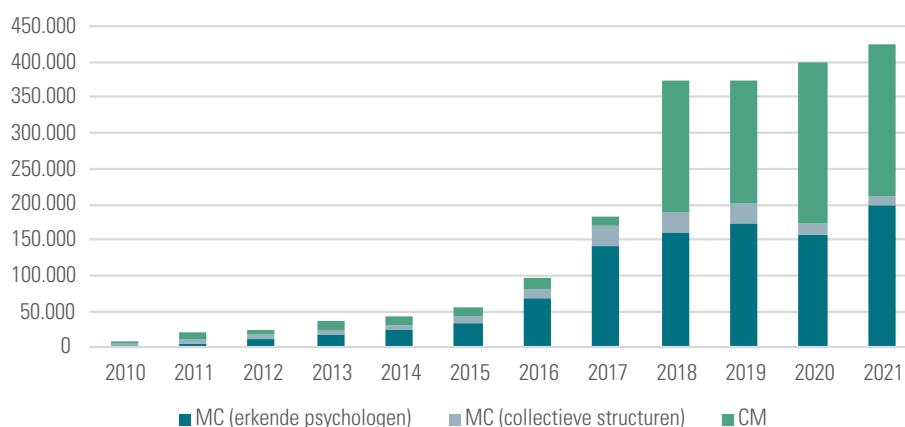
Hierna analyseren we het gebruik van psychologische zorg meer in detail volgens VT-statuut, geslacht, leeftijd en nationaliteit. Door telkens de resultaten te vergelijken met het percentage CM-leden in diezelfde categorieën (zie Figuur 4), kunnen we enerzijds nagaan of er sprake is van een adequaat gebruik van de gezondheidszorg door elke groep en anderzijds of er sprake is van zorg die de voorkeur krijgt bij bepaalde groepen, die dus vaker wordt gebruikt dan andere.

Een eerste vaststelling is dat wanneer het percentage gebruikers binnen de categorie lager is dan het percentage leden van die categorie, dat betekent dat deze bevolkingscategorie ondervertegenwoordigd is onder de gebruikers en dus **te weinig gebruik maakt van psychologische zorg**. Zo kan een laag gebruik van door de aanvullende verzekering terugbetaalde zorg worden vastgesteld bij leden met een VT-statuut, mannen, 50-plussers en alle leden die niet met de Belgische nationaliteit geboren zijn. Anderzijds wordt een hoger gebruik van de zorgverlening door de psychiater vastgesteld bij VT-leden, 29-69-jarigen en Belgen van vreemde origine. De onderbenutting van alle soorten zorg is vooral opvallend bij personen met een buitenlandse nationaliteit (van buiten de Europese Unie).

Hoewel er sprake is van een zeker onderbenutting van zorg bij mannen, betekent dit niet dat vrouwen te veel zorg gebruiken. Zoals we hebben gezien, zou volgens de gegevens van Sciensano 21% tot 38% van de vrouwen psychologische problemen hebben (gaande van onwelbevinden tot waarschijnlijke psychische aandoening). Als we hun gebruik echter vergelijken met dat van mannen, krijgt 6% van de vrouwelijke CM-leden psychologische opvolging, voor alle zorg samen, tegenover 4% van de mannen. Het percentage vrouwelijke leden dat gebruik maakt van zorg blijft zeer laag, hoewel tot 38% van hen dit nodig zou kunnen hebben.

Ten tweede geeft Figuur 4 aan welke van de drie verschillende soorten opvolging/zorg door elke categorie in verhouding meer wordt gebruikt. Deze verschillen in gebruik kunnen verband houden met andere dimensies van de toegankelijkheid van zorg:

Figuur 3: Jaarlijkse evolutie van het volume psychologische consultaties terugbetaald door de aanvullende verzekering van CM, 2010-2021 (Bron: CM-gegevens)

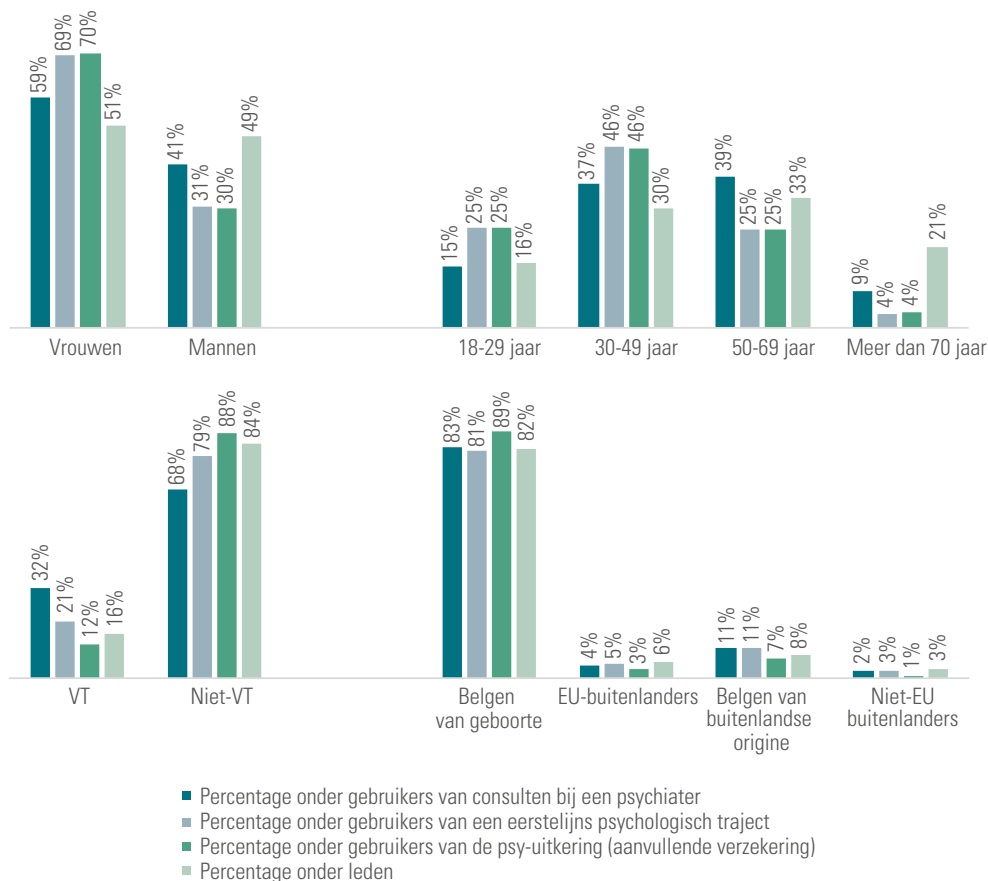


- Zo doen vrouwen vaker een beroep op de psycholoog dan op de psychiater (vrouwen zijn goed voor 70% van de gebruikers van het voordeel psychologische zorg, tegenover 59% van de gebruikers van psychiatrische zorg).
- Op dezelfde manier maken de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming meer gebruik van de zorg van een psychiater (zij vertegenwoordigen 32% van de gebruikers van deze zorg, terwijl hun aandeel bij de CM-leden 16% bedraagt) of van een psycholoog die werkt in het kader van het eerstelijns traject (21% van de gebruikers), dan van het voordeel psychologie (12% van de gebruikers).
- Personen die als Belg zijn geboren, zijn meer geneigd om een psycholoog te raadplegen in het kader van de aanvullende verzekering (zij vertegenwoordigen 89% van de gebruikers van deze zorg), terwijl niet-Belgen (EU en niet-EU) en Belgen van buitenlandse origine verhoudingsgewijs vaker een beroep doen op eerstelijnspsychologische zorg.
- Wat de leeftijdscategorieën betreft, maken 50-plussers verhoudingsgewijs meer gebruik van de opvolging door een psychiater, terwijl 18-49-jarigen zich eerder tot een psycholoog wenden.

Cumulatief karakter van de risico's

Figuur 5 geeft een beeld van het cumulatieve karakter van de risicofactoren. Zo zien we dat psychologische zorg (alle soorten zorg samen, zowel deze terugbetaald door de verplichte verzekering als deze terugbetaald door de aanvullende verzekering) wordt gebruikt door 5% van de CM-leden, terwijl dit percentage stijgt tot 8% van de CM-leden met VT-status. Dit percentage blijft stabiel naar geslacht, aangezien 8% van de vrouwen met VT-status opvolging krijgt. Het percentage stijgt echter tot 15% wanneer deze vrouwen in de actieve leeftijdsgroep van 30-49 jaar vallen. Van de laatstgenoemden krijgt 22% van degenen die de Belgische nationaliteit van geboorte hebben, psychologische begeleiding. Anderzijds maakt slechts 4% van de vrouwen van 30-49 jaar met VT-status die een buitenlandse nationaliteit hebben (van buiten de Europese Unie)

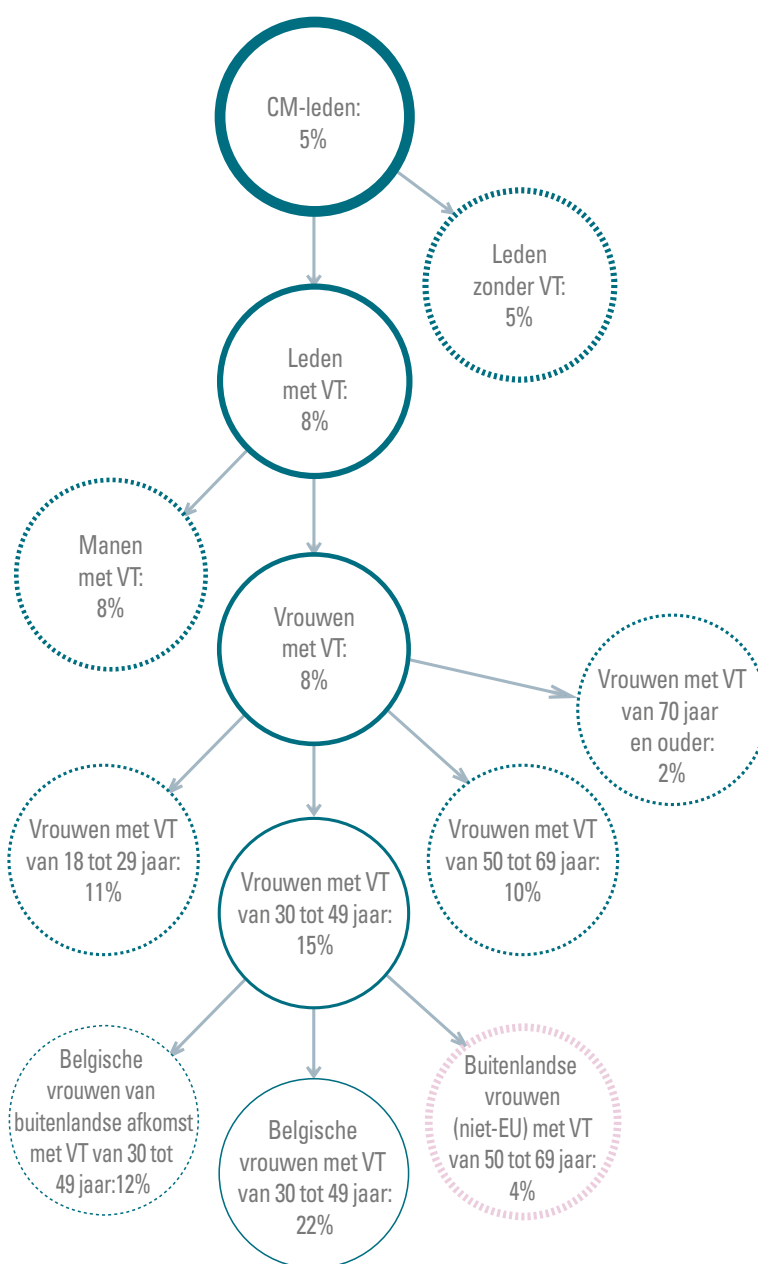
Figuur 4: Percentage gebruikers onder CM-leden van 18 jaar en ouder in 2021, per geslacht, VT-status, leeftijd en nationaliteit (Bron: CM-gegevens)



gebruik van deze zorg, tegenover 12% van de Belgische vrouwen van buitenlandse afkomst. Het hebben van een buitenlandse nationaliteit (niet-EU) is een variabele die een negatieve invloed heeft op het gebruik van psychologische zorg.

Vrouwen maken dan misschien meer gebruik van de zorg, maar dat is niet zo als het gaat om leden met een verhoogde tegemoetkoming. Het is zo dat VT-leden in het algemeen (van beide geslachten) meer zorg gebruiken, en ze doen dat bovendien in een verhouding die niet overeenstemt met hun neiging om aan geestelijke gezondheidsproblemen te lijden, vooral wanneer ze niet de Belgische nationaliteit hebben.

Figuur 5: Percentage gebruikers van psychologische opvolging (alle vormen van zorg) onder de CM-leden in 2021 (Bron: CM-gegevens)



Ten slotte zien we dat er een kloof bestaat tussen het gebruik van geestelijke gezondheidszorg volgens de verschillende groepen die we hebben geïdentificeerd. Hoewel we vaststellen dat het gebruik lager is voor groepen die kenmerken combineren die aanleiding kunnen geven tot discriminatie (nationaliteit, geslacht, leeftijd, economische situatie), moeten we eerder concluderen dat de prevalentie van hun geestelijke gezondheidsproblemen precies wegens deze kenmerken hoger is. Hoe kan deze discrepantie verklaard worden? Wat zijn de belemmeringen voor een adequaat gebruik van psychologische en psychiatrische ambulante diensten? En wat zijn de factoren die de verschillen in deze kloof voor de verschillende groepen (vrouwen, VT-leden, buitenlanders) verklaren? Om deze vragen te beantwoorden analyseren wij de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van deze vier dimensies: gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid en beschikbaarheid.

4.2. Toegankelijkheidsproblemen voor geestelijke gezondheidszorg

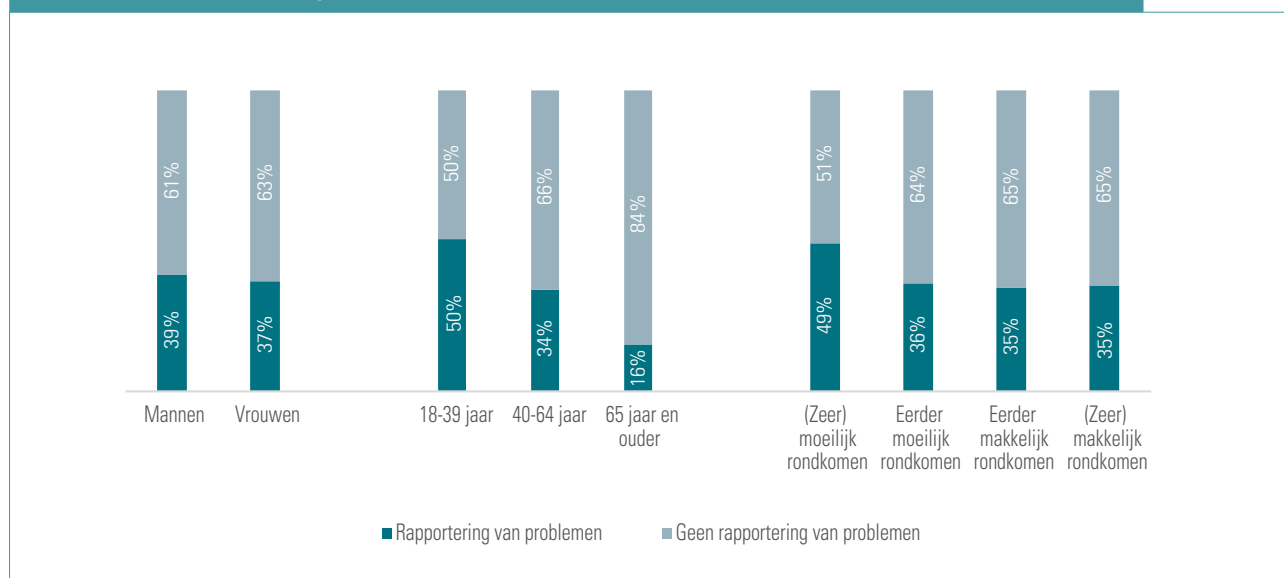
4.2.1. Onvermogen om de behoeften inzake geestelijke gezondheid vast te stellen (gevoeligheid)

Net als uit de gezondheidsenquête van Sciensano, blijkt ook uit de enquête onder de CM-leden dat de frequentie van de psychologische problemen groter is bij vrouwen,

werkenden en personen met financiële moeilijkheden. Maar herkennen mensen, en in het bijzonder deze risicogroepen, het feit dat zij met een psychologisch probleem kampen? In al deze subgroepen stellen we vast dat het percentage onderrapportering systematisch hoger is dan het percentage overrapportering. De McNemar-test bevestigt dit: indien er in werkelijkheid ongeveer evenveel onder- als overrapportering zou zijn, is de kans dat dit resultaat bij toeval wordt bereikt, zeer gering (kleiner dan 0,01% ($p < 0,0001$)).

- Er is een aanzienlijke onderrapportering voor beide geslachten en een iets grotere onderrapportering bij vrouwen: van de vrouwen die het risico lopen te lijden aan een psychisch gezondheidsprobleem, is 63% zich daar niet van bewust, tegenover 61% van de mannen (zie Figuur 6).
- Wat de leeftijdsgroepen betreft die het risico lopen psychologische problemen te krijgen, zijn het de jongsten (18-39 jaar) die het meest melding maken van hun gezondheidsproblemen (50%), terwijl slechts 16% van de 65-plussers dit doet.
- Bij de personen die verklaren (zeer) moeilijk rond te kunnen komen, is de kans op psychologische problemen zeer groot (72% van hen tegenover 20% van de mensen die verklaren (zeer) gemakkelijk rond te kunnen komen) en dit kan rechtstreeks worden toegeschreven aan hun kwetsbare situatie (die met name een bron van stress is).

Figuur 6: Percentage dat psychologische problemen rapporteert of niet rapporteert onder de respondenten met psychologische problemen zoals gemeten door de CES-D 8 (Bron: CM-enquête, 2019)



Het is dus van essentieel belang het probleem van kwetsbaarheid aan te pakken en niet alleen de gevolgen ervan. Kansarme personen maken ook het vaakst melding van psychologische problemen (38%) in vergelijking met andere groepen (20% van de rijkste groep). De onderrapportering is in deze groep echter zeer hoog: 51% van de mensen met een bewezen risico volgens de CES-D 8-schaal geeft nochtans niet aan problemen te hebben (zie Figuur 5).

Het onvermogen om de eigen behoeften inzake geestelijke gezondheid waar te nemen, komt systematisch tot uiting in de onderrapportering van de door de respondenten gemelde geestelijke gezondheidsproblemen. Zelfs wanneer respondenten perioden van psychische nood ervaren, identificeren zij dit niet als een klinische behoefte. Verscheidene variabelen, zoals de leeftijd, de economische situatie en het geslacht van de respondenten, versterken deze tendens.

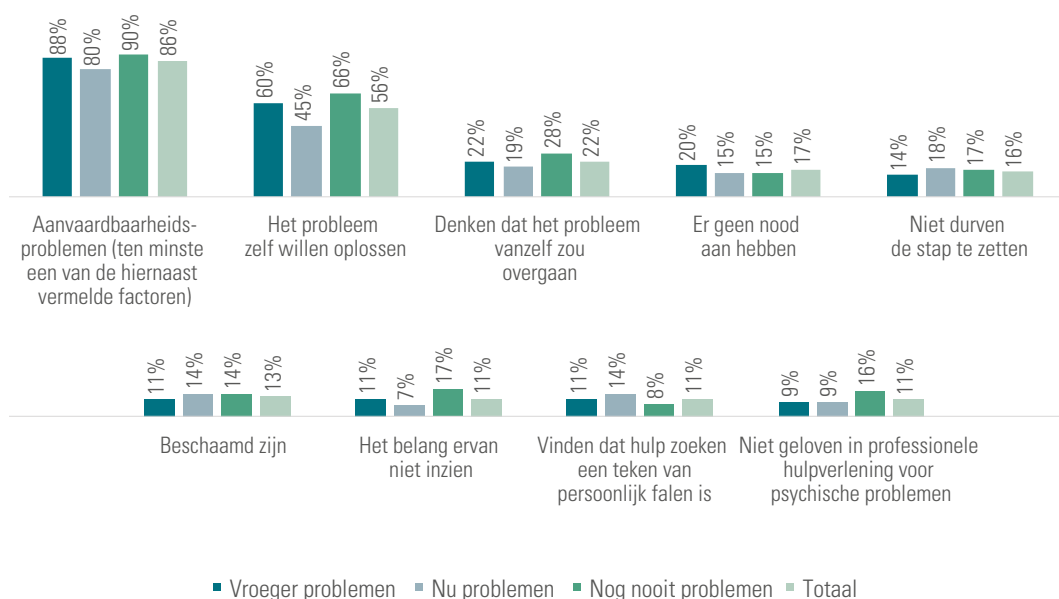
4.2.2. Terughoudendheid om hulp te zoeken (aanvaardbaarheid)

Wat de aanvaardbaarheid betreft, is het noodzakelijk dat de diensten voldoen aan een minimumdrempel van erva-

ren kwaliteit die maakt dat patiënten aanvaarden om gebruik te maken van de gezondheidsdiensten. Van de redenen die door de respondenten van de CM-enquête werden opgegeven om geen professionele hulp te zoeken of te hebben gezocht, hebben de volgende factoren betrekking op de aanvaardbaarheid: het probleem zelf willen oplossen (genoemd door 56% van de respondenten), denken dat het probleem vanzelf wel weggaat (22%), de stap niet durven zetten (17%), het niet nodig hebben (17%), zich schamen (13%), denken dat hulp zoeken een teken van persoonlijk falen is (12%), niet geloven in professionele hulp (11%) of het belang ervan niet inzien (11%). Over het geheel genomen noemde 86% van de respondenten die zeiden geen professionele hulp te hebben gezocht, ten minste één van de hierboven genoemde factoren (zie Figuur 7).

De resultaten volgens **geslacht** zijn als volgt: meer mannen dan vrouwen denken dat hun problemen vanzelf zullen verdwijnen (25% van de mannen tegenover 19% van de vrouwen), zien het nut van psychologische hulp niet in en willen hun problemen oplossen (58% van hen tegenover 53% van de vrouwen), geloven niet in psychologische hulp (13% van de mannen tegenover 8% van de vrouwen) en schamen zich om deze te zoeken (16% van de mannen tegenover 8%

Figuur 7: Percentage respondenten van de CM-enquête dat problemen ondervond met de aanvaardbaarheid, naargelang ze al dan niet psychologische problemen melden (Bron: CM-enquête, 2019)



van de vrouwen). Het zijn daarentegen vaker vrouwen die zeggen geen professionele hulp nodig te hebben (19% van de vrouwen tegenover 16% van de mannen).

Wat de **leeftijd** betreft, hoe jonger de respondenten, hoe meer zij zeiden dat zij het moeilijk vonden om de stap naar hulpverlening te zetten (24% van de 18-39-jarigen tegenover 7% van de 65-plussers), dat zij zich schaamden om professionele hulp te zoeken (16% van de 18-39-jarigen tegenover 6% van de 65-plussers) en dat zij dachten dat het probleem een teken van persoonlijk falen was (15% van de 18-39-jarigen tegenover 9% van de 65-plussers). Respondenten in de jongste categorie waren echter meer geneigd te geloven in het belang van professionele hulp (slechts 6% van de 18-39-jarigen geloofde niet in professionele hulp, tegenover 12% van de 65-plussers).

Wat het **inkomensniveau** betreft, zien we dat mensen die geen financiële moeilijkheden ondervinden, vaker de neiging hebben om te denken dat het probleem vanzelf wel zal verdwijnen (24% tegen 10% van de groep met de laagste inkomens) of het zelf te willen oplossen (63% tegen 49%). Het niet nodig hebben van psychologische hulp toont ook een interessante tendens: hoe gemakkelijker men zegt rond te kunnen komen, hoe groter de kans dat men dit argument aanhaalt (25% van hen tegenover 5% van degenen die zeggen (zeer) moeilijk rond te kunnen komen). Aangezien de prevalentie van ernstige psychologische problemen in rijkere groepen duidelijk lager ligt dan in de armste, en deze problemen het normale functioneren minder gemakkelijk in gevaar kunnen brengen, is het daarom gemakkelijker om het niet voelen dat men hulp nodig heeft als een 'positieve' drempel te beschouwen. Zeggen dat men geen nood heeft aan hulp, kan er ook op wijzen dat men geen probleem heeft en niet dat men zich niet bewust is van zijn probleem.

Wij stellen ook vast dat de schaamte groter lijkt te zijn bij personen met de laagste inkomens (17%), en vooral kleiner bij de rijkste groep (8%). Dit laatste zou verband kunnen houden met een geringer stigma bij de hogere klassen, aangezien bijvoorbeeld de meeste psychologen ook tot deze groep zouden kunnen behoren. Anderzijds kan er sprake zijn van een culturele kloof bij kwetsbare personen die denken dat zij niet kunnen worden begrepen door zorgverleners die niet dezelfde sociaaleconomische kenmerken hebben als zij.

Daarenboven stellen wij vast dat de hindernissen die door de respondenten worden genoemd, verschillen naargelang zij al dan niet melden psychologische problemen te hebben gehad of te hebben. Respondenten die zeggen

nooit psychologische problemen te hebben gehad, zeggen vaker dat ze niet geloven in professionele hulp (16%, tegenover 9% van degenen die dergelijke problemen hebben of hebben gehad, zie Figuur 6), dat ze hun problemen zelf willen oplossen (66% tegen 45% van degenen die verklaarden problemen te hebben (gehad)) en dat zij denken dat hun problemen vanzelf wel zullen verdwijnen (28% tegen 19%) of het belang ervan niet inzien (17% tegen 7%). Anderzijds vinden mensen die momenteel problemen hebben het moeilijker om de stap naar hulp te zetten en denken zij vaker dat hulp zoeken een teken van persoonlijk falen is. In het algemeen stellen wij vast dat aanvaardbaarheid minder vaak een probleem is bij respondenten die problemen ondervinden.

4.2.3. Onvermogen om voor diensten te betalen (betaalbaarheid)

Onder de verklarende factoren voor het niet-gebruiken van professionele hulp opgesomd in de CM-enquête, vinden we de bezorgdheid over de kosten van de zorg (aangehaald door 28% van de respondenten). Het is op dit gebied dat de verschillen tussen de groepen respondenten het grootst zijn. Bepaalde groepen maken zich hierover meer zorgen, waaronder vrouwen (33% van de vrouwen tegenover 24% van de mannen), jongeren (34% van de 18-39-jarigen tegenover 18% van de 65-plussers) en mensen die financiële moeilijkheden ondervinden.

Het behoeft geen betoog dat de financiële drempel veel hoger is voor degenen die de meeste moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen. Het aandeel respondenten in de financieel meest kwetsbare groep ((zeer) moeilijk rondkomen) dat aangeeft zich zorgen te maken over de kosten van professionele hulp is bijna twee keer zo hoog (59%) als het aandeel in de groep die enige moeite heeft om rond te komen (33%). Voor degenen die het (zeer) gemakkelijk vinden om de eindjes aan elkaar te knopen, is de drempel veel lager: slechts 11% maakt zich zorgen over de kosten van professionele hulp. Deze financiële bezorgdheid is ook veel groter voor mensen die op het ogenblik van de enquête psychologische problemen ondervinden (44% vermeldt dit probleem, tegenover 15% van de mensen die zeggen nooit psychologische problemen te hebben gehad).

Gemiddelde kosten van de zorg

Zoals we hebben gezien, wordt de zorg die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering meer gebruikt door financieel kwetsbare groepen (rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming) en door leden die niet met de

Belgische nationaliteit zijn geboren, in vergelijking met de zorg die wordt terugbetaald door de aanvullende verzekering, die in mindere mate wordt gebruikt. Maar hoe zit het met de werkelijke kosten van psychologische zorg voor de patiënt?

Het honorarium en het remgeld van de **psychiater** zijn afhankelijk van de geleverde prestatie. Voor een eenvoudige consultatie bedraagt het honorarium 52,34 euro of 47,51 euro, naargelang de psychiater al dan niet geaccrediteerd is. Het remgeld voor de patiënt blijft gelijk: 7 of 12 euro, afhankelijk van het feit of de patiënt is doorverwezen door de huisarts en 1 of 3 euro voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (VT) Voor de therapeutische opvolging varieert het honorarium tussen 83 euro (geaccrediteerde psychiater) en 77,95 euro (niet-geaccrediteerde psychiater), en het remgeld bedraagt 19,48 euro en 7,79 euro voor VT-patiënten. In 2021 bedraagt het gemiddelde honorarium voor psychiaters dus 70,40 euro (exclusief supplementen) en de gemiddelde kosten voor CM-leden variëren tussen 4 euro (VT) en 14,70 euro (zonder VT) voor standaardconsultaties en 7,20 euro (VT) en 19,40 euro (zonder VT) voor psychotherapiesessies (zie Tabel 3).

Wanneer we de kosten die door de patiënt gedragen worden in meer detail bekijken, blijkt dat het gemiddelde remgeld voor personen met VT-statuuut 2,70 euro bedraagt voor een consultatie (zie Tabel 3). Dit betekent dat weinig patiënten de vermindering van het remgeld tot 1 euro krijgen als zij door hun huisarts worden doorverwezen. Bovendien bedraagt het supplement voor VT-patiënten gemiddeld 1,30 euro per sessie.

Het moeten voorschieten van terugbetaalde kosten voor gezondheidszorg beïnvloedt ook de toegang tot de gezondheidszorg. Het derdebetalerssysteem verhoogt dus de betaalbaarheid, aangezien patiënten misschien niet het volledige honorarium kunnen betalen. Psychiaters kunnen beslissen dit toe te passen, maar zijn daartoe niet verplicht.

We stellen vast dat het gemiddelde honorarium dat de psycholoog in 2021 ontvangt, hoger ligt wanneer hij zijn beroep uitoefent buiten het kader van de hervorming **eerstelijnspsychologie** (45,65 euro voor eerstelijnsdiensten tegenover 54,30 euro voor sessies die worden terugbetaald in het kader van de aanvullende verzekering). Tussen 2019 en 2021 bedraagt het wettelijk honorarium voor eerstelijnsessies inderdaad 60 euro voor een eerste sessie van 60 minuten en 45 euro voor daaropvolgende sessies

Tabel 3: Gemiddelde terugbetaalde bedragen en eigen uitgaven voor CM-leden van 18 jaar en ouder per prestatie in 2021, volgens VT-statuuut (Bron: CM-gegevens, 2021)

		VT-leden				Leden zonder VT			
		Remgeld, in euro	Supplement, in euro	Door patiënt te betalen bedrag, in euro	Terugbetaald bedrag, in euro	Remgeld, in euro	Supplement, in euro	Door patiënt te betalen bedrag, in euro	Terugbetaald bedrag, in euro
Psychiater	Raadpleging	2,7	1,3	4,0	47,2	11,5	3,2	14,7	37,9
	Psychotherapie	5,9	1,3	7,2	71,8	16,1	3,3	19,4	60,9
Eerstelijnspsychologie		2,8	/	2,8	45,0	7,4	/	7,4	37,9
Aanvullende verzekering	Collectieve structuren			4,2	10,5			8,7	12,4
	Psycholoog			35,7	15,2			42,7	13,3

van 45 minuten. De psychologen hebben echter meer administratieve stappen te ondernemen omdat deze zorg namelijk gebaseerd is op het derdebetalerssysteem en zij vervolgens terugbetaling moeten vragen van de verzekering voor gezondheidszorg. In 2022 werden de regels voor de terugbetaling van deze zorg daarom aangepast om meer psychologen aan te moedigen zich te conventioneren en werd de vergoeding verhoogd tot 61,28 euro en tot 77,10 euro voor bijkomende sessies en gespecialiseerde opvolging. Voor elke sessie betaalt de patiënt alleen het remgeld. Voor CM-leden bedragen de gemiddelde kosten per sessie in 2021 2,80 euro voor een lid met VT-statuut en 7,40 euro voor een lid zonder VT (zie Tabel 3).

Het honorarium van de **psycholoog dat wordt terugbetaald door de aanvullende verzekering**, is niet gereguleerd, en daarom is het niet verrassend dat wij vaststellen dat het bedrag dat de patiënten voor deze vorm van hulp moeten betalen, veel hoger ligt. VT-patiënten betalen gemiddeld 50,90 euro voor een sessie met een psycholoog, waarvan 15,20 euro wordt terugbetaald (dat betekent een eindbedrag van 35,70 euro ten laste van de patiënt).

Wanneer we de facturatiegegevens voor Franstalige en Duitstalige leden analyseren, zien we dat zorg verleend in collectieve structuren verhoudingsgewijs meer wordt gebruikt door leden die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut). In 2021 heeft 32% van de gebruikers van psychologische zorg in collectieve structuren het VT-statuut, terwijl slechts 14% van de leden die terugbetaling krijgen voor diensten in een privépraktijk, ook dit statuut hebben. Het bedrag dat de patiënt in collectieve structuren moet betalen (gemiddeld 4,20 euro per consultatie voor VT-leden en 8,70 euro voor leden zonder VT) is veel lager dan voor psychologen in privépraktijken (gemiddeld 30,70 euro per consultatie voor VT-leden en 37,70 euro voor leden zonder VT). Deze collectieve structuren, zoals de “centres de planning familial” (centra voor familieplanning) en de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG), beogen immers een betere toegang tot de zorg voor kansarme groepen en bieden daarom voorkeurstarieven. Bij de CGG kost een consultatie 11 euro, maar de kosten van de prestatie mogen nooit een belemmering vormen voor de raadpleging en het tarief kan worden aangepast (zelfs gratis) naar gelang van de situatie en bepaalde voorwaarden⁴.

De gemiddelde kosten van psychologische en psychiatrische consultaties ten laste van de patiënten lopen sterk uiteen naar gelang van het soort zorgverlener, de structuur waarin de zorg wordt aangeboden, het soort prestatie (eerstelijnspsychologie of niet-eerstelijnspsychologie) en de sociaaleconomische status van de betrokkene. Zodra men echter de diensten verlaat die in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering worden vergoed, wegen de kosten steeds zwaarder op de patiënten, ongeacht hun status. Bovendien zijn deze kosten bijzonder hoog (tot vijf keer hoger dan de gemiddelde kosten bij de verplichte verzekering) zodra zij niet langer door de verplichte verzekering worden gedekt. Dit gegeven roept vragen op zeker als we kijken naar de aard van de zorg in kwestie: psychotherapeutische behandelingen zijn van nature recurrent en kunnen over een lange periode lopen.

4.2.4. Onmogelijkheid om diensten of patiënten te bereiken (beschikbaarheid)

In de CM-enquête vinden we ook verschillende verklarende factoren voor het niet-gebruik van professionele hulp die verband kunnen houden met de **niet-beschikbaarheid van de zorg in termen van de vraag**. Het gaat met andere woorden om situaties waarin patiënten niet in staat zijn diensten te bereiken en beschikbaar te zijn om er naartoe te gaan: niet vertrouwd zijn met professionele hulp⁵ (genoemd door 18% van de respondenten), niet weten wie te contacteren of waar terecht te kunnen (18%), geen tijd hebben voor effectieve hulp (reistijd en tijd van de consultatie) (10%), lange wachttijden voor hulp (6%) of niet in staat zijn een afspraak te maken (2%). In totaal gaf 38% van de respondenten ten minste één van deze redenen op als verklaring waarom ze geen gebruik maakten van professionele hulp (zie Figuur 8).

- Wanneer we deze resultaten analyseren voor de belangrijkste groepen, blijkt dat vrouwen vaker melding maken van moeilijkheden in verband met de beschikbaarheid (40% tegenover 37% van de mannen), in het bijzonder omdat zij geen afspraak kunnen maken (4% tegenover 1% van de mannen).
- Uit een vergelijking van de leeftijden van degenen die bepaalde hindernissen wel en niet hebben aangegeven,

4 Meer informatie over de kostprijs in Vlaanderen op www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/kostprijs en in Wallonië op covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien/services-de-sante-mentale.

5 Vertrouwdheid betekent dat wat bekend en dus geruststellend is. Het is inderdaad belangrijk dat mensen weten welke geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is (niet alleen wat er bestaat, maar ook hoe het werkt) om gerustgesteld te zijn en de stap te kunnen zetten om hulp te zoeken.

blijkt dat jongere deelnemers vaker melding maken van praktische moeilijkheden, met name wat de beschikbare tijd betreft (15% van de 18-39-jarigen maakt melding van deze moeilijkheid, tegen 4% van de 65-plussers).

- De resultaten voor het probleem om een afspraak te maken, zijn vergelijkbaar met deze voor het probleem van de beschikbaarheid van tijd: de groep met de meeste financiële moeilijkheden is het meest benadeeld (15% van de respondenten noemt tijdgebrek en 5% het niet kunnen maken van een afspraak). Het aandeel dat een probleem van beschikbare tijd aanvoert, is ook relatief hoog bij de groep die het gemakkelijkst de eindjes aan elkaar kan knopen (14%); de meesten van hen komen uit gezinnen waar alle leden voltijds werken.

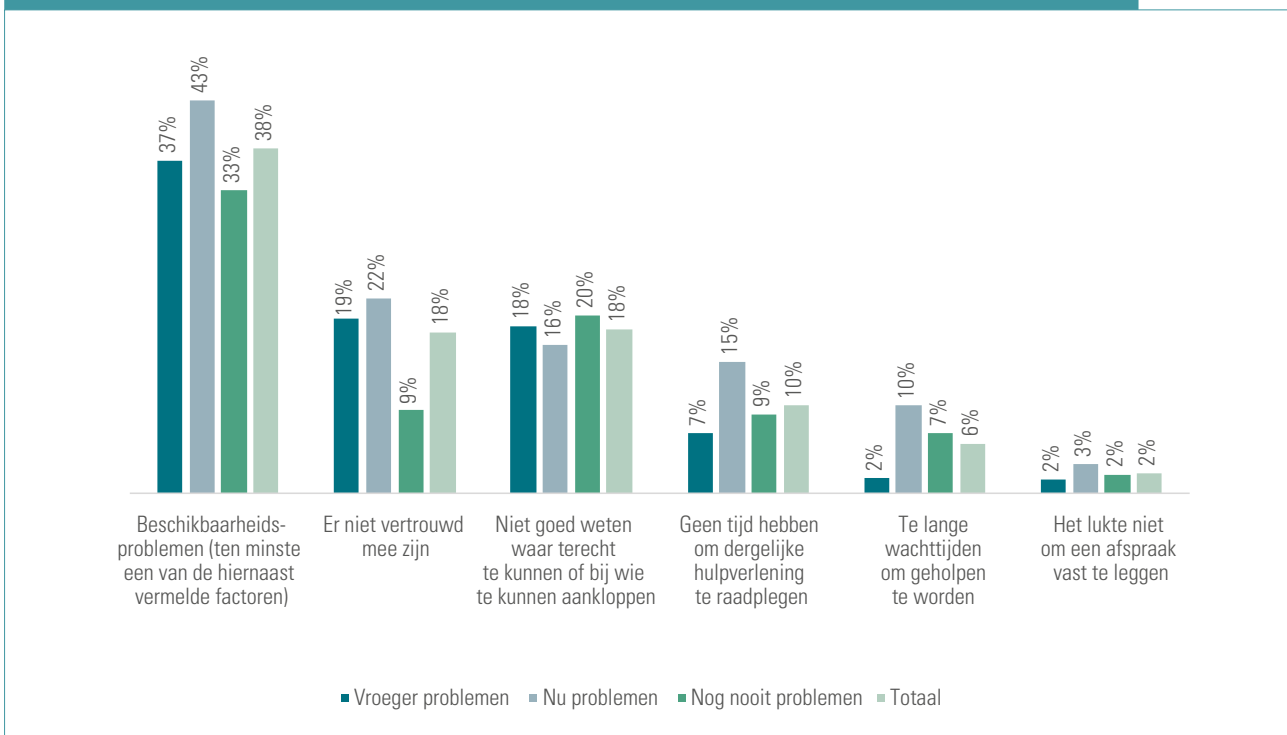
Daarnaast zien we dat de door de respondenten genoemde moeilijkheden verschillen naar gelang ze aangeven wel of geen psychologische problemen te hebben ervaren. Het grootste obstakel voor mensen die aangeven op dit moment psychologische problemen te hebben, is dat ze 'niet vertrouwd' zijn met professionele hulp, dat wil zeggen dat ze onvoldoende kennis hebben van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg (zie Figuur 8). Vergeleken met mensen die zeggen nooit problemen te hebben gehad, hebben ze ook veel vaker te maken met lange wachttijden

of te weinig tijd hebben om te besteden aan het krijgen van hulp.

Om de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg aan de aanbodzijde te meten, kan worden nagegaan of het aanbod territoriaal gezien voldoende en toegankelijk lijkt door de spreiding van de aanbieders op het grondgebied in kaart te brengen, maar ook door het gebruik van de door hen verleende zorg te onderzoeken.

Onder de zorgverleners die patiënten ontvangen voor psychotherapeutische opvolging, vinden we gespecialiseerde artsen: neuropsychiaters, kinderspsychiaters en psychiaters (ook die in opleiding), orthopedagogen en klinisch psychologen die bevoegd zijn om sessies eerstelijnspsychologie aan te bieden, evenals psychotherapeuten die erkend zijn door de aanvullende verzekering⁶. Voor heel België zijn er in totaal 2.854 (neuro-/kinder-)psychiaters, 1.423 klinisch psychologen/orthopedagogen ingeschreven in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject en 10.222 zorgverleners ingeschreven bij de Psychologencommissie. De spreiding van deze zorgverleners over het Belgische grondgebied is echter niet homogeen in functie van de bevolking. Zo is er een veel hogere concentratie van (neuro-/kinder-)psychiaters in Brussel dan in de andere provincies van het land met 49 (neuro)psychiaters

Figuur 8: Percentage respondenten van de CM-enquête dat beschikbaarheidsproblemen heeft ondervonden, naargelang zij al dan niet melden last te hebben van psychologische problemen (Bron: CM-enquête, 2019)



per 100.000 inwoners (zie Figuur 9). In Waals-Brabant en de provincie Luxemburg zijn dat er respectievelijk 44 en 12 per 100.000 inwoners. Deze gegevens moeten echter met enige voorzichtigheid worden behandeld, aangezien wij slechts over één adres per zorgverlener beschikken en de woonplaats van de zorgverlener kan verschillen van het adres van de praktijk. Het is dus mogelijk dat de zorgverleners in Waals-Brabant wonen en in een andere provincie van het land hun praktijk hebben.

De door de Psychologencommissie erkende psychologen zijn ook ongelijk verdeeld in functie van de bevolking: tot 212 psychologen per 100.000 inwoners in Waals-Brabant tegenover 59 in de provincies Limburg en West-Vlaanderen. De geconventioneerde klinisch psychologen/orthopedagogen in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject zijn veel minder talrijk, met maximaal 28 aanbieders per 100.000 inwoners in Waals-Brabant en minimaal 11 in Antwerpen en Henegouwen (zie Figuur 10).

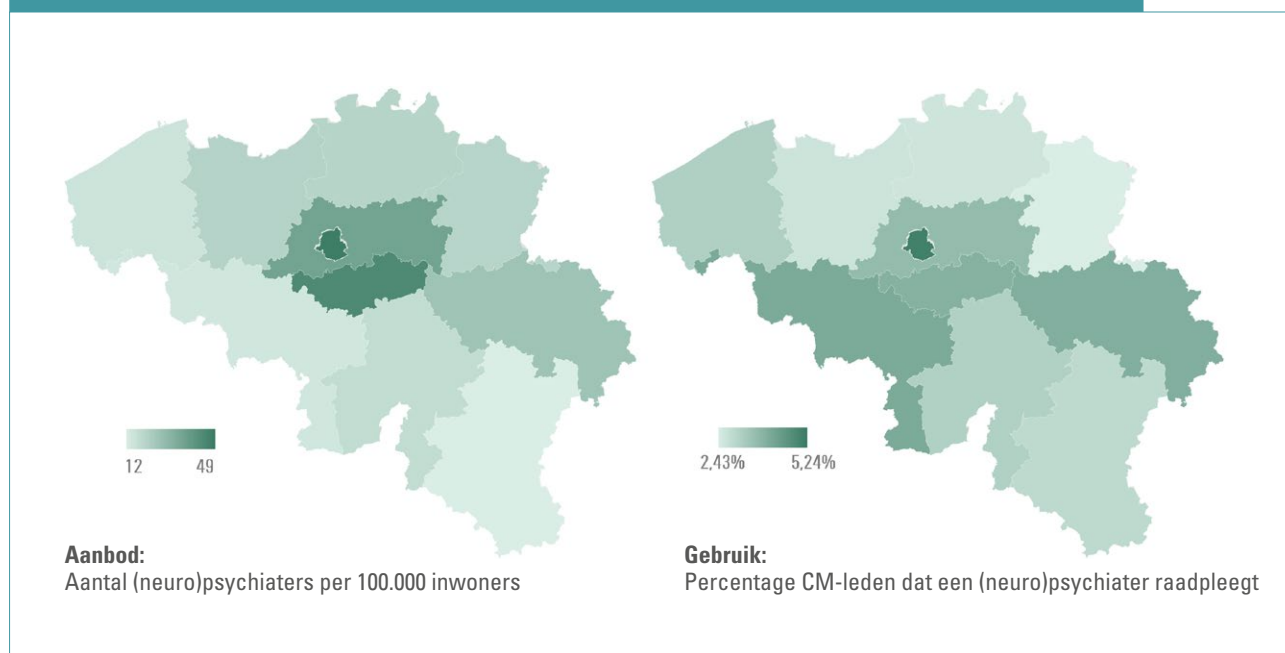
In de eerste plaats stellen we vast dat de zorgverleners die door de verplichte verzekering terugbetaalde zorg verlenen, dit wil zeggen (neuro)psychiaters en de eerstelijnspsychologen, veel minder talrijk zijn dan de psycholo-

gen die over het algemeen in privépraktijken werken en waarvan de geleverde zorg soms door aanvullende verzekeringen wordt gedekt. Ten tweede stellen we vast dat voor gelijke behoeften het aanbod niet gelijk is verdeeld en dus niet gelijk geografisch beschikbaar is. De behoeften zijn echter niet overal gelijk en verschillen naargelang de kenmerken van de plaatselijke bevolking. Zo is het risico op psychologische problemen als gevolg van armoede zeer verschillend naargelang de provincie, met een veel hoger risico in Brussel, waar het gemiddelde inkomen veel lager ligt (bron: inkomens 2019, StatBel-gegevens 2021) en het aandeel rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming 32% bereikt, evenals in Henegouwen en Luik, waar dat 24% bedraagt, in vergelijking met Vlaams en Waals-Brabant, waar dat slechts 11% bedraagt (bron: IMA Atlas gegevens 2018).

Consultaties bij de psychiater

Het aantal (neuro)psychiaters verschilt aanzienlijk per provincie. We zien een hoog gebruik van ambulante zorg door (neuro)psychiaters in Brussel en in de provincies Vlaams- en Waals-Brabant, waar het aanbod uitgebreider is, met respectievelijk 49, 44 en 36 zorgverstrekkers per 100.000 inwoners, tegenover een gemiddelde van 25 op nationaal

Figuur 9: Aantal (neuro)psychiaters per 100.000 inwoners en percentage CM-leden dat gebruik maakt van hun diensten per provincie (bronnen: RIZIV-gegevens 2022 en CM-gegevens 2021)



6 Dit betekent dat de zorgverlener ingeschreven moet zijn bij de Commissie van Psychologen en/of in het bezit moet zijn van een visum en/of een erkenning van de FOD Volksgezondheid (voor alle leden) en/of zijn of haar praktijk moet uitoefenen binnen een door de CM erkende collectieve structuur (alleen voor Franstalige en Duitstalige leden).

niveau (zie Figuur 9). We stellen ook een hoger gebruik vast in de provincies Henegouwen en Luik, terwijl het aantal (neuro)psychiaters relatief laag is in Henegouwen (15 zorgverleners per 100.000 inwoners) en gemiddeld in Luik (26 zorgverleners per 100.000 inwoners). Deze hogere consumptie zou dus een weerspiegeling kunnen zijn van de grotere behoeften van de bevolking in deze provincies, die ook de twee provincies in België zijn met het laagste gemiddelde inkomen (bron: inkomens 2019, StatBel-gegevens 2021).

Eerstelijnspsychologisch traject

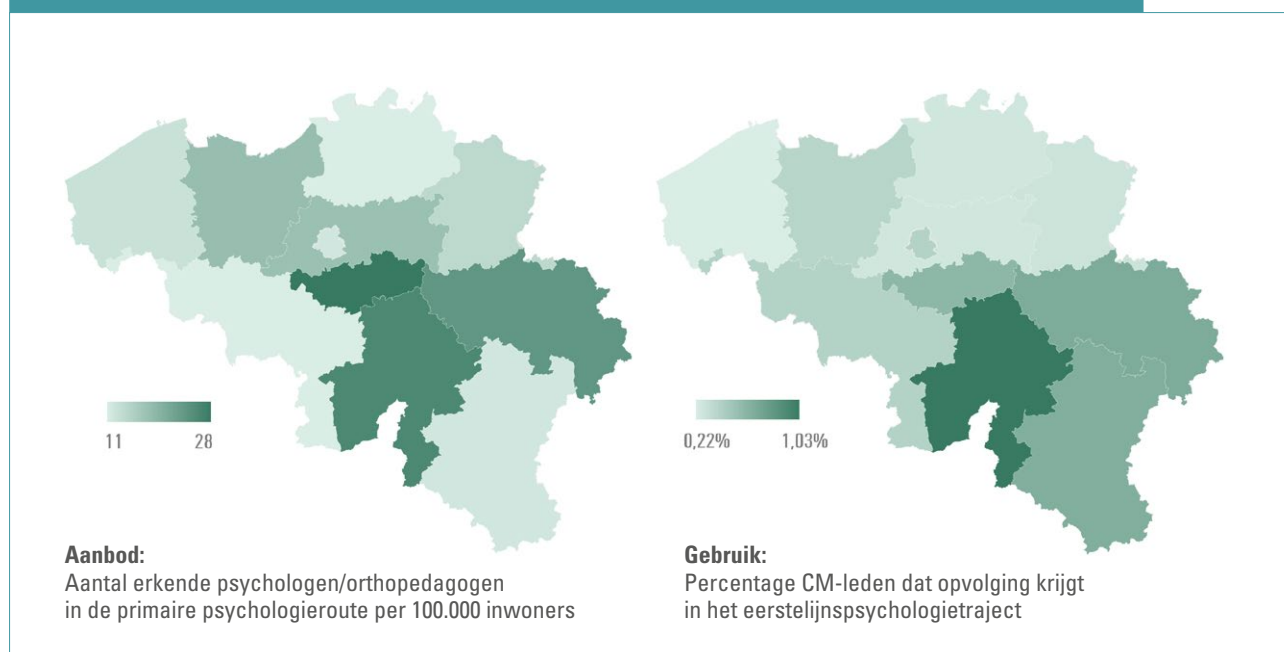
Aangezien psychologische zorg in het kader van het 'eerstelijnspsychologisch traject' nieuw terugbetaalde zorg is, is het normaal dat het aantal geconventioneerde zorgverleners en het zorggebruik nog laag zijn. Wanneer hervormingen worden doorgevoerd, duurt het namelijk enige tijd voordat het aanbod bekend is bij het grote publiek en voordat het aanbod zich aanpast aan de toename van de vraag. Wij zijn echter van mening dat het bijzonder belangrijk is een eerste balans op te maken, zodat het gebruik en de omvang van het aanbod in de toekomst opnieuw kunnen worden geëvalueerd. Hoewel het gebruik ons niet in staat stelt hypothesen te maken over de behoefte, lijkt Figuur 10 te suggereren dat het gebruik afhangt van het aanbod van zorgverleners. Zo is het gebruik het hoogst in de provincie

Namen (1,03% gebruikers onder de CM-leden), waar het aanbod ook groot is, gezien de schaal van distributie op het grondgebied (26 zorgverleners per 100.000 inwoners). In Antwerpen daarentegen, waar het aanbod zeer laag is (11 zorgverleners per 100.000 inwoners), is het gebruik ook zeer laag (slechts 0,27% gebruikers onder de CM-leden). Het zou nuttig zijn de wachttijden en de intensiteit van de activiteit van de zorgprofessionals te onderzoeken om het verband tussen het gebruik en de dichtheid van de zorgprofessionals per provincie beter te begrijpen.

Bij de analyse van het zorggebruik, hebben we bovendien gezien dat ouderen vaker een beroep doen op de opvolging door een psychiater, terwijl jongeren eerder een beroep doen op een psycholoog. Dit houdt gedeeltelijk verband met de beschikbaarheid van het aanbod: de terugbetaling voor jongeren is afhankelijk van specifieke maatregelen op het vlak van aanvullende verzekering en eerstelijnspsychologie.

We stellen vast dat de zorg ongelijk verdeeld is volgens de populatie. Het aanbod binnen de verplichte verzekering is over het algemeen beperkt: er zijn bijna vier keer minder psychiaters dan psychologen, en van de laatstgenoemden is slechts één op de tien geconventioneerd in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject. Bovendien liggen

Figuur 10: Aantal erkende psychologen en orthopedagogen in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject per 100.000 inwoners en percentage CM-leden dat gebruik maakt van hun diensten per provincie (Bron: RIZIV-gegevens 2022 en CM-gegevens 2021)



veel factoren inzake het onvermogen om het aanbod te bereiken, buiten het gezondheidszorgsysteem (onder meer de beschikbare tijd voor opvolging, maar ook het gebrek aan kennis over het aanbod).

5. Conclusie en aanbevelingen

De enquête van Sciensano van 2018 bevestigt de bevindingen over de zorgbehoeften: vrouwen, werkenden en mensen in armoede hebben vaker geestelijke gezondheidsproblemen (of het nu gaat om psychische nood of psychische aandoeningen). Deze bevindingen, die reeds in de literatuur werden vastgesteld (zie het artikel van Sholokhova in dit nummer), worden ook bevestigd door de CM-enquête van 2019. Zoals we hebben gezien, maken deze risicogroepen meer gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg, maar niet in een mate die overeenkomt met hun potentiële behoefte in vergelijking met andere bevolkingsgroepen, omdat zij op de vier dimensies van toegankelijkheid specifieke moeilijkheden ondervinden.

Voor vrouwen kan de discriminatie waarmee zij te maken hebben ongetwijfeld een bijzonder licht werpen op de moeilijkheden waarmee zij kampen. De vele verantwoordelijkheden die zij op zich moeten nemen, wegen soms zwaar op hun dagelijks leven en vormen een niet te verwaarlozen mentale belasting. Wanneer echter wordt vastgesteld dat vrouwen het risico lopen psychologische problemen te krijgen, zijn zij verhoudingsgewijs minder geneigd dan mannen om hun problemen te onderkennen en te melden. Als ze dat wel doen, zoeken ze wel vaker dan mannen psychologische hulp of doen ze een beroep op psychotherapie. Wanneer zij dergelijke hulp niet overwegen, is dat echter om andere redenen dan bij mannen: praktische belemmeringen (vooral van financiële aard, maar ook wat het verkrijgen van een afspraak betreft) zijn een reden die vaker door vrouwen wordt aangehaald, in tegenstelling tot mannen, die eerder sceptisch staan tegenover het nut van dergelijke hulp.

De factor die de grootste invloed heeft op het risico om aan een geestelijk gezondheidsprobleem te lijden, is ongetwijfeld armoede. Zoals we hebben gezien, maken mensen met financiële moeilijkheden in het geval van depressie meer gebruik van medicatie en in mindere mate van psychotherapeutische behandeling. Wanneer deze mensen geen geestelijke gezondheidsproblemen hebben, overwegen zij bovendien minder vaak om professionele hulp

te zoeken. Wat het herkennen van problemen betreft, zien we in deze groep een hoge mate van onderrapportering. Wat de aanvaardbaarheid van de zorg betreft, lijken zij, in vergelijking met de meer gegoede groepen, weliswaar niet te denken dat hun problemen vanzelf zullen verdwijnen en zijn zij zich bewust van hun behoefte, maar zij schamen zich meer om hulp te zoeken. Verhoudingsgewijs maken de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming meer gebruik van de opvolging door de psychiater dan van andere vormen van zorg. Het lijkt erop dat dit gebruik wordt gestuurd door de betaalbaarheid, maar het zou ook kunnen dat het wordt gestuurd door de ernst van hun problemen. Het zal niemand verbazen dat de belangrijkste hindernissen voor toegang tot zorg voor deze groep van financiële aard zijn: hoewel de eigen bijdragen om toegang te krijgen tot psychologische zorg voor deze groep laag zijn, zijn ze nog steeds hoog, vooral voor psychologen met een privépraktijk. Zorg die wordt terugbetaald door een aanvullende verzekering is meer dan vijf keer zo duur als zorg die wordt terugbetaald door een verplichte verzekering en blijft financieel grotendeels ontoegankelijk. Wat de beschikbaarheid van het zorgaanbod betreft, is het niet in de armste gebieden (waar het gebruik verhoudingsgewijs hoger is) dat zich de meeste zorgverleners bevinden. Het zou dus nuttig zijn de wachttijden en de intensiteit van de activiteit van de zorgprofessionals te onderzoeken, om een beter inzicht te krijgen in het verband tussen het gebruik en de dichtheid van de zorgprofessionals per provincie.

Het is ook belangrijk rekening te houden met het cumulatieve karakter van deze risico's: in combinatie verhogen deze factoren niet alleen het risico op geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook de toegankelijkheidsproblemen. Wij hebben bijvoorbeeld vastgesteld dat vrouwen die een verhoogde tegemoetkoming krijgen en van buitenlandse afkomst zijn (buiten de Europese Unie), veel minder gebruik van zorg maken dan Belgische vrouwen (al dan niet van buitenlandse afkomst). Hoewel het niet mogelijk is het effect ervan in alle dimensies te meten wegens het gebrek aan gegevens ter zake (met name in de gezondheidsenquête van Sciensano van 2018, maar ook in de CM-enquête van 2019), lijkt nationaliteit een factor te zijn die de toegang beïnvloedt. Er kan echter een reeks hypothesen worden opgesteld betreffende de aanvaardbaarheid van psychologische zorg voor personen van vreemde origine - die lager zou kunnen liggen gezien de culturele afstand, het begrip van de patiënt, de opvoeding en de ondervonden problemen die misschien niet door de zorgwerkers worden begrepen - maar ook betreffende de financiële moeilijkheden die bij deze bevolkingsgroep misschien nog belangrijker zijn en ook betreffende de beschikbaarheid -

met name het feit dat men geen hulpverlener kan vinden die de moedertaal van de patiënt spreekt. Daarom moeten wij in onze toekomstige studies veel aandacht besteden aan deze kwestie.

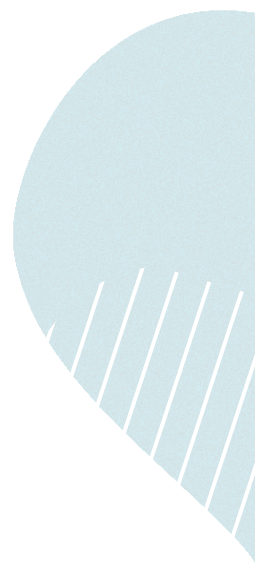
Wij veronderstelden dat als de zorgbehoeften van kwetsbare personen groter zijn, hun zorggebruik even groot moet zijn. Echter, zoals we kunnen zien, zijn risicofactoren (geslacht, armoede, nationaliteit) allemaal bronnen van belemmeringen voor de toegang tot psychologische zorg. Daarom is het van essentieel belang om maatregelen volgens het principe van het proportioneel universalisme te overwegen om de toegang te vergemakkelijken en een geïntegreerd beleid in te voeren om voor alle groepen vergelijkbare resultaten te bereiken. De cumulatieve hindernissen maken sommige groepen uiterst kwetsbaar en de bestaande voorzieningen volstaan niet om deze kansarme groepen te bereiken, voor wie geestelijke gezondheidsproblemen alle andere aspecten van het leven kunnen aantasten. Deze studie heeft getracht aan te tonen dat het mogelijk is kennis te ontwikkelen over het domein geestelijke gezondheid, met inbegrip van de grote gezondheidsongelijkheden waarmee de sector te maken heeft, op voorwaarde dat de politieke wil bestaat om dit aan te pakken.

Wat de gevoeligheid betreft, beschikken we momenteel over gegevens over de vraag naar zorg via gezondheids-enquêtes, maar weten we echter niets over de manier waarop artsen en andere zorgverleners de behoeften identificeren. Daarom is het nodig controle-instrumenten te ontwikkelen voor mensen die een psychologisch traject starten en het aandeel van het verlaagde remgeld te verhogen door artsen op te leiden om zowel naar psychiaters als naar eerstelijnspsychologen te verwijzen.

Met betrekking tot de aanvaardbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg voor de patiënt, moeten de groepen die niet dezelfde gezondheidswinst behalen, verder worden bestudeerd (proportioneel universalisme) en moet het stigma dat er leeft rond de psychologische en psychiatrische zorg en nog steeds groot is, worden verminderd.

Het zorgaanbod moet eveneens beter beschikbaar worden gemaakt voor de patiënten, door een betere geografische spreiding van zorgverleners, door ervoor te zorgen dat de zorg voor iedereen bereikbaar is, binnen een redelijke afstand en ongeacht de beschikbare vervoermiddelen om er te geraken.

Tot slot moet de betaalbaarheid van de psychologische zorg worden versterkt door de kosten voor de patiënt te verlagen. De hervorming van de eerstelijnspsychologie is in dit opzicht een goede stap voorwaarts; daarom moet worden gewerkt aan een uitbreiding van dit aanbod en moet het worden geëvalueerd. Zoals aangetoond in deze studie, wordt psychologische zorg, die door de aanvullende verzekering wordt terugbetaald, op grote schaal gebruikt door de CM-leden. Het gaat om een reële behoefte, maar de terugbetaling van deze zorg zou kunnen worden herzien, zodat deze voor iedereen toegankelijk is, ongeacht de financiële middelen.



Bibliografie

- Briggs, R., Carey, D., O'Halloran, A., Kenny, R., & Kennelly, S. (2018). Validation of the 8-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale in a cohort of community-dwelling older people: data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *European Geriatric Medicine, 9*, 121-126.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie, 286*, 4-22.
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Sciensano.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation.
- Missinne, S., Vandeviver, C., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Measurement equivalence of the CES-D 8 depression-scale among the ageing population in eleven European countries. *Social Science Research, 46*, 38-47.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van gestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Van de Velde, S., Levecque, K., & Bracke, P. (2009). Measurement equivalence of the CES-D 8 in the general population in Belgium: a gender perspective. *Archives of Public Health, 67*(1), 15-29.
- Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag. *CM-Informatie, 280*, 19-31.

