

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Doelgerichte zorg:
een kritische discoursanalyse

28 Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg:
balans 2019-2024

15 Je gezondheid zelf beheren?

oktober 2025

Je gezondheid zelf beheren: verplichting of belofte van patiëntbetrokkenheid?

Edito



De voorbije jaren vond een kleine revolutie plaats in het discours en de praktijk van de gezondheidszorg: die van de 'patiënt-e centraal'. Het gaat niet langer alleen om het verlenen van zorg, maar om het 'samen opbouwen' van een zorgtraject, uitgaande van de doelstellingen die de persoon zelf stelt. Deze logica, vooral bekend onder de naam 'doelgerichte zorg', stelt voor om bij gezondheidsinterventies opnieuw te focussen op de wensen en het levensproject van patiënten. Op papier is de intentie nobel, zelfs emancipatorisch. Maar hoe aantrekkelijk dit idee ook is, het verdient om grondig onderzocht te worden. Achter de uitgesproken wens om meer rekening te houden met het individu, schuilt namelijk een reëel risico: dat van een buitensporige responsabilisering van patiënten en een sluipende verschuiving van mentale, administratieve en emotionele lasten naar hen, ten koste van het collectieve systeem dat deze lasten zou moeten dragen. De studie *Doelgerichte zorg. Een kritische discoursanalyse*, gaat in op de vooruitgang en de ongewenste ontwikkelingen van dit concept in zijn gebruik als wondermiddel voor persoonsgerichte zorg.

Ondernemer zijn van je eigen gezondheid: volgens de uitgebreide wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp, is deze uitdrukking het motto geworden voor de individuele verantwoordelijkheid als het gaat om de kwaliteit van zorg. Een dergelijke aanpak verwacht echter dat mensen goed geïnformeerd zijn, keuzes maken, een vaak complex zorgtraject volgen en tegelijkertijd de zelf gestelde doelen voor ogen houden. Deze betrokkenheid lijkt positief. Dat is het ook, mits ze begeleid wordt. Maar zonder passende ondersteuning, kan het al snel een verdoken prestatie-eis worden. Want hoewel ontstaan vanuit een goede intentie, wordt het concept doelgerichte zorg ook, soms onbewust, gekenmerkt door een sterk normatieve culturele context. Het is niet de logica van de zorg op zich die problematisch is, maar wel de manier waarop deze zich inschrijft in een samenleving waar gezondheid steeds meer wordt gezien als een kapitaal dat moet worden onderhouden. We beheren onze gezondheid zoals we ons economisch kapitaal beheren, we monitoren haar live, we laten ze renderen en beschermen ze. Deze benadering waardeert het autonome, proactieve, rationele individu dat zich bewust is van diens voorkeuren en gezondheidsrisico's, in staat is om eigen doelstellingen te formuleren, deze na te streven en 'succesvol gezond te zijn'. Maar dit model strookt niet met de sociale realiteit van velen.

Niet iedereen heeft immers dezelfde middelen of manoeuvreerruimte. Onze levensomstandigheden, economische situatie, mentale belasting of beschikbaarheid, geven ons niet allemaal dezelfde vrijheid om te handelen.

Het paradigma van doelgerichte zorg kan dan snel ontaarden in een vorm van consumentisme: we zien de patiënt-e als een klant die vrij kan kiezen tussen verschillende zorg-opties, alsof het om een markt gaat en niet om een fundamenteel recht. Daar schuilt een potentiële blinde vlek: gezondheid reduceren tot het resultaat van individueel gedrag, terwijl het in de eerste plaats een sociaal, relationeel en cultureel gegeven is.

We moeten hier terugdenken aan wat James Mold, pionier van het concept, al benadrukte: zorg is niet alleen complex, maar ook zeer persoonlijk. Zorg is echter vooral ook cultureel bepaald. Wat als 'normaal' of 'wenselijk' wordt beschouwd op vlak van gezondheid, wordt beïnvloed door sociale en morele normen die vaak onzichtbaar en soms uitsluitend zijn. Als we het concept gezondheid moraliseren, worden roken, niet sporten, niet naar de dokter gaan en 'niet willen genezen' al snel afwijkend gedrag. Het *Wellness Syndrome* (Cederström & Spicer, 2015) analyseert al de moralistische neiging om gezondheid te associëren met deugdzaamheid en het daarmee gepaard gaande gebrek aan empathie voor mensen die er niet in slagen hun gezondheid te behouden.

Om die reden moeten we dringend vermijden dat doelgerichte zorg een middel tot sociale selectie zou worden, een manier om van de patiënt-e te eisen dat die diens rechten 'verdient' door doelstellingen te formuleren. Deze visie zou mensen kunnen uitsluiten die tijdelijk of permanent niet vooruit kunnen kijken, of voor wie het formuleren

van doelstellingen een luxe is. Erger nog, deze logica zou levensvormen kunnen devalueren die niet voldoen aan de normen van vooruitgang, optimalisatie of onafhankelijkheid.

Integendeel, doelgerichte zorg moet worden gezien als een uitnodiging om de solidariteit te versterken, niet als een manier om de verantwoordelijkheid te individualiseren. Dit veronderstelt de erkenning van de diversiteit aan menselijke realiteiten, inclusief die welke gekenmerkt worden door onzekerheid, chronische ziekte, isolatie of terugtrekking uit de samenleving. De uitdaging is dan te garanderen dat zorg voor iedereen toegankelijk blijft, zonder impliciete voorwaarden inzake prestaties of het aanvaarden van een dominant model.

De recente evaluatie van de conventie eerstelijns psychologische zorg (ELP) is hiervan een treffend voorbeeld. Uit onze studie, *Conventie eerstelijns psychologische zorg: bilan 2019-2024*, blijkt dat de toegankelijkheid van de zorg is verbeterd: meer mensen zochten, vaak voor het eerst, psychologische hulp. Voorheen moeilijk bereikbare doelgroepen, zoals jongeren, mensen met een leefloon of personen met een handicap, hebben een toegangspoort gevonden. Maar deze vooruitgang blijft fragiel. Er blijven grote territoriale en sociale verschillen bestaan. Recht hebben op zorg betekent nog niet dat je er ook toegang toe hebt: je moet weten dat het bestaat, begrijpen hoe je er toegang toe kunt krijgen, er naartoe kunnen gaan en je ervoor kunnen inzetten. Geestelijke gezondheid laat zich niet opleggen.

En ongelijkheden in toegang doen zich op alle niveaus voor, ook in de mogelijkheid om 'actief' te zijn in het eigen traject. Het gemiddeld aantal sessies daalt, hoewel de behoeften niet afnemen. En terwijl de behoeften binnen dit kader slechts gedeeltelijk worden gedekt, ontstaan er alternatieve oplossingen – coaching, niet-medische begeleiding – die niet altijd zijn afgestemd op de ernst van de situatie. Dit roept de essentiële vraag op van structurele ondersteuning voor zorgverleners: relationeel gezien vereist doelgerichte zorg meer luisteren, aanwezigheid en empathie. Dit vergt tijd, opleiding en waardige arbeidsomstandigheden.

We pleiten dan ook voor een meer collectieve, menselijke en solidaire benadering van doelgerichte zorg. De persoon centraal stellen betekent niet dat die voor alles verantwoordelijk is. Het betekent dat er rond die persoon

een omgeving wordt gecreëerd die echte keuzes mogelijk maakt, kwetsbaarheden erkent zonder ze te stigmatiseren, en afhankelijkheid waardeert als een normaal en niet als een pathologisch onderdeel van het menselijk bestaan. Het volstaat niet om patiënten uit te nodigen om betrokken te zijn. Er moeten concrete voorwaarden worden gecreëerd zodat ze dat ook kunnen doen, zonder schuldgevoelens of prestatiedruk. Dit begint met een politieke cultuur die autonomie niet verwart met isolatie, en zorg niet met consumptie.

De eigen gezondheid zelf beheren mag nooit een last zijn. Het moet juist een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn, gebaseerd op solidariteit. Een belofte die wordt nagekomen, in plaats van extra druk.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC

Bibliografie

Cederström, C., & Spicer, A. (2015). *The Wellness Syndrome*. Cambridge: Polity Press.



Doelgerichte zorg

Een kritische discoursanalyse

Mattias Van Hulle — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Het concept doelgerichte zorg (DGZ) wint de laatste jaren sterk aan belang. Het verwijst naar een zorgbenadering die de zelf geformuleerde gezondheids- of levensdoelen van personen met een zorg- of ondersteuningsvraag (PZOV) als vertrekpunt neemt. Dit spoort de PZOV aan een meer actieve en sturende rol op te nemen in het eigen zorgtraject. Hoewel dit op het eerste zicht positief lijkt, kent de invulling van het concept ook een aantal blinde vlekken en potentieel ongewenste effecten. Die komen niet zozeer voort uit de zorg als zodanig of de inclusieve intenties van de benadering zelf, maar wel uit de bredere culturele context waarbinnen het concept vandaag haar invulling krijgt. Hoewel de logica van het neoliberalisme niet noodzakelijk elk aspect van de samenleving even expliciet beïnvloedt, bepaalt ze wel een cruciaal deel van de voorwaarden waarbinnen sociale relaties – en dus ook zorg – plaatsvinden. Binnen en vooral *door* die context zou een ondoordachte of te ver doorgedreven vorm van DGZ enkele blinde vlekken kunnen inhouden waaronder een te grote responsabilisering van het individu, het onderbelichten van bestaande ongelijkheden, een onbedoelde cultivering van zorgconsumentisme en het binnensijpelen van ongewenste vormen van druk en prestatiegerichtheid in de zorgverlening.

Het doel van deze studie is om een genuanceerde analyse van DGZ te presenteren, en enkele factoren te belichten die aansporen tot voorzichtigheid en waakzaamheid. CM onderschrijft het positieve potentieel van DGZ, maar vraagt de nodige aandacht te besteden aan de wijze waarop het concept verder vorm krijgt en wil vooral enkele kantlijnen plaatsen bij het bredere normatieve en morele kader waarbinnen deze nieuwe zorgbenadering zich vandaag verder ontwikkelt.

Sleutelwoorden: Doelgerichte zorg, persoonsgerichte zorg, patiëntgerichte zorg, zelfregie, zelfmanagement, neoliberalisme, kritische discoursanalyse

Inhoudstafel

Inleiding: doelgerichte zorg zit in de lift

1. Literatuurstudie: de historische context

- 1.1. Oorsprong bij comorbiditeit en chronische aandoeningen
- 1.2. Beweging naar een bredere uitrol
- 1.3. Twee grotere evoluties
- 1.4. Betekenisgevend kader

8

9

9

10

11

12

2. Methode: kritische discoursanalyse

14

3. Resultaten

15

- 3.1. Grote(re) klemtoon op individuele responsabilisering
- 3.2. Sociale ongelijkheden niet uit het oog verliezen
- 3.3. Oppassen dat 'keuzevrijheid' geen consumentistische invulling krijgt
- 3.4. Behoedzaam zijn voor prestatiedruk binnen het zorgtraject

15

16

18

20

4. Aanbevelingen

22

- 4.1. Meer aandacht voor de rol van cultuur
- 4.2. Toewerken naar een cultuur waarin zorg en afhankelijkheid centraler staan
- 4.3. Erover waken dat de legislatieve verankering van DGZ de patiënt-e ten goede komt
- 4.4. Waakzaam zijn voor consumentisme binnen de zorg
- 4.5. Structurele ondersteuning voor zorg(personeel)

22

22

23

23

24

Besluit

24

Bibliografie

25

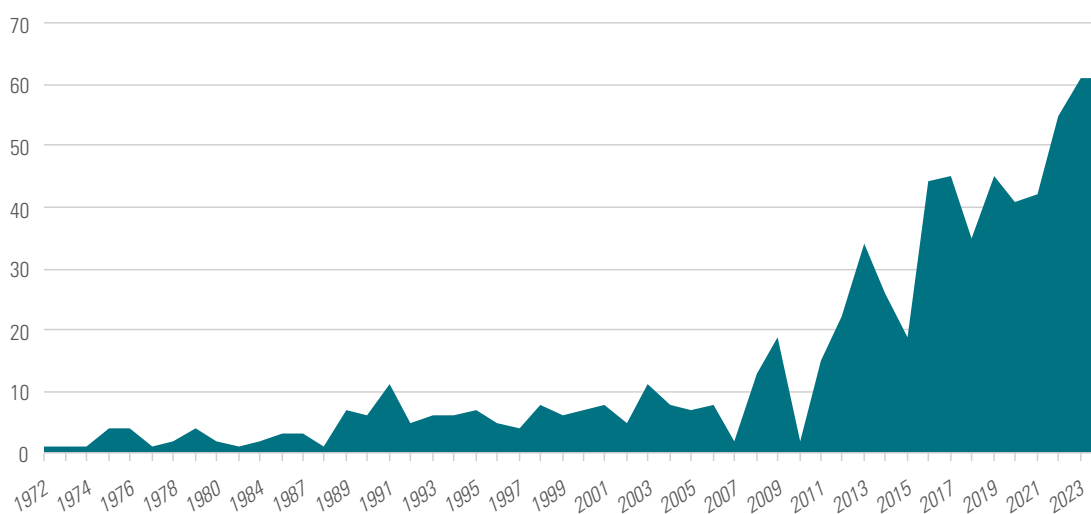
Inleiding: doelgerichte zorg zit in de lift

Het concept doelgerichte zorg (DGZ) won de voorbije jaren sterk aan populariteit. Het verwijst naar de idee dat zorg niet louter een klinische behandeling van acute, medische aandoeningen dient te omvatten, maar mee gevormd moet worden door de wensen, de waarden en vooral de **zelf geformuleerde doelen van de patiënt-e**. Dit kunnen specifieke medische verzoeken zijn, maar evengoed levensdoelen, hobby's of activiteiten die voor de patiënt-e belangrijk zijn en waarop het zorgtraject mee dient afgestemd te worden. Het is een benadering die de voorbije periode steeds vaker het onderwerp was van wetenschappelijk onderzoek en publicaties. Een test op *PubMed* leert dat meer specifiek vanaf de jaren 2010 het aantal wetenschappelijke artikels met een nadrukkelijke focus op dit thema aanzienlijk is gestegen (zie Figuur 1). Het gros van dit onderzoek tracht in kaart te brengen hoe DGZ kan bijdragen aan een hogere tevredenheid en welzijn van patiënten, hoe het tot betere relaties kan leiden tussen patiënt-e en zorgverlener, en hoe het mogelijk zelfs kosten kan besparen voor het zorgsysteem (Boeykens, 2023).

Naast de toename van wetenschappelijke aandacht, merken we ook op dat er de afgelopen jaren beduidend meer fondsen zijn vrijgemaakt voor onderzoek naar DGZ. Verschillende initiatieven en projectoproepen kregen extra financiering om DGZ beter in kaart te brengen en te bevorderen. Zo stelden de Koning Boudewijnstichting en het Fonds Dr. Daniël De Coninck aanzienlijke bedragen beschikbaar om de toepassing van het concept in de Belgische eerstelijnszorg te ondersteunen en te versnellen, alsook om eerstelijnswerkers ervaring te laten opdoen met de thematiek. In totaal verkregen 18 Nederlandstalige en 17 Franstalige onderzoeksprojecten naar DGZ financiële steun (Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen, 2024). Ook andere netwerkorganisaties, zoals bijvoorbeeld de Academie Voor De Eerste Lijn, dragen actief bij aan de bevordering en implementatie van de zorgbenadering door middel van samenwerkingsprojecten.

Daarnaast integreren ook beleidsmakers DGZ steeds vaker in hun beleidsplannen en -strategieën. Zo lanceerde het Vlaams departement Zorg en Gezondheid in 2023 de tool *Alivia*, een digitale toepassing die methodes van doelgericht samenwerken zou moeten ondersteunen via een virtueel zorg- en ondersteuningsplan. DGZ werd eveneens opgenomen in zowel het interfederaal plan geïntegreerde

Figuur 1: Aantal wetenschappelijke artikels over 'Goal-Oriented Care' per jaar (Bron: PubMed)



zorg als in het nieuwe wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten, waarin tevens wordt verwezen naar verschillende onderzoeksprojecten die pleiten voor een versnelde omslag in de gezondheidszorg van behandelingsgerichte zorg naar DGZ. Centraal staat onder andere een verhoogde aandacht voor de levensdoelen en de mogelijkheden van de patiënt-e.

Tot slot is het concept ook steeds vaker het onderwerp van het aanbod aan opleidingen en trainingen om zorgverleners te helpen DGZ toe te passen. Zo biedt het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) bijvoorbeeld een basis-training aan om zorgprofessionals of mantelzorgers uit te leggen hoe ze concreet aan de slag kunnen gaan met DGZ. In Wallonië en Brussel heeft de Vereniging van Huisartsen (AGE) er zich onder andere via symposia op toegespitst om, in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, de filosofie rond DGZ te ondersteunen en te implementeren in de praktijk.

Aangezien het zeer waarschijnlijk is dat de aandacht voor dit thema de komende periode enkel nog zal toenemen, is het nuttig om het concept grondig te analyseren vanuit verschillende invalshoeken. Tot nu toe lijkt er namelijk vooral veel aandacht te gaan naar de positieve eigenschappen en *good practices* van DGZ. CM miskent de positieve eigenschappen van DGZ niet, maar de invulling van het concept bevat enkele blinde vlekken die potentieel ongunstige gevolgen zouden kunnen hebben voor de patiënt-e.

Die blinde vlekken bleven tot nu toe grotendeels onderbelicht. Het doel van deze studie is dan ook om deze in kaart te brengen, alsook om de potentiële perverse effecten zo helder mogelijk aan te stippen. Deze analyse kan er op die manier toe bijdragen dat zowel de invulling van het theoretische concept als de vertaalslag ervan naar de praktijk op de best mogelijke manier kunnen gebeuren. Dat wil zeggen, met zoveel mogelijk aandacht voor de kwaliteit van de zorg en voor de reële ondersteuning die de PZOV nodig heeft.

Om deze blinde vlekken helder te belichten, hanteren we in deze publicatie een sociologische benadering. Eerst nemen we de geschiedenis van het concept onder de loep en kijken we naar haar oorsprong. Daarna brengen we de maatschappelijke context in kaart waarbinnen DGZ uitgroeide tot een breder hanteerbaar begrip. Vervolgens staan we stil bij enkele van die contextuele elementen die lijken door te sijpelen in de huidige benadering van DGZ, en die volgens CM mogelijk enkele ongewenste effecten zouden kunnen genereren.

1. Literatuurstudie: de historische context

1.1. Oorsprong bij comorbiditeit en chronische aandoeningen

Het startpunt van DGZ als een specifieke benadering van zorgverlening, wordt in de wetenschappelijke literatuur veelal gesitueerd in 1991. In dat jaar publiceert geriater en huisdokter James W. Mold het artikel *Goal-Oriented Medical Care* in het vakblad *Family Medicine* (Mold, Blake, & Becker, 1991). Toch blijkt het concept zelf op dat moment al wel enige tijd te bestaan (zie ook Figuur 1). Voornamelijk in de context van sociale hulp en rehabilitatie na langdurig druggebruik, werd het doorheen de jaren 1970 reeds aangewend als nuttige benaderingsvorm om in samenspraak met de hulpbehoevende persoon een stappenplan en hulptraject uit te stippelen (DeSimone, 1975). En ook in rapporten gericht op kwaliteitscontrole van medische zorgverlening, bleek de invalshoek reeds voor Molds publicatie te worden besproken (Lohr, 1990). De aanwending van DGZ als benaderingsconcept in het kader van kwaliteit kwam er vanuit de overtuiging dat “alle pogingen om kwaliteit van zorgaanbod te definiëren en evalueren nutteloos zijn zolang ze niet gebaseerd zijn op de waarden en doelen van de patiënt-e” (Lohr, 1990, p. 121, eigen vertaling). Centraal stond dus steeds de idee dat zowel de efficiëntie als de kwaliteit van zorg of hulp er alle baat bij hebben afgestemd te zijn op de individuele situatie en wensen van de patiënt-e.

Wanneer Mold in 1991 zijn artikel publiceert, is hij de eerste die een specifieke focus op en uitgebreide beschrijving van het concept brengt in de context van medische zorgverlening. Hij beschrijft hoe het klassieke probleemgeoriënteerde zorgmodel, doorgaans gestoeld op een formele diagnose en een daaruit volgende behandeling, niet erg geschikt blijkt voor het behandelen van een groot, en volgens Mold groeiend aantal gezondheidsproblemen en -uitdagingen. Hoewel de probleemgeoriënteerde aanpak ideaal is voor de behandeling van acute ziekten, is deze veel minder geschikt wanneer 1) de uitdaging in feite een ‘normale’ fysiologische activiteit betreft (zoals zwangerschap, gezondheidspromotie of primaire ziektepreventie), 2) het bereiken van een ‘normale’ of volledige gezondheid onmogelijk blijkt (in het geval van chronische of terminale ziekte), 3) een klassieke behandeling nieuwe, gelijkaardige of grotere problemen dreigt te genereren ten aanzien van het initiële gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld in het geval van comorbiditeit) (Mold, Blake, & Becker, 1991).

Mold's artikel biedt een algemene en theoretische beschouwing over DGZ. Hij besteedt bijzondere aandacht aan twee specifieke aspecten van het concept. Ten eerste focust hij sterk op de implicaties van DGZ op de nieuwe rolverdelingen en interacties tussen patiënten en zorgverleners. Aangezien vanuit dit nieuwe paradigma patiënten een veel grotere beslissingsrol kunnen innemen over de staat van hun eigen gezondheid, zo stelt hij, verandert de rol van de zorgverlener aanzienlijk. In plaats van zelf alle beslissingen te nemen, moet deze nu vooral actief luisteren en, op basis van wat de patiënt-e aangeeft, aanbevelingen formuleren en aanmoedigen. Ultiem is het "veel minder een zoektocht naar waarheid, dan wel een gezamenlijke inspanning om een nuttige realiteit te construeren" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 49, eigen vertaling). Deze 'gezamenlijke inspanning' heeft evenwel als implicatie dat de relatie tussen zorgverlener en patiënt-e veel nauwer wordt, zo stelt Mold, intiemer zelfs. Er moet actie- ver worden rekening gehouden met persoonlijke sterktes, noden en verwachtingen van de hulpbehoevende persoon, en dit kan een zekere emotionele gehechtheid initiëren die vanuit de klassieke probleemgerichte benadering makkelijker te vermijden valt.

Ten tweede beschrijft Mold de verschillende situaties waarin een doelgerichte benadering nuttiger kan zijn dan de klassieke probleemgerichte. Daarbij staat hij vooral stil bij patiënten met chronische of ongeneeslijke ziekten. Hij noemt de zorg voor patiënten met chronische ziekten "één van de grootste uitdagingen van de moderne geneeskunde" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, eigen vertaling). Wanneer genezing niet mogelijk is, wordt er vanuit de klassieke probleemgerichte benadering alles aan gedaan om een 'abnormale manifestatie' van de ziekte te controleren, aldus Mold. Maar het is waarschijnlijker, zo stelt de auteur, dat meer positieve veranderingen in de gezondheidsstatus kunnen bekomen worden, wanneer patiënten inspraak krijgen in specifieke doelstellingen. Dat geldt ook voor patiënten die stervende zijn, of die geconfronteerd worden met een terminale ziekte. Zij voelen zich vaak verlaten door zorgverleners eens het duidelijk is dat er geen medische behandeling meer mogelijk is. Maar we kunnen net argumenteren, schrijft Mold, dat "één van de belangrijkste gezondheidsgerelateerde doelen in het leven van een persoon precies betrekking heeft op de omstandigheden van het sterfproces" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 50, eigen vertaling). Zorgverleners zouden de unieke positie moeten innemen om in die fase begeleiding, ondersteuning en verzachting te bieden, aldus Mold.

1.2. Beweging naar een bredere uitrol

Initieel blijft de focus in de wetenschappelijke literatuur de daaropvolgende jaren behouden op personen met comorbiditeit en personen met chronische aandoeningen. De argumentatie voor deze focus bouwt verder op de redenen die Mold reeds aanhaalde. Ten eerste zou het zorgsysteem geconfronteerd worden met een toename van comorbiditeit en chronische aandoeningen, alsook met een stelselmatig ouder wordende populatie in het algemeen waarbij deze condities relatief vaker voorkomen (Tinetti, Esterson, Ferris, Posner, & Blaum, 2016). Deze groepen lopen, ten tweede, een verhoogd risico op gefragmenteerde zorg indien ze benaderd worden vanuit een klassiek probleem-georiënteerd paradigma. DGZ kan hierop een antwoord bieden door de zorg of ondersteuning te stroomlijnen in een richting die wenselijk is voor de patiënt-e in kwestie (Boeykens, et al., 2022).

Vandaag stellen we echter een bredere toepassing vast waarbij DGZ als benaderingsperspectief veel omvatterder wordt angewend dan enkel bij de bovengenoemde groepen. Sterker nog, er wordt actief gewerkt aan de aan- sporing om **DGZ in de gehele eerstelijnszorg uit te rol- len**. In die context bood bijvoorbeeld Het Fonds Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting, in 2022 en 2023 financiële ondersteuning aan initiatieven en onderzoeksprojecten die "ervaring hebben – of al doende ervaring willen opdoen – met de omslag naar doelgerichte zorg in de eerste lijn" (Fonds Daniël De Coninck, 2024). De projectoproepen focussen zich niet uitsluitend op de eer- der genoemde groepen, maar blijken zich veel algemener te richten op 'personen met zorg- en ondersteuningsno- den' en eerstelijnsprofessionals. Ook onderzoekers geven aan ervan overtuigd te zijn "dat iedereen baat kan hebben bij doelgerichte zorg" (Vlaams Patiëntenplatform, 2024).

Een blik op het laureatendossier leert ons dat er naast pro- jecten van organisaties met een focus op comorbiditeit, chronische aandoeningen, ouderenzorg en sociale hulp, eveneens projecten werden geselecteerd met een focus op respectievelijk huisartsenpraktijken, eerstelijnszones in het algemeen, zorg- en welzijnswerkers die zich rich- ten op preventie, en zelfs workshops of andere vormen van informatieverstrekking die zich niet langer richten op 'patiënten' maar op 'burgers' als zodanig, dit met als doel hen proactief te '*empoweren*' en aan te sporen hun wel- zijn in eigen handen te nemen. Deze onderzoeksprojecten werden tevens vermeld in een wetsontwerp uit 2023 ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten, waarin wordt beschreven dat de omslag van probleemgerichte zorg naar

DGZ moet versneld worden, en dat de verhoogde aandacht voor levensdoelen in de zorgcontext een positieve benadering van gezondheid en welzijn zou versterken. De patiënt-e dient daarin een actieve(re) rol op te nemen, zo luidt het, onder andere door de levensdoelen in kaart te brengen en deze te bespreken met de zorg- en hulpverleners (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023).

Hoewel er, voor zover wij weten, op dit moment nog geen specifieke beleidsimplementaties plaatsvonden die duiden op een legislatieve verankering van DGZ in de gehele eerstelijnszorg¹, observeren we wel duidelijk een tendens waarbij de ideeën achter DGZ worden opgenomen in beleidsnota's met een bredere scope – getuige het wetsontwerp uit 2023 ter wijziging van de patiëntenrechten –, en waarbij die beleidsvoorstellen ook expliciet aansporen om DGZ actiever en breder te implementeren. Zo lanceerde de Koning Boudewijnstichting in 2024 een beleidssynthese die dient als “oproep tot actie om de stem van de patiënten te versterken door hen meer slagkracht te geven”, gericht aan onder andere “de overheden op alle bestuursniveaus” (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 3). De beleidssynthese presenteert “drie recente oriëntaties die onze gezondheidszorg móet kiezen”, en beschrijft deze oriëntaties respectievelijk als “de patiënt als sturende kracht”, “de shift naar zelfzorg”, en “de doorbraak van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt” (Koning Boudewijnstichting, 2024, pp. 4-5).

1.3. Twee grotere evoluties

Deze schijnbaar plotse tendens om DGZ zo breed toe te passen kunnen we beter begrijpen in de context van twee meer algemene ontwikkelingen. **Ten eerste** dienen we het specifieke paradigma van DGZ te plaatsen binnen een **breder evolutie van zorgbenaderingen die de patiënt-e of hulpbehoevende persoon centraal stellen**. Zo bestaan er vandaag naast DGZ nog heel wat andere concepten die hiernaar verwijzen: persoonsgerichte zorg, herstelgericht werken, steunend relationeel handelen, oplossingsgericht handelen of krachtgericht werken, om slechts enkele voorbeelden te noemen (ELZ Gent VZW, 2025).

Een van de meest gekende benaderingen, en wat kan beschouwd worden als een overkoepelend concept in

deze context, is patiëntgerichte zorg. Historische duidingen plaatsen de geboorte van deze benadering reeds in de jaren 1940, wanneer invloedrijke psychiaters zoals Carl Rogers braken met de toenmalige populaire technieken gestoeld op ‘*Social Adjustment*’, die patiënten er actief toe aansporen persoonlijke gedragingen en denkbeelden aan te passen in overeenstemming met sociaal wenselijke(re) normen. Rogers, als één van de centrale figuren in deze beweging, koos er daarentegen voor om te luisteren, te begrijpen, en op die manier een heldere spiegel aan te bieden. Dit stelde de cliënt-e in staat zichzelf beter te begrijpen, dieper over zichzelf te reflecteren, en er ultiem zelf voor te kiezen denkpatronen of gedragingen al dan niet te wijzigen. De redenering hierachter luidt dat gedragswijzigingen gestoeld op de intrinsieke wil van de patiënt-e veel duurzamer en diepgaander zijn dan opgelegde veranderingen. Rogers noemde deze benadering ‘cliëntgerichte therapie’, en publiceerde samen met een collega in 1951 een boek met de gelijknamige titel *Client-Centered Therapy* (Kirschenbaum & Jourdan, 2005).

De ideeën die Rogers uitdraagt, en waarmee hij in de daaropvolgende jaren successen boekte, vinden vanaf de jaren 1980 hun weg naar de medische zorgverlening, waarbij het belang van duidelijke communicatie enerzijds en de patiënt-e centraal te plaatsen anderzijds sterk worden benadrukt. Hierin is een belangrijke rol gespeeld door patiënten en activisten die in de context van de aidsepideemie meer inspraak eisten in de kennisproductie over succesvolle zorgtrajecten en behandelingen (Epstein, 1995). In deze periode groeit het idee dat de individuele noden van de patiënt-e steeds het uitgangspunt moeten zijn, en wordt gepleit voor een meer kwalitatieve kijk op zorg (Boeykens, 2023). In 2001 publiceert het onafhankelijke en invloedrijke Amerikaanse *Institute of Medicine* een rapport waarin ze haar kijk op een beter gezondheidssysteem voor de eenentwintigste eeuw voorstelt. Daarin schuift ze patiëntgerichte zorg naar voren als de manier bij uitstek om zorg te verlenen die de individuele voorkeuren, noden en waarden van de patiënt-e respecteert en tegemoetkomt, en verzekert dat deze aspecten een sturende rol spelen bij elke klinische beslissing (Baker, 2001). Vandaag is patiënt- of persoonsgerichte zorg ook in België uitgegroeid tot een integraal onderdeel van de beleidsvisie op zorgkwaliteit (Gezond België, 2024), waarvan DGZ een meer specifieke invulling vormt.

¹ De eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen is wel al enkele jaren bezig met een transitie naar een meer geïntegreerde organisatie van de zorg voor complexe casussen, personen met een langdurige ondersteuningsnood of met vragen op verschillende terreinen, zoals combinaties van fysieke en mentale gezondheidsklachten met sociale of financiële problemen. Een concrete uitwerking hiervan is *Alivia*, een digitaal zorgplanningsinstrument om zorgcoördinatie en DGZ mogelijk te maken (Departement Zorg, 2025).

Daarnaast observeren we in de invulling en kadering van DGZ echter ook de echo's van **een tweede, bredere beweging** die zich de voorbije jaren voltrok, namelijk een ontwikkeling waarbij **individueen worden aangespoord meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid**. Zulke klemtonen op zelfregie en veerkracht zijn allesbehalve nieuw. Reeds sinds 2000 zit het gebruik van termen als *'self-management'* en *'resilience'* in de context van gezondheidscommunicatie stevig in de lift (Luypaert, 2020). Dit is op zijn beurt een veruitwendiging van een bredere maatschappelijke evolutie waarin zelfredzaamheid, veerkracht en aanpassingsvermogen steeds nadrukkelijker op de voorgrond worden geplaatst (zie ook deel 1.4).

In de brede uitrol van het concept DGZ, lijken vandaag deze **twee bovenstaande evoluties samen te vloeien**. De toegenomen aandacht voor een meer actieve betrokkenheid van de patiënt-e en voor diens wensen, waarden en voorkeuren is zonder twijfel een ontwikkeling met veel positieve aspecten. De benadering kan rechtstreeks bijdragen aan meer levenskwaliteit in de context van wat de persoon in kwestie zelf belangrijk vindt. Maar tegelijkertijd moeten we er ons wel van bewust zijn dat enkele aspecten in het narratief rond DGZ, meer bepaald de focus op meer verantwoordelijkheid en zelfregie via het formuleren van persoonlijke doelen, een blinde vlek kunnen vormen die enkele potentiële perverse effecten met zich meedraagt. Om maar te zeggen: het positieve potentieel van DGZ is er zeker en vast, maar we willen in deze tekst vooral ingaan op enkele potentiële blinde vlekken die zich zouden kunnen voltrekken indien er met deze aspecten van het concept te onbesuisd wordt omgegaan. We beargumenteren deze specifieke focus vanuit de vaststelling dat de *best practices* en het positieve potentieel van DGZ immers al vaak besproken blijken te zijn (zie onder andere Jennings & Mold, 2024), maar dat de eventuele risico's hieraan verbonden daarentegen relatief onderbelicht zijn gebleven. Deze blinde vlekken lijken ons des te relevanter binnen een hedendaagse context waarin DGZ wordt uitgerold als breder paradigma in de gehele eerstelijnszorg.

1.4. Betekenisgevend kader

Alvorens in de volgende sectie die mogelijke blinde vlekken aan te stippen, is het nodig om eerst het volgende te benadrukken: **elke activiteit vindt steeds plaats binnen een breder sociaal, cultureel, normatief en moreel kader**. Dat lijkt in eerste instantie nogal abstract, maar het is cruciaal om de argumenten in het verdere verloop van dit artikel te begrijpen. Als individuen handelen en interageren

we namelijk altijd binnen een specifieke culturele context en aan de hand van normen die we niet zelf hebben gecreëerd en die niet noodzakelijkerwijs zijn zoals we zouden willen. Deze settingen worden gevormd en beïnvloed door bredere samenlevingsfactoren – moreel-ethisch, structureel, systemisch – die zowel de invulling als de betekenis van onze handelingen en interacties vormgeven, ook al zijn we ons vaak niet bewust van die invloed. Wat we normaal vinden, wat we wenselijk vinden en zelfs wat we waardevol achten kan dan wel heel persoonlijk *lijken*, het weerspiegelt steeds een breder betekenisgevend kader waaraan we onze handelingen toetsen en waarmee we ze interpreteren (zie Figuur 2).

Scherper gesteld: onze normen, wensen en waarden kennen een cruciale culturele dimensie, en ook de concepten die we daarrond creëren en delen, worden steeds vormgegeven binnen dat culturele kader. Dat is niet anders voor de ideeën achter DGZ: het is een concept dat binnen een bredere context werd ontwikkeld – zoals onder punt 1.3 al summier werd toegelicht – en dus onvermijdelijk die culturele dimensie tot op zekere hoogte opnieuw weerspiegelt. Die bredere, culturele context kunnen we vandaag beschrijven als een **neoliberale meritocratie**, waarin waarden als zelfredzaamheid, zelfregie en veerkracht een belangrijke en centrale plek toegewezen krijgen. Dit betekent uiteraard niet dat DGZ per definitie een liberaal concept *is*, noch dat het enkel en alleen deze neoliberale waarden reflecteert. Maar het betekent wel dat we ons goed bewust dienen te zijn van de subtiële manier waarop een liberaal narratief en waardenkader de invulling en vormgeving van een concept zoals DGZ kan binnensijpelen, precies omdat dat **waardenkader** zich kan **concretiseren in enkele mogelijke risico's voor de patiënt-e**.

Voor de goede orde dienen we eerst te specificeren wat we precies bedoelen met neoliberalisme als waardenkader, aangezien neoliberalisme soms een *catch-all* term blijkt te zijn met vele verschillende ladingen, en soms al te makkelijke of zelfs dubieuze associaties. Dat is een gevolg van het feit dat neoliberalisme niet de naam is van één specifieke doctrine of één welbepaald institutioneel opzet. Het neoliberalisme is een ideologie die meerdere uitwerkingen kan kennen. Een goede startdefinitie vinden we bij Blunden en Calder (2020), die de definities uit twee prominente werken (Davies, 2017; Harvey, 2005) over de ontwikkeling en invloed van het neoliberalisme samenbrachten in een eigen synthese. De onderzoekers beschrijven neoliberalisme als “de verheffing van marktgebaseerde principes en evaluatietechnieken tot het niveau van door de staat goedgekeurde normen”, in de overtuiging dat “menselijk welzijn

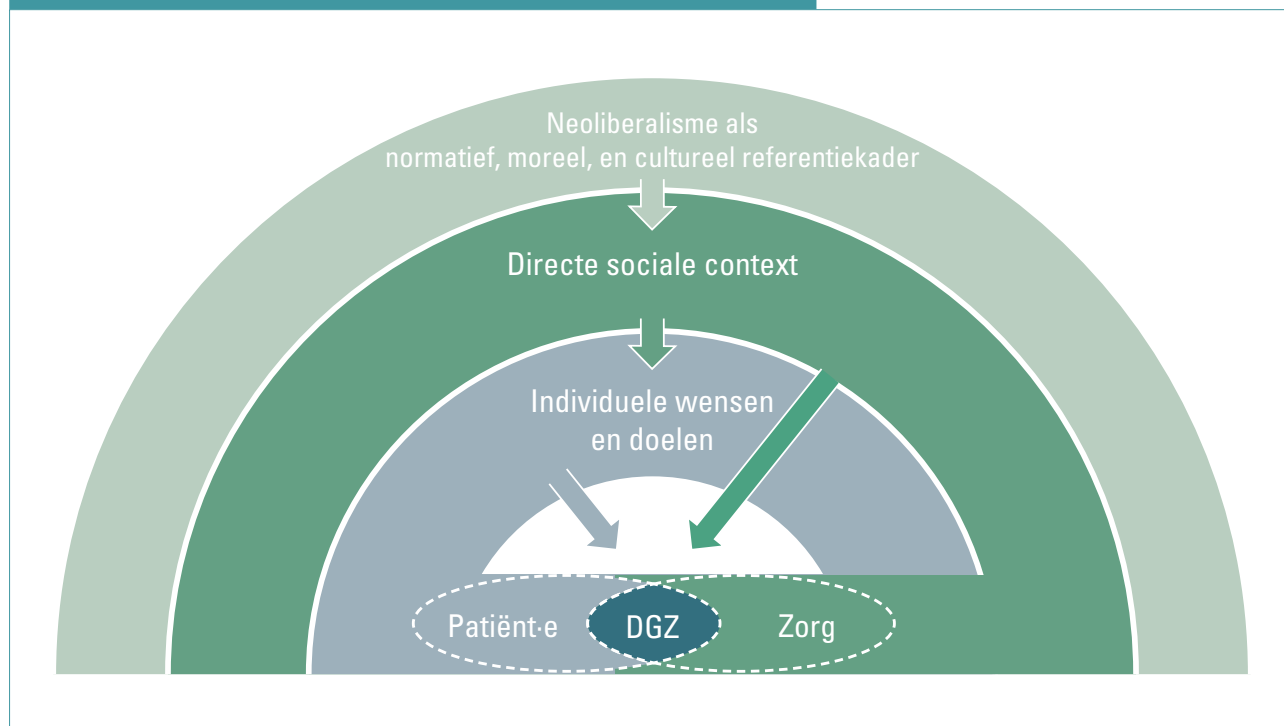
het best kan worden bevorderd via het aanmoedigen van individuele ondernemingsvaardigheden en -vrijheden”, en dat tot slot “onze institutionele kaders ook het best op dit doel worden afgestemd” (Blunden & Calder, 2020, p. 2, eigen vertaling).

Die ‘marktgebaseerde principes’ zijn vandaag echter veel breder verspreid dan louter in institutionele kaders en beleid. Ze sijpelden sinds de jaren 1980 steeds verder door in de alledaagse denkbeelden, waarden, gedragingen, aansporingen en ideeën die we als samenleving collectief normaliseren of aanmoedigen – kort samengevat: in onze cultuur. Sterker nog, het ligt net in het hart van het neoliberale denken om die marktgebaseerde principes op alle levensdomeinen toe te passen. Filosoof en geschiedkundige Michel Foucault (2008) sprak in deze context over de herstructurering van de eigen identiteit tot een soort individuele onderneming van ‘het zelf’. De moderne invulling van een goed en succesvol burger is niet langer iemand die zo conform mogelijk is, maar wel iemand die waakzaam en op een verantwoorde manier aan ‘zelfbeheer’ doet en zo ‘concurrentieel’ kan zijn met anderen. Vanuit dat paradigma worden nagenoeg alle aspecten van het sociale leven doordrongen van en ondermijnd door principes van individuele prestatie. Of het nu gaat om het werk, het huishouden, of het onderhouden van relaties, steeds is het doel: op zelfredzame wijze het eigen succes en geluk maximaliseren, en risico’s oordeelkundig minimaliseren.

Gezondheid vormt hierop allerminst een uitzondering en wordt binnen een neoliberale context eveneens opgevat als een vorm van kapitaal dat gemaximaliseerd dient te worden. Het objectief is een ‘winst’ in de vorm van persoonlijk welzijn of individuele gezondheid, die uitiem kan geëtaleerd worden als een uiting van slimme keuzes, goede investeringen en productiviteit.

Historisch gezien transformeerde het maatschappelijk beeld over het ideaaltipe burger de voorbije decennia zo op twee belangrijke manieren. Ten eerste zijn we niet langer *obedience-subjects* die voornamelijk dienen te gehoorzamen, maar *achievement-projects* die vooral moeten presteren. We worden verwacht te sleutelen aan en te investeren in onze eigen identiteit als zijnde het ultieme project (Foucault, 2008). Een tweede verschil tussen de huidige prestatimaatschappij en de zogenaamde ‘commandosamenleving’ die hieraan voorafging, is dat een ‘moeten’ voordien van buitenaf werd opgelegd, terwijl we vandaag de culturele aansporingen tot presteren grotendeels hebben geïnternaliseerd. Precies daarom, zo stelt de Duits-Koreaanse filosoof Byung-Chul Han, leven we wel met het *gevoel* vrij te zijn om te doen wat we willen, maar gebruiken we die vrijheid vooral om onszelf systematisch druk op te leggen om prestaties te boeken. Door de internalisering van dit ‘moeten’, gaat een zekere zelf-uitbuiting gepaard met een gevoel van vrijheid, aldus Han (2015).

Figuur 2: Visuele synthese van de theoretische benadering



Foucault sprak in deze context over een “proliferatie van individualisme aan de hand van een economische matrix” (Foucault, 2008, p. 56, eigen vertaling). Anders gesteld, dienen we vandaag zo uitgesproken mogelijk ‘onszelf’ te zijn, maar wel op een manier waarmee we onze acties en handelingen systematisch evalueren in termen van prestaties en successen.

2. Methode: kritische discoursanalyse

Om in kaart te brengen hoe dit culturele en normatieve kader wordt gereproduceerd via het concept DGZ, en welke potentieel schadelijke effecten daaruit kunnen voortkomen, hebben we een kritische discoursanalyse (KDA) uitgevoerd. Dit is een beproefde methode uit de sociale wetenschappen om achterliggende patronen en betekenisstructuren van begrippen of concepten te achterhalen. Concreet baseert een KDA zich daarvoor op een systematische en contextgevoelige analyse van relevante teksten. Die analyse omvat niet enkel beschrijvingen van de *manifeste* – of anders gezegd de *expliciete* – inhoud van een tekst, maar bovenal een analyse van de *latente* inhoud. Een KDA helpt op die manier met het blootleggen van de meer verholde betekenissen van begrippen die we *onder* de manifest expliciete tekst en ‘tussen de regels door’ dienen op te graven (Graneheim & Lundman, 2004).

Via een KDA benaderen we een tekst niet als een geïsoleerd gegeven, maar net in relatie tot haar bredere maatschappelijke achtergrond. Een fundamenteel basisprincipe van de methodologische benadering luidt dat een discours steeds sociaal ingebed is: het wordt sociaal geconstrueerd en speelt op zijn beurt ook een rol in de constructie en reproductie van sociale structuren en relaties (Breeze, 2011). Als we de latente inhoud van een begrip en van haar interpretatie willen blootleggen, dienen we dus niet enkel de tekst als zodanig in beschouwing te nemen, maar ze vooral in relatie te brengen met de context die erop van invloed is. Met ‘context’ wordt niet zozeer de onmiddellijke omgeving bedoeld waarin een tekst wordt geproduceerd of waarop deze betrekking heeft (bijvoorbeeld een academische setting of een ziekenhuis), maar voornamelijk de bredere maatschappelijke context: het geheel aan culturele, normatieve, morele, politieke, sociale en economische factoren die

onze gedeelde realiteit vormgeven. Samengevat, houdt een KDA dus vooral rekening met de meest relevante contextuele determinanten die bijdragen aan enerzijds de productie en anderzijds de interpretatie van een tekst, alsook van de centrale begrippen in die tekst (Handford & Gee, 2012).

Methodisch-technisch is een KDA ten eerste een **iteratief en circulair proces** en wordt er dus zowel inductief als deductief te werk gegaan om a priori-conclusies te vermijden. Zo wordt eerst gekeken naar de taalconstructies van relevante teksten om semantische invullingen bloot te leggen (inductie). Het gaat dan om woordkeuzes, zinsconstructies, gelegde verbanden, semantiek en morele of normatieve bepalingen. In een volgende analytische fase worden deze invullingen geherinterpreteerd aan de hand van bestaande literatuur of theoretische beschouwingen over eigentijdse culturele opvattingen (deductie). Anders gezegd, we brengen een lezing van geselecteerde teksten over DGZ rechtstreeks in verband met relevante sociologische en theoretische benaderingen aan de hand waarvan we de invulling en betekenisgeving van het concept nauwgezet kunnen analyseren.

Ten tweede is een KDA ook een **probleem-georiënteerde analysemethode**. Dat wil zeggen dat we aan de hand van de methodologie niet zozeer bevestiging of weerlegging zoeken van een specifieke hypothese, maar wel dat we 1) de relatie tussen bredere contextuele factoren en het discours rond een begrip willen aanstippen, en vervolgens 2) aanduiden welke relevante sociale of gezondheidsrisico's daaruit (zouden kunnen) voortvloeien. Meer specifiek hebben we teksten over DGZ geanalyseerd om na te gaan of we in de latente beschrijvingen van het onderwerp de contouren kunnen observeren van contextuele factoren die blinde vlekken of potentiële valkuilen kunnen veroorzaken en zo een Mattheüseffect teweegbrengen, zijnde onbedoelde en ongewenste gevolgen die ofwel de kwaliteit van de zorg verslechteren, ofwel de situatie voor de kwetsbare patiënt-e bemoeilijken. In het volgend deel stellen we de resultaten van deze analyses voor met een afzonderlijke bespreking van vier potentiële risico's.

We hebben voor deze studie drie soorten teksten geselecteerd en geanalyseerd. Ten eerste gaat het om wetenschappelijke artikels en onderzoeksliteratuur. We laten zowel Nederlandstalige (met een Vlaamse focus) als Engelstalige artikels. De argumentering hierachter is dat we zowel studies wilden analyseren die zich focusten op een Vlaamse respondentengroep en beleidscontext, als

onderzoek met een meer internationale scope die vaak als theoretische of methodologische inspiratie fungeren voor de Vlaamse artikels. We selecteerden deze artikels op hun impact (citeringscijfer²) of op hun actualiteit (jaar van publicatie). Ten tweede namen we politieke beleidsnota's door (waaronder het meest recente wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten en relevante publicaties van het Departement Zorg van de Vlaamse Overheid). Tot slot namen we ook uitgeschreven visies van relevante netwerk-, werkveld- en middenveldorganisaties mee die het thema expliciet bespreken in openbare publicaties (waaronder het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn, de Academie Voor de Eerste Lijn, het Vlaams Patiëntenplatform, en de Koning Boudewijnstichting).

We willen nogmaals in herinnering brengen dat het opzet van deze studie een kritische lezing van het concept DGZ betreft met een specifieke focus op de blinde vlekken en de potentiële risico's die daaruit kunnen voortvloeien, zonder echter het concept op zich over boord te willen gooien. De bedoeling is om vanuit een cultuursociologische lens bij te dragen aan een betere en breder omvattende invulling van het concept, zodat het uiteindelijk meer personen kan helpen.

3. Resultaten

3.1. Grote(re) klemtoon op individuele responsabilisering

Zoals reeds aangegeven, is één van de fundamenteën van DGZ de idee dat de patiënt-e actief participeert aan een dialoog met diens zorgverlener (Boeckxstaens et al., 2020). Hiermee druist het concept in tegen het klassieke beeld van de patiënt-e die slechts een passieve ontvanger is van zorgexpertise. De patiënt-e dient te worden getransformeerd naar een mede-schepper van het eigen zorgtraject en moet "een actieve rol opnemen" (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 14). Sterker nog, de zorg dient te "vertrekken vanuit de doelen en waarden van de patiënt" (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 13), wat meteen impliceert dat die een belangrijke verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld over de richting en invulling van de zorg die verkregen wordt. Op het eerste zicht lijkt deze benadering weinig bezwaarlijke elementen te bevatten. Wat

valt er immers niet te appreciëren aan een benadering die de wensen van een patiënt-e centraal plaatst? Toch moeten we, volgens de onderzoekers Blunden en Calder, oppassen om niet in de val te trappen van "valse neutraliteit" (Blunden & Calder, 2020, p. 1, eigen vertaling). Want denken in termen van persoons- en DGZ kan dan wel normatief neutraal *lijken*, het brengt wel degelijk enkele contentieuze waardenverbintenissen met zich mee.

In de praktijk blijkt het namelijk doorgaans niet zo te zijn dat patiënten "van nature uit" persoonlijke doelen voorleggen aan zorgverleners (Boeckxstaens, et al., 2016, p. 126). Sterker nog, volgens de studie van Boeckxstaens en collega's bleek het voor veel patiënten moeilijk om doelen te definiëren en uit te drukken, zelfs wanneer gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst die hier specifiek voor werd ontwikkeld en gevalideerd. Dat leidden de onderzoekers af uit een reeks diepte-interviews met patiënten die lijden aan meerdere chronische ziekten. Slechts een minderheid van die patiënten formuleerde doelen, en deed dat bovendien in zeer algemene bewoordingen zoals 'opnieuw gezond worden' of 'niet verder achteruit gaan'. De meeste patiënten gaven aan niet te begrijpen wat precies bedoeld werd met 'doelen' of 'doelen stellen', of stelden dat ze zich niet konden identificeren met het concept 'doelen stellen' op zich. Sommige patiënten gaven daarbij aan dat ze hun situatie tot op zekere hoogte hadden geaccepteerd, en dus helemaal geen noodzaak voelden om specifieke doelen te stellen. De conclusie van de studie luidt dan ook dat het helemaal geen vanzelfsprekendheid is voor patiënten om persoonlijke doelen te formuleren in de context van een zorgtraject. Nochtans wordt hier in veel publicaties over DGZ impliciet wel van uitgegaan.

Een verklaring hiervoor ligt bij het feit dat de meeste volwassenen zijn opgegroeid in een verzorgingsstaat waarin ze "hebben geleerd dat je een goed burger bent als je tijdig een beroep doet op [zorg]professionals" (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens, & Verplanke, 2018, pp. 10-11). Aansporingen om *zelf* doelen te formuleren en het zorgtraject *zelf* mee vorm te geven, zijn dus relatief nieuw. Anders gesteld, het vormt een specifiek hedendaagse en saillante aanvulling op de 'ziekerol', oftewel de impliciete set aan sociale verwachtingen die we hebben van personen met een gezondheidsuitdaging. De zogenaamde 'ziekerol' werd voor het eerst gedefinieerd door Talcott Parsons. De socioloog beschreef dit in 1951 als een gelegitimeerde en verantwoorde wijze van afwijking.

2 Dit vanuit de idee dat hoe vaker een wetenschappelijk artikel geciteerd wordt, hoe groter de impact op de discursieve dimensie van het respectievelijke onderzoeksdomein.

Want wie ziek wordt verklaard, mag *afwijken* van de normale gedragsverwachtingen. De ziekerol ontslaat de zieke persoon namelijk van een aantal verplichtingen die in normale omstandigheden gelden, en houdt ook in dat de schuld van een zekere mate van onbekwaamheid tot handelen niet bij de zieke persoon zelf wordt gelegd (Parsons, 1951). Meer dan louter *ziekte* als een fysiologische manifestatie, beschreef Parsons de *ziekerol* als een element van de sociale werkelijkheid. Het is een sociaal geconstrueerd beeld dat enkele impliciete afspraken inhoudt over wat we aanvaarden, toelaten en verwachten van personen die ziek zijn. Omdat die ziekerol een sociaal construct is, vertelt het bijgevolg ook iets over de bredere culturele context waarbinnen dat ‘ziek zijn’ plaatsvindt, en welke normen en verwachtingen uit die context voortkomen. Dat aan die ziekerol vandaag wordt toegevoegd dat de patiënt-e een meer actieve rol dient te spelen, onder andere door zelf persoonlijke doelstellingen te formuleren, legt dus een eigentijdse sociale realiteit en een daaraan verbonden set van verwachtingen bloot.

Centraal in die hedendaagse set van verwachtingen gekoppeld aan de ziekerol en het zorgtraject ligt vandaag een grote klemtoon op zelfredzaamheid en zelfregie. Of zoals een publicatie van het Vlaams Patiëntenplatform het formuleert: “aan het roer staan van het eigen leven”, onder andere door zelf doelstellingen te formuleren (Vlaams Patiëntenplatform, 2025). Deze expliciete aanzet tot zelfregie is een rode draad doorheen de publicaties over DGZ. Zo geeft datzelfde artikel aan dat we DGZ zouden “kunnen zien als een voorwaarde voor zelfmanagement. [Dit] gaat over een vorm van zelfregie/verantwoordelijkheid voor het opnemen van een rol in je ziekteproces. Maar dan moet je eerst weten wat je belangrijk vindt en waar je naartoe wil. Zelfmanagement start met de vraag wat is voor mij belangrijk en wat zijn de doelen in mijn leven. Pas daarna kan je kijken naar het stukje zelfregie. Doelgericht werken geeft dus de motivatie om met zelfmanagement aan de slag te gaan” (Vlaams Patiëntenplatform, 2025). Op de website van De Academie Voor De Eerste Lijn werd ‘zelfmanagementondersteuning’ zelfs naar voren geschoven als één van de vier grote pijlers in de werkingsperiode 2019-2024, dit als apart thema naast DGZ (Academie Voor De Eerste Lijn, 2025). En ook de website Eerstelijnszone.be, een website met informatie van en voor de eerstelijnszones in Vlaanderen met steun van de Vlaamse overheid, schrijft dat bij DGZ “de focus ligt op mogelijkheden en veerkracht” van het individu (Eerstelijnszones, 2024). Onderzoeker Boeckx vat het samen: “Het belangrijkste doel van de huidige zorgorganisatie in Vlaanderen is de patiënt-e in de stuurstoel

van het zorgproces te plaatsen, dat gebaseerd zal zijn op levensdoelen” (Boeckx, 2023, p. 152, eigen vertaling).

Die nadruk op zelfmanagement, aan de hand van termen als motivatie, zelfregie, veerkracht, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid, weerspiegelt een bredere maatschappelijke evolutie waarbij meer responsabiliteit en aansprakelijkheid bij het individu ligt. Dit is, zoals reeds aangegeven in de literatuurstudie (zie 1.4.), in lijn met het ideaaltipe burger dat vandaag wordt gepropageerd als iemand die geëmancipeerd, zelfstandig, mondig en autonoom is (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens, & Verplanke, 2018). Maar de keerzijde van die aanmoediging tot onafhankelijkheid is een **impliciete ontmoediging van afhankelijkheid**. Sociologisch onderzoek toonde reeds overtuigend aan dat mensen die worden aangemoedigd zelfstandig te zijn en problemen zelf op te lossen, vaak de opvatting internaliseren dat het als ongewenst, onacceptabel, of zelfs als zwak beschouwd wordt om afhankelijk te zijn van anderen, om zorg te accepteren, en om te steunen op sociale voorzieningen (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). De onderzoekers ontwaarden uit diepte-interviews met zorgbehoevende respondenten “een discours waarin (vrijwel) alle vormen van afhankelijkheid werden ontkend, en waarin er onevenredig veel persoonlijke verantwoordelijkheid werd genomen voor aspecten van het leven die niet te herleiden zijn tot de persoonlijke handelingsbekwaamheid van een individu” (Peacock, Bissell, & Owen, 2014, p. 174, eigen vertaling). Ze voegden eraan toe dat het internaliseren van narratieven gericht op zelfredzaamheid en onafhankelijkheid kan resulteren in verhoogde stressniveaus, en erg schadelijk kan zijn voor de gezondheid en zelfs voor de levensduur.

3.2. Sociale ongelijkheden niet uit het oog verliezen

Een tweede mogelijke blinde vlek volgt uit de eerste. Zoals intussen duidelijk is, worden individuele verantwoordelijkheid, zelfregie, of – zoals het wetsontwerp ter wijziging van de wet op de patiëntenrechten het meermaals stelt – de “patiëntenautonomie” (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 14) sterk beklemtoond binnen de context van DGZ. Ook een beleidssynthese van de Koning Boudewijnstichting onderstreept dat de individuele patiënt-e “de sturende kracht en actor moet worden in de gezondheidszorg” (Koning Boudewijnstichting, 2024, p. 4), en een eigen “ervaringsdeskundigheid” (Idem, p. 5) dient in te brengen. DGZ stoelt zo ultiem op “een positieve kijk op gezondheid, gebaseerd op de doelen en mogelijkheden van de persoon

zelf" (Vivel, 2025). Het blijft echter uitermate belangrijk om te beseffen dat niet elk individu over dezelfde ruimte, middelen, of set aan vaardigheden beschikt om het eigen zorgplan mee vorm te geven. Een schaduwzijde van het beklemtonen van de individuele inbreng van de patiënt-e ligt er dan ook in dat sociale en andere contextgebonden determinanten die ziekte en het gebruik van zorg sterk beïnvloeden onderbelicht dreigen te worden. Nochtans spelen deze een cruciale rol, vooreerst in de vatbaarheid voor ziekte, maar in tweede instantie ook in de mogelijkheden om een zorgtraject (mee) uit te stippelen en in te vullen. Het uit het oog verliezen van die determinanten zou dan kunnen leiden tot een toename van de ongelijkheid in het nadeel van de meest kwetsbaren.

Om te beginnen wijst empirisch onderzoek uit dat mensen met sociale en economische uitdagingen een hoger risico lopen om gediagnosticeerd te worden met chronische aandoeningen (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021; Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Dit is van groot belang om mee te nemen in de context van DGZ, aangezien deze zorgbenadering precies haar historische oorsprong vindt in de omgang met chronische aandoeningen. Onderzoek toont ook aan dat mensen met sociale en economische uitdagingen eveneens een hoger percentage van geassocieerde complicaties ervaren en meer multimorbiditeit en behandelingslast, eerder overlijden, en een lagere kwaliteit van leven rapporteren dan mensen uit meer bevoorrechte milieus (Boehmer et al., 2018; Hill, Nielsen, & Fox, 2013). Samengevat, onderzoek bevestigt al veel langer dan vandaag de sterke associatie tussen de socio-economische context van personen en hun vatbaarheid voor ziekte of het ervaren van een minder gunstige gezondheid. We moeten er daarom aandachtig voor blijven dat de narratieve klemtonen op zelfregie er niet toe leiden dat we deze inzichten uit het oog verliezen.

Maar deze associatie is niet enkel van belang vanuit preventief opzicht. Ze speelt eveneens een cruciale rol in de omgang met gezondheidsuitdagingen en ziekte, en in de kwaliteit van het zorgtraject. Onderzoek wijst uit dat **mensen met sociale en economische uitdagingen** het **veel moeilijker** vinden **om aan zelfmanagement te doen** (Franklin, Willis, Lewis, & Smith, 2021). Zelfmanagementinterventies richten zich quasi uitsluitend op individueel gedrag, terwijl individueel gedrag op zijn beurt voor een groot deel wordt vormgegeven door de sociale context van een persoon. Dit inzicht vormt de centrale boodschap in een redevoering van professor dr. Jany Rademakers, uitgesproken bij haar aanvaarding van het ambt van bijzonder Hoogleraar Gezondheidsvaardigheden en Patiëntenparticipatie

(Rademakers, 2016) waarin ze enkele expliciete vraagtekens plaatst bij wat ze "de actieve patiënt als utopie" (Rademakers, 2016, p. 1) noemt, en spreekt over een 'utopie' precies omdat veel individuen "niet kunnen voldoen aan de hoge verwachtingen die in dit verband aan hen gesteld worden" (Idem, p. 9). Rademakers onderscheidt drie moeilijkheden in deze context.

Ten eerste, op het meest fundamentele niveau, is er de kwestie van geletterdheid. Rademakers stipt aan dat mensen met een korter opleidingstraject, maar ook heel wat mensen die vanwege ziekte, handicap of andere uitdagingen geconfronteerd zijn geweest met (basis)schoolverzuim, een veel hogere kans lopen om minder goed geletterd te zijn. Dit feit, samen met een ervaren schaamte waardoor ze dit niet snel zullen laten merken en in veel gevallen dus niet om ondersteuning zullen vragen, vormt een groot obstakel om de weg te vinden langsheen medische informatie, formulieren, brochures, tot zelfs simpelweg borden of wegwijzers in ziekenhuizen (Rademakers, 2016). In Vlaanderen scoort vandaag 16% laag op geletterdheid, een percentage dat is gestegen ten opzichte van tien jaar geleden. Kortgeschoolden scoren in dat opzicht significant veel slechter dan langgeschoolden (Dewulf, et al., 2024).

Ten tweede hangt het al dan niet kunnen opnemen van een actieve rol niet alleen af van het feit of je (goed) kunt lezen, maar ook of je informatie werkelijk begrijpt en kunt toepassen in je eigen situatie. Het gaat algemeen om het niveau van informatieverwerking, wat rechtstreeks samenhangt met de zogenaamde gezondheidsgeletterdheid en het kunnen toepassen van gezondheidsvaardigheden (Rademakers, 2016). Uit onderzoek van Sciensano blijkt dat 33% van de Belgische populatie ouder dan 15 jaar een (te) laag niveau van gezondheidsgeletterdheid heeft, wat volgens de onderzoekers concreet betekent dat men niet over voldoende vaardigheden beschikt om beslissingen te kunnen maken over de eigen gezondheid. Mensen met een reeds slechte gezondheid en mensen die kortgeschoold zijn – of anders gesteld, mensen die net meer nood hebben aan zorg en ondersteuning – blijken vaker slecht te scoren op gezondheidsgeletterdheid dan mensen in goede gezondheid en langgeschoolden (Sciensano, 2020).

De twee beschreven aspecten, geletterdheid en gezondheidsinformatieverwerking, hebben beide betrekking op iemands cognitieve vaardigheden. Maar er is ten derde ook nog een sociale dimensie, aldus Rademakers. Steun van de omgeving of andere sociale invloeden blijken vaak sterke voorwaarden voor het stellen van bepaald gedrag, zoals stoppen met roken of meer bewegen.

Ook het zelfvertrouwen hebben om vragen te stellen aan de dokter, om actief deel te nemen aan het consult, om tot gedeelde besluitvorming te komen, en om een leefstijlverandering door te voeren, worden sterk beïnvloed door het sociale, culturele en economische kapitaal van de persoon in kwestie en zijn cruciaal voor het opnemen van een eigen rol op het gebied van gezondheid en zorg (Rademakers, 2016). Ter volledigheid is het nodig aan te stippen dat ook de dokter hier uiteraard een belangrijke rol in speelt: creëert die mee een context waarin vragen kunnen gesteld worden? Is die bereid om naar vragen te luisteren? Uit eerder onderzoek van Rademakers blijkt alvast dat bijna één op twee Nederlanders aangeeft het moeilijk tot zeer moeilijk te vinden om zelf een actieve rol op te nemen bij de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014). Er bleek een sterke samenhang te zijn met opleiding: mensen met een kortere scholing bleken minder kennis, minder zelfvertrouwen, en minder motivatie aan te geven (Rademakers, Nijman, Brabers, de Jong, & Hendriks, 2014). Er is geen reden om aan te nemen dat dit in België anders zou zijn.

Voor personen met sociale en economische uitdagingen komt de concrete ervaring van omgaan met ziekte dus zeker niet overeen met het autonome, zelfbepaalde, en doelgerichte beeld dat in het zelfmanagementdiscours doorgaans wordt geconstrueerd (Audet, Dumas, Binette, & Dionne, 2017; Warin, Zivkovic, Moore, Ward, & Jones, 2015). Sociologisch en fenomenologisch onderzoek toont aan dat de manier waarop mensen zich hun toekomst voorstellen – wat ‘zelfmanagementdoelen formuleren’ in essentie betekent – onlosmakelijk verbonden is met ervaringen uit het verleden en uit het heden, en dus sterk verankerd is in de specifieke sociale context (Franklin, et al., 2019a). De mate waarin personen in staat zijn medische risico’s in te schatten en te verkleinen, hangt nauw samen met de sociale positionering en met de mogelijkheid om middelen te mobiliseren. Meer concreet blijkt het te worden bepaald door impactvolle verwezenlijkingen en prestaties uit het verleden, door een subjectieve ervaring van ‘meesterschap’ over het heden, over het eigen lichaam en over de eigen situatie, en door toegang tot voldoende sociaal, cultureel en economisch kapitaal om doelen te kunnen opvatten als opportuniteiten. Personen die hun toegang tot middelen en hun sociale positie lager inschatten, blijken daarentegen veel sterker beïnvloed door eerdere ervaringen van verlies, moeilijkheden en ontberingen, en veel minder door positieve verwezenlijkingen. Zij zien doelen stellen veel minder als een ‘kans’ of ‘opportuniteit’, maar vooral als een vereiste noodzaak (Franklin, et al., 2019b).

De mate waarin er dus (succesvol) aan zelfmanagement kan worden gedaan is veel meer een kwestie van een contingentie verdeling van middelen, van sociale steun, en van een specifieke en contextgebonden temporele oriëntering naar verleden en toekomst toe. Het is daarentegen veel minder een strikt individuele aangelegenheid gebaseerd op persoonlijke motivatie en individuele cognitie, ook al laat het narratief rond zelfmanagement dit wel vaak uitschijnen (Franklin, et al., 2019b). Onderzoek wees reeds uit dat personen uit minderheidsgroepen en personen met financiële of sociale uitdagingen vaker negatief geëvalueerd bleken te worden door zorgverleners, minder contacttijd kregen met zorgverleners, minder informatie verkregen, zelf minder vragen stelden, en over het algemeen minder geneigd waren om het advies van zorgverleners te contesteren of kritisch te benaderen (Dubbin, Chang, & Shim, 2013; Protheroe, Brooks, Chew-Graham, Gardner, & Rogers, 2013). Ondanks al deze inzichten, zo concludeerden Franklin en collega’s, geven de meeste theoretische benaderingen van zelfmanagement in de zorg weinig tot geen aandacht aan de wijze waarop sociale en structurele factoren de interacties tussen patiënt-e en zorgverlener beïnvloeden (Franklin, et al., 2019b). We dienen voor de volledigheid aan te stippen dat dit in België vooral aan Nederlandstalige kant het geval blijkt te zijn. In Waalse en Brusselse context wordt er in sommige documenten wel degelijk aanbevolen om meer rekening te houden met de sociale determinanten van gezondheid in relatie tot het thema DGZ (Stassen, Heymans, Colson, Kersten, & Buret, 2025).

3.3. Oppassen dat ‘keuzevrijheid’ geen consumentistische invulling krijgt

Zoals reeds gezegd staan bij DGZ de prioriteiten en levensdoelen van de individuele patiënt-e centraal (Fonds Daniël De Coninck, 2024), waardoor de relatie tussen zorgverlener en patiënt-e in zekere zin wordt omgedraaid: de patiënt-e wordt nu expert-e, die als enige kan aangeven wat de doelen zijn en op welke manier de effecten van ziekte op het leven het best kunnen geminimaliseerd worden. Het is niet langer uitsluitend de medische professional die doelen identificeert en vooropstelt, maar (mede) de patiënt-e die aangeeft welke doelen te bereiken alsook op welke wijze die daartoe wenst te komen. Dit uitgangspunt vereist een benadering van zorg en planning waarbij de patiënt-e dus veel actiever bepaalt welke behandelingen en diensten te kiezen die deze doelen het meest waarschijnlijk en efficiënt zullen bereiken (Mitchell, 2013). We stipten ondertussen al twee potentiële blinde vlekken van dit uitgangspunt aan, vanuit de kritische beschouwing dat zulke opvattingen een

zekere mate van 'valse neutraliteit' in zich dragen (Blunden & Calder, 2020). Ter herinnering: met 'valse neutraliteit' wordt opgemerkt dat een begrip als 'keuzevrijheid' dan wel heel neutraal *lijkt*, maar nooit volledig kan ontsnappen aan de bredere culturele context die bepaalt hoe we zulk een begrip grotendeels vormgeven en invullen. Vanuit die benadering zien we nog een derde mogelijk risico in de groeiende conceptuele overlapping van een 'patiënt-e' als 'consument-e', aangezien burgerschap in een bredere neoliberale context namelijk in grote mate wordt herleid tot consumentisme. Men dient er dan ook voor op te passen dat de genoemde klemtonen op inspraak en zelfregie niet leiden tot het verder doorsijpelen van een consumentenlogica binnen de zorg.

Onder neoliberalisme worden namelijk alsmear meer diensten nadrukkelijk beschouwd als producten die tegen betaling worden gekocht en verkocht. Termen als persoonlijke emancipatie, zelfregie en individuele keuzevrijheid hebben dan wel het positieve potentieel om de autonomie van de patiënt-e te versterken, maar ze kunnen evenzeer tot een verdere commodificatie leiden waarbij ook zorg steeds meer als een aan te kopen dienst wordt aanzien (Henderson & Petersen, 2002). Het is namelijk zo dat het neoliberalisme gebaseerd is op de idee van een markt als ontmoetingsplaats tussen autonome individuen die interacties en economische relaties met elkaar aangaan. De aanname dat individuen autonoom zijn is hiervoor essentieel, anders werkt de notie van economische transacties niet langer. Onderzoekers Iedema en Veljanova (2013) beschrijven hoe deze logica vandaag doorsijpelt in het domein van de gezondheid. Ze stellen vast dat er steeds explicieter een soort zorgconsumentisme wordt gepropageerd door **niet langer zorgbehoevende personen centraal** te plaatsen in het discours rond zorg, maar **wel een ideaalbeeld** te cultiveren van de **proactief handelende, goed geïnformeerde, en autonome 'zorgconsument-e'** die zijn of haar gezondheid dient te beschouwen als een zich eigen te maken product of vorm van kapitaal. Tegelijkertijd, zo beschrijven de auteurs, wordt de idee van "passieve patiënten waarvoor gezorgd wordt door de welvaartsstaat" steeds actiever verworpen (Iedema & Veljanova, 2013, p. 2, eigen vertaling). Dit sluit aan bij eerder geciteerd onderzoek waarbij het cultiveren van autonomie evenzeer gepaard blijkt te gaan met een impliciete verwerping van de idee van afhankelijkheid (Peacock, Bissell, & Owen, 2014).

In het onderzoeksartikel '*Patiëntgerichtheid en Consumentisme in de Gezondheidszorg: een Ideologische Warboel*' (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017, eigen vertaling) werd jaren geleden al gewaarschuwd voor een steeds

explicietere conceptuele overlap tussen het begrip patiëntgerichtheid enerzijds en consumentisme anderzijds. De grote klemtoon op de eigen inbreng van de hulpbehoevende persoon kan namelijk snel evolueren van een goed bedoelde filosofie gericht op florerende patiënten naar een uitgesproken marktdenken en libertarisme waarbij de patiënt-e zichzelf als betalende consument-e een totale keuzevrijheid eigen maakt (Latimer, Roscamp, & Papanikitas, 2017). En die conceptuele overlapping kan een aantal ongewenste gevolgen hebben. Zo brachten Chen en Wasserman (2017) deze evolutie in verband met een vastgestelde toename van het aantal ongemotiveerde of niet-gefundeerde patiëntaanvragen of doktersvoorschriften. Meer specifiek stelden ze vast dat er meer bijkomende en vooral onnodige analyses werden gevraagd tijdens zwangerschappen, alsook dat er een stijging was van een onterecht gebruik van antibiotica.

Een ander risico bestaat er volgens Bellieni (2018) dan weer in dat zorgverleners de neiging zouden ontwikkelen zich te richten op winstgevende behandelingen en patiënten, terwijl complexe of minder rendabele zorg worden verwaarloosd. Dit kan ertoe leiden dat de toegankelijkheid voor mensen met beperkte inkomens wordt belemmerd, of dat er zelfs minder toegang is tot zorg, omdat marktwerking leidt tot hogere kosten en minder subsidiëring. Meer algemeen, zo stelt de auteur, dreigt door deze ontwikkeling een mentaliteitswijziging, waarbij niet enkel patiënten transformeren tot 'consumenten', maar ook ziekenhuizen tot 'managementbedrijven' waar behandelingen niet langer zijn gebaseerd op therapeutische alliantie, vertrouwen en betrouwbaarheid, maar op financiële motieven en valse zekerheid. Bellieni beklemtoont dat patiëntautonomie en patiëntgerichte zorg zeer belangrijke ideeën zijn en blijven, maar dat de versmelting met consumentistische neigingen evenwel een bedreiging vormt voor de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. Daarom concludeert hij dat het cruciaal is dat er vooreerst wordt ingezet op een goede relatie tussen zorgverlener en patiënt-e, en vooral dat die relatie stevig verankerd is in een goed doordacht en omvattend moreel-ethisch kader dat niet gericht is op winstmaximalisatie maar op zorg en menselijkheid als fundamentele waarden (Bellieni, 2018).

Voor de volledigheid is het absoluut nodig te onderstrepen dat het belang van een goede dialoog en relatie tussen patiënt-e en zorgverlener ook sterk worden beklemtoond in heel wat onderzoeks- en beleidsteksten over DGZ (Boeykens, 2023; Boeykens, et al., 2022; Boeckxstaens, Boeykens, Macq, & Vandenbroeck, 2020). We hebben geen enkele reden om te twijfelen aan de goede bedoelingen

achter deze klemtonen. Wel uiten we bezorgdheden over het bredere normatieve kader waarbinnen deze dialogen plaatsvinden, waarbij marktbenaderingen doorsijpelen in gezondheidsbevordering en de idee stimuleren dat er aan de ene kant ‘consumenten’ zijn met behoeften, wensen of verlangens, en aan de andere kant aanbieders en leveranciers van gezondheidsgoederen en -diensten. Dit normatieve kader bewerkstelligt niet alleen een grote conceptuele overlap tussen individuele keuzevrijheid en consumentisme, het kent ook een sterk verhuuld karakter. De consumentenlogica wordt namelijk veelal opgevat als een neutraal, transactioneel gegeven, terwijl het in realiteit een hele set aan opvattingen en waarden vormgeeft over wat het betekent om vandaag een ‘goede burger’ of meer specifiek een goede patiënt-e te zijn (Henderson & Petersen, 2002), en bovendien met verwachtingen en vereisten komt die niet gelijk verdeeld zijn en niet voor iedereen gelijk werken.

Het is in die context tot slot cruciaal om te beseffen dat deze benadering van zorg als ‘te consumeren gezondheidsgerelateerde goederen en diensten’ niet alleen gevormd wordt door de schijnbaar rationele keuze voor de waargenomen gezondheidsvoordelen, maar evenzeer door associaties met statusgedreven voorstellingen, levensstijlen en voorkeuren. Een grote tekortkoming in de ontwikkeling van recente gezondheidsbevorderingsstrategieën is volgens Henderson & Petersen (2002) het niet erkennen van de rol die cultuur speelt bij het vormgeven van smaken en voorkeuren. In een context waarin gezondheid, consumptie en identiteit steeds meer met elkaar verweven zijn, is het naïef te geloven dat de acties van individuen uitsluitend worden gevormd door overwegingen van ‘gezondheid’. Een belangrijke bezorgdheid binnen de context van de hedendaagse maatschappelijke aanmoediging om via consumentisme een persoonlijke eigenheid ‘aan te kopen’, is dan ook een potentiële erosie van collectieve en gemeenschappelijke waarden en normen.

Onderzoekers Iedema en Veljanova (2013) beargumenteren vervolgens hoe zorgconsumentisme zo kan uitmonden in wat ze ‘doe-het-zelf-zorg’ noemen, waarbij patiënten zich baseren op de eigen doorleefde lichamelijke ervaringen als ultieme toetssteen om conventionele medische technieken, medicijnen en diensten aan te vullen met, of in extremere gevallen zelfs te verwerpen en te vervangen door adviezen, inzichten en behandelingen die minder tot zelfs niet als acceptabel worden aanzien binnen de grenzen van de traditionele biomedische wetenschappen. De onderzoekers wijzen erop dat het momentum van deze tendens vandaag ironisch genoeg niet zozeer wordt ge-

creëerd door alternatieve doe-het-zelf-groepen die opereren in de brede periferie van erkende en *evidence-based* geneeskunde, maar net een product is van een beleid en breed gedragen cultuur die patiënten actief aanmoedigen zelf antwoorden te formuleren op gezondheidsuitdagingen. De klemtonen op zelfregie en co-productie dagen op die manier niet alleen de conventie uit dat patiënten passieve ontvangers van zorg zijn, zo stellen de auteurs, maar kunnen verder ook de opvatting aanwakkeren dat formele gezondheidsdiensten en erkende geneeskunde niet langer de (enige) instanties bij uitstek zijn om te voldoen aan klinische behoeften en zorgverwachtingen (Iedema & Veljanova, 2013).

3.4. Behoedzaam zijn voor prestatiedruk binnen het zorgtraject

Eerder onderzoek van Blunden en Calder (2020) stipt ten slotte nog een vierde potentiële blinde vlek aan. Volgens de auteurs benadrukt het discours rond persoonsgerichte zorg de stelling dat individuen een onvervreembare menselijke waarde hebben die niet verminderd wordt door het ontvangen van zorg of door er afhankelijk van te zijn. Maar, zo voegen ze eraan toe, “het feit dat dit punt benadrukt dient te worden, impliceert echter dat personen die zorg ontvangen of nodig hebben op de een of andere manier wel als kwetsbaar kunnen worden beschouwd voor een tekort aan waardigheid, een afwezigheid van compassie, of een gebrek aan respect” (Blunden & Calder, 2020, p. 4, eigen vertaling). De auteurs verwijzen naar voorgaande studies, onder andere rond het fenomeen van ‘compassie-moeheid’, waaruit blijkt dat kwetsbare of lijdende personen soms ongeduld, terughoudendheid, afkeer, tot in zeldzame extreme gevallen zelfs wreedheid kunnen opwekken bij zorgpersoneel. Zulke observaties wijzen erop dat een goede en vlotte relatie, of anders gesteld het intersubjectieve veld tussen zorgverlener en -ontvanger, afhankelijk is van een impliciete set aan verwachtingen die kan uitmonden in frustratie wanneer er niet aan wordt voldaan. Een interactie begint namelijk nooit als een spreekwoordelijk onbeschreven blad, maar is steeds gestoeld op a priori vastgelegde normatieve en sociale verwachtingen over wat goede zorg is enerzijds, maar ook over wat wenselijk gedrag voor een patiënt-e is anderzijds.

In die context is de conclusie van een kwalitatieve studie naar DGZ bij patiënten met chronische aandoeningen interessant: “Afhankelijk zijn van anderen werd beschreven als één van de grootste moeilijkheden in de omgang met de ziekte. Patiënten voelden zich alsof ze anderen lastig

vielen en probeerden het vragen om hulp zoveel mogelijk te vermijden” (Boeckxstaens et al., 2016, p. 124, eigen vertaling). Het willen vermijden van hulp, of zelfs het beschrijven van hulpbehoefte als een zwakte, komt ook in andere studies expliciet naar voren (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Het is belangrijk om de vraag te stellen waar zulke opvattingen vandaan komen. Veel meer dan louter individuele opinies of karaktereigenschappen, hebben zulke breed gedeelde opvattingen vooral te maken met sociale en normatieve verwachtingen. Het duidt op de internalisering van de idee dat afhankelijk zijn van anderen ongewenst is en hooguit dient te worden opgevat als een tijdelijke toestand van waaruit zo snel mogelijk opnieuw dient te worden toegewerkt naar een toestand van onafhankelijkheid en autonomie. Zulke opvattingen dragen in zich de echo's van een bredere cultuur die afhankelijkheid devalueert ten gunste van ideeën over autonomie en individuele veerkracht (Janssens & Lavergne, 2024).

Naast een afwijzing van afhankelijkheid, draagt die bredere cultuur nog een tweede element in zich dat in de specifieke setting van een zorgtraject extra druk kan leggen bij patiënten. Filosoof Byung-Chul Han (2015) analyseert in zijn werk dat onze westerse maatschappij gedreven wordt door een onbegrensde drang naar succes en zelfoptimalisatie. Hierin speelt de notie van positivisme een centrale rol. Het neoliberalisme promoot namelijk een expliciete boodschap van *'yes you can'* en een nadrukkelijk ethos gericht op presteren. Volgens Han leidt deze ongebreidelde drang naar zelfoptimalisatie niet enkel tot psychische problemen zoals burn-out en depressie, maar ook tot een gebrek aan begrip en empathie voor degenen die langdurig ziek zijn of niet snel kunnen herstellen. Dit kan resulteren in schuldgevoelens en zelfverwijt bij wie niet aan deze verwachtingen kan voldoen waardoor zorg of herstel niet alleen een medische kwestie is, maar ook een sociale en morele uitdaging wordt (Périlleux, 2023). Een bijkomende complexiteit is dat dit neoliberale ethos gericht op presteren niet zozeer extern wordt opgelegd, maar veelal onderhuids en onbewust wordt geïnternaliseerd. Veel mensen maken zich deze waarden van zelfoptimalisatie zodanig eigen, dat er zich een interne drang tot presteren en verbeteren manifesteert. Scherper gesteld: mensen buiten zichzelf uit zonder het door te hebben. Velen beschouwen die prestatiedrang immers als een eigen keuze, stelt Han, waardoor de schijnbare 'vrijheid om te kiezen' in wezen beperkt is tot een impliciete aansporing om de *juiste* keuze te maken. Of zoals de socioloog Nikolas Rose het stelt (1999): we zijn *verplicht* om vrij te zijn, en bovendien enkel op de *correcte manier*.

Hoewel het discours over **patiëntautonomie en zelfmanagement** dus in eerste instantie **lijkt te gaan over individuele keuzevrijheid**, worden de keuzes die we moeten maken eigenlijk reeds van tevoren geschetst, zo analyseren ook professor medische filosofie en ethiek Ignaas Devisch en professor Stijn Vanheule (Devisch & Vanheule, 2015). Zij stellen dat moderne zorgverlening sinds kort een grote klemtoon plaatst op autonomie, en zich daarmee afzet tegen de paternalistische houding die zo kenmerkend was voor de periode voordien. Maar achterliggend, en op veel subtielere wijze dan daarvoor, is er nog altijd een bepaald type subjectiviteit dat naar voren wordt geschoven als 'normaal' of 'goed', en individuen die hiervan afwijken worden onderworpen aan strategieën van risicomanagement, zo stellen Devisch en Vanheule. Ze worden bijvoorbeeld aangemoedigd om het belang van een gezonde levensstijl te internaliseren, om keuzes te maken die leiden tot zelfoptimalisatie, of om zo spoedig mogelijk onafhankelijk te zijn van hulp of zorg. Doen ze dit niet, dan volgt er onbegrip, afwijzing of een andere vorm van sociale afkeuring, aldus de auteurs. Wanneer mensen worden aangespoord om 'zichzelf te helpen', dan is die aansporing altijd gericht op een bepaald doel. En bij het bepalen van dit doel spelen er steeds sociale dynamieken, stimulansen en imperatieven mee die op uiterst subtiele, strategische en steeds sturende wijze werken (Foucault, 2008).

In plaats van een waardevrije ondersteunende praktijk, zo concluderen Devisch en Vanheule, gaat het bij patiëntautonomie en zelfmanagement voor een belangrijk aandeel om "de **bevordering van een ethiek van het zelf, die individuen aanzet tot zelfbeheer**, waarbij bepaalde vormen van subjectiviteit en manieren van subjectivering worden geproduceerd" (Devisch & Vanheule, 2015, p. 430, eigen vertaling). Ethicus Jan Rolles beschreef de neoliberale subjectiviteit eerder reeds als een "ideologie die de geest in dienst van de prestatie en de winst stelt" (Rolles, 2002), en merkte verder op dat men onder de noemer van bijscholing, persoonlijke groei en zelfs spiritualiteit in het bedrijfsdiscours allerlei sportmetaforen en gerelateerde termen opneemt. Die worden gecommuniceerd als middelen tot zelfontplooiing en -realisatie, maar ze staan uiteindelijk vooral in dienst van het behalen van een hoger rendement of het genereren van meer (vormen van) kapitaal. We stellen vast dat ook in de context van gezondheidsondersteuning en (doelgerichte) zorg zulke metaforen reeds hun weg vonden, aan de hand waarvan zorgverleners worden aangespoord "een coachende houding" aan te nemen tegenover de patiënt-e (Eerstelijnszone, 2025).

4. Aanbevelingen

4.1. Meer aandacht voor de rol van cultuur

De spreekwoordelijke vader van DGZ, James Mold, schreef in een recent artikel: “Gezondheidszorg is niet enkel complex, het is ook hoogstpersoonlijk” (Mold, 2022, p. 146, eigen vertaling). Wij gaan hiermee akkoord, maar zijn van mening dat daaraan nog toegevoegd moet worden dat zorg als sociale (omgangs)praktijk evenzeer onderhevig is aan de bredere sociale, culturele, morele en normatieve kaders die binnen een specifieke periode en op een specifieke plaats bepalen wat we collectief als normaal en achtenswaardig beschouwen. Wij willen de aanbevelingen daarom starten met een bredere oproep tot bewustwording van de invloed die cultuur uitoefent op ons denken, handelen, en bijgevolg ook op onze gezondheidsbeleving en zelfs -uitkomsten. Want hoewel gezondheid vaak voorgesteld wordt als een universeel en objectief gegeven, is wat als ‘normaal’, ‘wenselijk’, ‘waardevol’ of zelfs ‘gezond’ wordt beschouwd diep verankerd in culturele en maatschappelijke waarden die niet voor iedereen gelijk zijn, en evenmin voor iedereen gelijk werken. Net daarin schuilen diverse blinde vlekken en zelfs potentiële risico’s die zich voordoen *niet ondanks*, maar precies *omwille van* de normatieve kaders die impliciet mee vorm geven aan zorgpraktijken en -verwachtingen.

Het is daarom niet enkel wenselijk, maar ook noodzakelijk dat wetenschappelijk onderzoek en zorgbeleid structureel ruimte maken voor deze culturele dimensie. Dat betekent: erkennen dat gezondheid en zorg niet neutraal zijn, maar mee bepaald worden door (vaak onzichtbare) assumpties over autonomie, succes, onafhankelijkheid, veerkracht of verantwoordelijkheid. Zonder deze erkenning dreigt men immers voorbij te gaan aan hoe ongelijk deze idealen verdeeld zijn: hoezeer ze aansluiten bij de leefwereld van sommigen, maar haaks staan op die van anderen. In het streven naar inclusieve en rechtvaardige zorg kan het niet volstaan om enkel de individuele patiënt-e centraal te stellen. Men moet ook durven kijken naar de maatschappelijke patronen die maken dat sommigen makkelijker toegang vinden tot die zorg, en anderen structureel worden uitgesloten.

We pleiten er daarom voor dat onderzoekers en analytici, maar ook beleidsmakers en het middenveld **cultuur actiever beschouwen als een bepalende factor in hoe zorg wordt beleefd, georganiseerd en gewaardeerd**, en niet als achtergrondruis. Want pas als we begrijpen hoe diepge-

worteld en soms onzichtbaar deze culturele determinanten werken, kunnen we werk maken van gezondheidszorg die werkelijk afgestemd is op de diverse levensrealiteiten van mensen, en werkelijk doelgericht *en* rechtvaardig is.

4.2. Toewerken naar een cultuur waarin zorg en afhankelijkheid centraler staan

In overeenstemming met het CM-memorandum willen we onderstrepen dat de persoon in het centrum van het zorgmodel dient te staan (CM, 2024). We willen dan ook de positieve waardering van het potentieel dat het concept DGZ in zich draagt beklemtonen, maar dan moet het meer zijn dan louter een individualiserend concept. Wanneer DGZ niet enkel begrepen wordt als een oproep tot persoonlijke verantwoordelijkheid, maar als een uitnodiging tot gezamenlijke zorg, opent zich de mogelijkheid om samenwerking, solidariteit en onderlinge betrokkenheid opnieuw centraal te plaatsen in het zorgtraject. Vanuit dat perspectief kan DGZ aansluiting vinden bij het principe van proportioneel universalisme, dat stelt dat structurele ondersteuning voor iedereen beschikbaar moet zijn, maar afgestemd op de specifieke noden van verschillende groepen (Marmot, et al., 2010).

Die belofte waarmaken vergt een culturele kentering waarin afhankelijkheid wordt opgevat als iets relationeel, menselijk en zelfs wenselijk, en niet langer als iets problematisch, beschamends of zwak (Peacock, Bissell, & Owen, 2014). Vandaag lijkt afhankelijkheid nog te vaak in het verdomhoekje van het discours te zitten: als iets dat moet worden overwonnen of geminimaliseerd, of als een tijdelijke afwijking van de norm van zelfstandigheid. Maar net onze gedeelde afhankelijkheid – van elkaar, van onze omgeving, van zorgverleners – vormt de kern van wat zorg tot zorg maakt. Het erkennen en expliciet waarderen van die wederzijdse afhankelijkheid kan bijdragen aan een omgeving waarin het vragen om hulp niet enkel wordt toegestaan, maar wordt beschouwd als normaal, vanzelfsprekend en zelfs moedig.

In die zin willen wij een pleidooi houden voor een cultuurverandering waarin het vanzelfsprekend wordt om zorg te *delen* in plaats van te *dragen*, en waarin het collectieve karakter van gezondheid zichtbaar wordt gemaakt. Mits de inzichten uit dit artikel ernstig worden genomen, bevat DGZ de kiemen van een cultuur waarin zorg gestoeld is op verbondenheid, solidariteit en erkenning van elkaars kwetsbaarheid. Het is die verschuiving, **weg van de cultus**

van het individu en in de richting van een samenleving die interdependentie erkent en viert, die volgens ons de echte weg opent naar duurzame en inclusieve zorg. Het middenveld kan een actieve rol opnemen om deze boodschap te verdedigen en uit te dragen.

Een specifieke implementatie hiervan kunnen we vinden in *'care mainstreaming'* (Brückner, et al., 2021). Het concept behelst een preventieve strategische aanpak om het belang van zorg te benadrukken en te verduidelijken, door het mee te nemen op elk niveau van het economisch en sociaal-politiek planningsproces. *'Care mainstreaming'* houdt in dat elke overheidsinstantie bij elke besluitvorming rekening houdt met de gezondheidsgevolgen van bepaalde beleidsmaatregelen. Dit gaat op zowel voor degenen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van zorg, als voor zorgverleners en zorgontvangers. Het houdt eveneens in dat de debatten over zorg dusdanig worden georganiseerd dat de input van alle belanghebbenden wordt meegenomen.

4.3. Erover waken dat de legislatieve verankering van DGZ de patiënt-e ten goede komt

Ten derde willen we een kanttekening plaatsen bij de toenemende institutionele en legislatieve verankering van DGZ. Want hoewel de formele erkenning van dit paradigma kansen biedt om persoonsgerichte zorg steviger op de kaart te zetten, dienen we er waakzaam voor te zijn dat deze ontwikkeling daadwerkelijk in het voordeel van de patiënt-e uitdraait. DGZ mag niet onbedoeld worden aangewend als beleidsinstrument waarbij bijvoorbeeld het stellen van individuele doelen een voorwaarde wordt voor toegang tot bepaalde rechten, terugbetalingen of zorgvormen. Een dergelijke logica zou haaks staan op de inclusieve intenties van het concept, en zou ook nieuwe vormen van uitsluiting creëren. Onderzoekers en zorgverleners die met het concept aan de slag gaan, dienen zich tijdig af te vragen: wat als een patiënt-e zich – al dan niet tijdelijk – niet in staat voelt om persoonlijke doelen te formuleren? Of wat als iemand zich grotendeels heeft neergelegd bij ziekte, en geen streven meer heeft naar volledige autonomie of herstel in de klassieke zin van het woord?

We willen erop wijzen dat DGZ, indien verankerd in beleids- en financieringsmodellen, enkel rechtvaardig kan functioneren als ze ruimte laat voor uiteenlopende vormen van menselijk leven en lijden – ook voor vormen die niet beantwoorden aan het normatieve ideaal van vooruitgang,

zelfoptimalisatie of zelfstandigheid. De afwezigheid van expliciete doelen mag nooit geïnterpreteerd worden als een gebrek aan motivatie of waardigheid, noch als reden om zorg of ondersteuning te reduceren. Daarom is het van essentieel belang alert te blijven voor de manier waarop beleidsmatige sturingen vorm krijgen, en erop toe te zien dat ze niet verworden tot sturende mechanismen die patiënten onder druk zetten om een bepaald soort wenselijkheid te articuleren. We pleiten dan ook voor **een behoudzame en reflexieve omgang met de verdere beleidsmatige verankering van DGZ, die garandeert dat de veelheid aan menselijke ervaringen, ook de minder evidente of wenselijke, blijvend plaats krijgt in de zorgpraktijk, zonder voorwaarden vooraf of latente discriminatie.**

4.4. Waakzaam zijn voor consumentisme binnen de zorg

Ten vierde stellen we vast dat er vandaag een ideaalbeeld wordt gepromoot van de patiënt-e als mondige en autonome 'consument-e' van 'zorgdiensten' (Henderson & Petersen, 2002). Het is echter zeer de vraag of deze verwachtingen ertoe leiden dat mensen makkelijk de weg vinden naar de meest kwalitatieve oplossing voor hun noden, alsook of dit ideaalbeeld van 'rationeel consumentengedrag' werkelijk overeenkomt met de dagdagelijkse realiteit en de beleefde ervaringen van eenieder. We dienen er daarom over te waken dat DGZ geen vehikel wordt om een consumentistische logica te laten binnensijpelen in de zorgcontext. Hoewel het uitgangspunt van meer inspraak in het eigen zorgtraject op zichzelf waardevol en noodzakelijk is, schuilt er een risico in van een toenemende conceptualisering van de patiënt-e als 'consument-e' die vrij is om te 'kiezen' tussen zorgopties, alsof gezondheid het resultaat zou zijn van individuele markttransacties. Die verschuiving van 'zorg als recht' naar 'zorg als koopwaar' dreigt niet alleen de solidariteit te ondermijnen waarop ons sociale zekerheidssysteem is gebouwd, maar opent ook de deur naar een marktgedreven zorgsysteem waarin de winstlogica leidend wordt.

Op zich is er niets mis met economische groei, maar deze mag nooit een doel op zich worden, zeker niet in de context van zorg. Ze moet steeds in dienst staan van het welzijn van alle mensen, en vergezeld gaan van een eerlijke herverdeling van de gecreëerde welvaart. De morele kern van een sociaal zorgmodel schuilt immers precies in het idee dat toegang tot kwalitatieve zorg niet afhangt van koopkracht of marktgedrag, maar een collectieve verantwoordelijkheid is, gedragen door solidariteit.

DGZ mag daarom zeker niet vervallen tot een 'keuzemodel' dat past binnen de taal van efficiëntie, klantgerichtheid en economische waardecreatie. Inspraak mag nooit verward worden met consumptiekeuze. De complexiteit en kwetsbaarheid van zorgrelaties laat zich nu eenmaal niet vatten in marktlogica's. Het blijft onze overtuiging dat **DGZ enkel haar volle emancipatorisch potentieel kan realiseren wanneer ze ingebed blijft in een solidair zorgmodel dat de mens en diens waardigheid centraal stelt.**

4.5. Structurele ondersteuning voor zorg(personeel)

Tot slot willen we onderstrepen dat DGZ alleen duurzaam en kwaliteitsvol geïmplementeerd kan worden als er ook voldoende structureel wordt ingezet op het aanbod en op de ondersteuning van zorgpersoneel. Binnen het paradigma van DGZ wordt de rol van de zorgverlener immers veel persoonlijker en relationeel. Dat is op zich een waardevolle ontwikkeling, maar het vraagt ook tijd, ruimte en menskracht om die belofte waar te maken. Wanneer de voorwaarden daartoe ontbreken, verschuift de druk onvermijdelijk naar de patiënt-e zelf. Zonder voldoende omkadering dreigt DGZ dan, eerder dan een steun, een extra last te worden voor hulpbehoevende personen.

James Mold schreef in zijn allereerste artikel hierover dat de "relatie tussen zorgverlener en patiënt-e veel nauwer wordt, intiemer zelfs. Er moet meer actief worden rekening gehouden met persoonlijke sterktes, noden en verwachtingen van de hulpbehoevende persoon, en dit kan een zekere emotionele gehechtheid initiëren die vanuit een klassieke probleemgerichte benadering makkelijker te vermijden valt" (Mold, Blake, & Becker, 1991, p. 51, eigen vertaling). Het is met andere woorden belangrijk te erkennen dat DGZ geen afstandelijk keuzemodel impliceert, maar een gezamenlijke inspanning waarin de zorgverlener niet langer enkel 'beslist over', maar actief luistert naar de patiënt-e, diens situatie begrijpt, en op basis daarvan aanbevelingen formuleert die de unieke persoon ten goede komen. Dit vereist een verhoogde mate van relationele afstemming, waarbij actief rekening gehouden wordt met de sterktes, kwetsbaarheden, verwachtingen en noden van de hulpbehoevende persoon. De relatie tussen zorgverlener en patiënt-e vraagt in deze context om meer nabijheid, empathie en betrokkenheid, en dat zijn aspecten die emotioneel en professioneel veeleisend kunnen zijn voor de zorgverlener.

Daarom is het essentieel dat beleidsmakers en werkgevers de **zorgverleners** hierin **structureel ondersteunen**. Niet alleen via opleidingen of reflectiemomenten, maar vooral door **reële investeringen in tijd, personeelsbezetting en werkbare werkomstandigheden**. Zonder die investering riskeren we dat het meest fundamentele aspect van DGZ – de menselijke relatie – onder druk komt te staan, met alle gevolgen van dien voor zowel zorgverlener als patiënt-e. Willen we dus écht werk maken van DGZ, dan moeten we ook durven investeren in de mensen die ze dagelijks moeten waarmaken. Alleen zo kunnen we recht doen aan de belofte van een meer persoonlijke, contextgevoelige en menswaardige zorgpraktijk.

Besluit

We brachten in deze studie het discours rond doelgerichte zorg in kaart, met meer specifiek een analyse van onderzoeksartikels, beleidsteksten en publicaties van gerelateerde netwerk- en middenveldorganisaties. We gingen op zoek naar de blinde vlekken in de bredere beschrijvingen en invullingen van de zorgbenadering, die mogelijk enkele ongewilde effecten of potentiële risico's in zich dragen. Op basis van een analyse van deze teksten en aan de hand van relevante theoretische literatuur, konden we aanstippen dat de klemtoon op zelfmanagement een impliciete afwijzing van afhankelijkheid en steun in zich kan dragen, dat de nadruk op individuele keuzes de sociale dimensie van gezondheid en ziekte dreigt te minimaliseren, dat er een zeker risico bestaat voor het verder doorsijpelen van een consumentenlogica in de zorg, en dat de nadruk op zelfregie en doelen stellen een zekere druk op patiënten zou kunnen leggen.

Deze vaststellingen kunnen helpen om de benadering van doelgerichte zorg op een zo inclusief en emancipatorisch mogelijke manier in te vullen. Het lijkt ons nodig om met de aangestipte blinde vlekken rekening te houden als we een zorgbenadering willen vormgeven die zoveel mogelijk mensen ondersteunt in een kwalitatief zorgtraject.

Bibliografie

- Audet, M., Dumas, A., Binette, R., & Dionne, I. J. (2017). Women, Weight, Poverty and Menopause: Understanding HHealth PRactices in a Context of Chronic Disease Prevention. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1412-1426.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*(4), 7-31.
- Baker, A. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. British Medical Journal Publishing Group.
- Bellieni, C. V. (2018). Consumerism: A Threat to Health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(4), 112.
- Blunden, N., & Calder, G. (2020). Co-Production and Person-Centred Care in Neoliberal Conditions. *European Journal for Person Centred Healthcare*, 8(1), 75-85.
- Boeckx, T. (2023). Why and how Flanders wants to roll out goal-oriented, integrated care based on life goals. A reflection between policymakers and policy organizations. *International Journal of Integrated Care*, 23(1), 412.
- Boeckxstaens, P., Boeykens, D., Macq, J., & Vandenbroeck, P. (2020). *Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care*. Brussels: Koning Boudewijn Foundation.
- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuyper, C., Brusselle, G., Kühlein, T., . . . De Sutter, A. (2016). A qualitative interpretation of challenges associated with helping patients with multiple chronic diseases identify their goals. *Journal of Comorbidity*, 6(2), 120-126.
- Boehmer, K. R., Dabrh, A., Gionfriddo, M. R., Erwin, P., & Montori, V. (2018). Does the Chronic Care Model meet the emerging Needs of People Living with Multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One*, 13(2), e0190852.
- Boeykens, D. (2023). *Goal-oriented care, bridging theory and practice. Building blocks for primary health care interventions*. Ghent: Ghent University. Faculty of Medicine and Health Sciences.
- Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., . . . Primary Care Academy. (2022). Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. *PLoS ONE*, 17(2), e0262843.
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2018). *De Verhuizing van de Verzorgingsstaat*. Amsterdam: van Genneep.
- Breeze, R. (2011). Critical Discourse Analysis and its Critics. *International Pragmatics Association*, 21(4), 493-525.
- Brückner, M., Fleischer, E., Gather, C., Luck, F., Jurczyk, K., Rerrich, M., . . . Weicht, B. (2021). Clean up time! Redesigning care after COVID-19: a position paper on the care crisis from Austria, Germany and Switzerland. *International Journal of Care and Caring*, 6(1-2), 247-251.
- Chen, S. C., & Wasserman, D. T. (2017). A Framework for unrestricted Prenatal Whole-genome Sequencing: Respecting and Enhancing the Autonomy of Prospective Parents. *Am J Bioeth*, 17(1), 3-18.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Davies, W. (2017). *The Limits of Neoliberalism: Authority, Sovereignty and the Logic of Competition*. London: Sage.
- Departement Zorg. (2025). *Alivia voor doelgerichte zorg*. Opgehaald van <https://www.departementzorg.be/nl/alivia-voor-doelgerichte-zorg>.
- DeSimone, A. S. (1975). Individualizing Rehab Plans for Cost-Effective Gains. *The Social and Rehabilitation Record*, 2(1), 24-28.
- Devisch, I., & Vanheule, S. (2015). Foucault at the bedside: A critical analysis of empowering a healthy lifestyle. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 427-432.
- Dewulf, L., Van Nieuwenhove, L., De Smedt, F., De Neve, J., Valcke, M., Van Keer, H., & De Wever, B. (2024). *Vaardigheden voor de uitdagingen van morgen: Vlaamse resultaten van PIAAC 2023*. Gent: UGent.
- Doelgerichte zorg in de eerste lijn bevorderen*. (2024, 9 december). Opgehaald van <https://kbs-frb.be/nl/doelgerichte-zorg-de-eerste-lijn-bevorderen-fonds-dr-daniel-de-coninck>.
- Doelgerichte zorg: waar put de patiënt vreugde uit?* (2024, 23 december). Opgehaald van <https://www.fondsdanieldeconinck.be/story/doelgerichte-zorg-waar-put-de-patient-vreugde-uit/>.
- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). CHC and the Interactional Dynamics of Patient-Centered Care. *Social Science & Medicine*, 93, 113-120.
- Eerstelijnszone. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.eerstelijnszone.be/doelgerichte-zorg-2>.
- ELZ Gent VZW. (sd). *De Burger Centraal in de Hulpverlening*. Gent.
- Epstein, S. (1995). The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, 20(4), 408-437.
- Fonds Daniël De Coninck. (2024). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.fondsdanieldeconinck.be/initiative/doelgerichte-zorg/>.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique: Cours au collège de France (1978-1979)*. Parijs: Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. (G. Burchell, Vert.) London: Palgrave Macmillan.

- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019a). Controlled, Constrained, or Flexible? How Self-management Goals are Shaped by Patient-provider Interactions. *Qualitative Health Research*, 29(4), 557-567.
- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Rogers, A., Venville, A., & Smith, L. (2019b). Goals for Living with a Chronic Condition: The Relevance of Temporalities, Dispositions, and Resources. *Social Science & Medicine*, 233, 13-20.
- Franklin, M., Willis, K., Lewis, S., & Smith, L. (2021). Chronic Condition Self-Management is a Social Practice. *Journal of Sociology*, 59(1), 215-231.
- Gezond België. (2024, Februari 14). *Persoonsgerichte Zorg*. Role. Opgehaald van www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/patientgerichtheid.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: procedures and measures to achieve thrust-worthiness. *Nurse Educ. Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ. Today*, 56, 29-34.
- Han, B.-C. (2015). *The Burn-Out Society*. Redwood City, CA: Stanford University Press.
- Handford, M., & Gee, J. P. (2012). *Routledge Handbook of Discourse Analysis*. London: Routledge.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Henderson, S., & Petersen, A. (2002). *Consuming Health: The Commodification of Health Care*. London: Routledge.
- Hill, J., Nielsen, M., & Fox, M. H. (2013). Understanding the Social Factors that contribute to Diabetes: A means to informing Health Care and Social Policies for the Chronically Ill. *Permanente Journal*, 17(2), 67-72.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 26(2), d4163.
- Iedema, R., & Veljanova, I. C. (2013). Lifestyle science: Self-healing, co-production and DIY. *Health Sociology Review*, 22(1), 2-7.
- Janssens, H., & Laverge, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Jennings, L. A., & Mold, J. W. (2024). Person-Centered, Goal-Oriented Care Helped My Patients Improve Their Quality of Life. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 37(3), 506-511.
- Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2023, November 16). *Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid*. Opgehaald van De Kamer.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 37-51.
- Koning Boudewijnstichting. (2024). *Samenwerkende Patiënten maken Zorg Beter en Efficiënter*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Latimer, T., Roscamp, J., & Papanikitas, A. (2017). Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(11), 425-427.
- Lohr, K. N. (1990). *Medicare: A strategy for Quality Assurance, Volume II: Sources and Methods*. Washington D.C.: National Academy Press.

- Luybaert, A. (2020). Regisseur van jouw gezondheid: (on)mogelijkheden om zelf aan de slag te gaan. *CM-Informatie*, 281, 47-56.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review.
- Mitchell, E. (2013). *The Sick Role*. Opgehaald van <https://www.england.nhs.uk/blog/ed-mitchell-2/>.
- Mold, J. W. (2022). Failure of the Problem-Oriented Medical Paradigm and a Person-Centered Alternative. *Ann Fam Med*, 20(2), 145-148.
- Mold, J. W., Blake, G. H., & Becker, L. A. (1991). Goal-Oriented Medical Care. *Family medicine*, 23(1), 46-51.
- Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., de Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient Activation and Health Literacy as Predictors of Health Information use in a General Sample of Dutch Health Care Consumers. *Journal of health communication*, 19(8), 955-969.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Peacock, M., Bissell, P., & Owen, J. (2014). Dependency Denied: Health Inequalities in the Neo-liberal Era. *Social Science & Medicine*, 118, 173-180.
- Périlleux, T. (2023). *Le travail à vif. Souffrances professionnelles, consulter pour quoi?* Toulouse: érès.
- Protheroe, J., Brooks, H., Chew-Graham, C., Gardner, C., & Rogers, A. (2013). «Permission to Participate?» A Qualitative Study of Participation in Patients from Differing Socio-Economic Backgrounds. *Journal of Health Psychology*, 18(8), 1046-1055.
- Rademakers, J. (2016). *De actieve patiënt als utopie*. Opgehaald van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patient_utopie.pdf.
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A., de Jong, J., & Hendriks, M. (2014). The Relative Effect of Health Literacy and Patient Activation on Provider Choice in the Netherlands. *Health Pol*, 114(2-3), 200-206.
- Rollies, J. (2002, Januari 5). De tirannie van de bedrijfscultuur. *De Standaard*, p. 35.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom*. Cambridge University Press.
- Sciensano. (2020). *Determinants of Health: Health literacy*. Brussels, Belgium: Sciensano. Opgehaald van <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy>.
- Tinetti, M. E., Esterson, J., Ferris, R., Posner, P., & Blaum, C. S. (2016). Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 261-275.
- Vivel. (2025). *Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://www.vivel.be/thema/doelgerichtezorg/>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2024, September 30). *Dagje Boeykens over Doelgerichte Zorg*. Opgehaald van <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/dagje-boeykens-over-doelgerichte-zorg>.
- Vlaams Patiëntenplatform. (2025). *Zelfmanagement: aan het roer staan van je eigen leven*. Opgehaald van <https://vlaamspatiëntenplatform.be/nl/advies-en-tips/zelfmanagement>.
- Warin, M., Zivkovic, T., Moore, V., Ward, P. R., & Jones, M. (2015). Short Horizons and Obesity Futures: Disjunctures between Public Health Interventions and Everyday Temporalities. *Social Science & Medicine*, 128, 309-315.

Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg: balans 2019-2024

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

In deze studie wordt een analyse gemaakt van de uitvoering van de overeenkomst 'eerstelijns psychologische zorg' (ELP) in België tussen 2019 en 2024. Deze analyse sluit aan bij een eerste werk dat in 2023 werd gepubliceerd (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023), maar breidt het analyseveld uit. De studie steunt op de gegevens van alle CM-leden die gewogen en geëxtrapoleerd worden tot de hele Belgische bevolking.

De studie toont een multidimensionele analyse van het gebruik van ELP waarbij aanbod en gebruik – en de evolutie hiervan in de tijd – worden gekruist met de nood aan geestelijke gezondheid. Daardoor kan deze studie de balans opmaken van het vermogen van de overeenkomst om een coherent aanbod voor het grondgebied te structureren en de toegang tot eerstelijnszorg te verbeteren.

De resultaten tonen een toename in het gebruik, die groter is bij de groepen met de grootste noden, meer bepaald dankzij de diversificatie van de zorgmodaliteiten. Deze dynamiek getuigt van een verbetering van de toegankelijkheid voor bepaalde kwetsbare doelgroepen. Toch blijven geografische verschillen bestaan, en de daling van het gemiddeld aantal sessies doet de vraag rijzen of het systeem verhoudingsgewijs voldoende aan alle noden tegemoet kan komen, ondanks dat de architectuur is uitgedacht om zich hieraan aan te passen. Deze vaststellingen vragen om het systeem verder aan te passen en te consolideren.

Sleutelwoorden: Eerstelijnszorg, geestelijke gezondheid, zorgaanbod, patiëntprofielen, toegang tot zorg, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding

1. Context

- 1.1. De hervorming van de eerstelijns psychologische zorg
- 1.2. Evaluatie van de hervorming

2. Methode

- 2.1. Gegevens over het gebruik
 - 2.1.1. Weging en extrapolatie van de gegevens over het gebruik
 - 2.1.2. Beperkingen van de gegevens over het gebruik
- 2.2. Socio-demografische variabelen
- 2.3. Aanvullende gegevensbronnen voor de analyse van de behoeften en het aanbod
- 2.4. Analyse-assen

3. Resultaten

- 3.1. Globaal gebruik van geestelijke gezondheidszorg
 - 3.1.1. Gebruik van alle geestelijke gezondheidszorg
 - 3.1.2. Gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg
- 3.2. Zorgaanbod binnen de ELP-overeenkomst
 - 3.2.1. Geografische verschillen
 - 3.2.2. Specialisatie van de zorgverleners
 - 3.2.3. Type zorg
- 3.3. Zorggebruik binnen de ELP-overeenkomst
 - 3.3.1. Evolutie van het gebruik
 - 3.3.2. Socio-demografische kenmerken
 - 3.3.3. Type zorg
 - 3.3.4. Aantal sessies binnen de ELP-overeenkomst
 - 3.3.5. Zorgtrajecten geestelijke gezondheid

4. Bespreking van de resultaten

- 4.1. Systeem wint aan kracht maar geografische verschillen blijven bestaan
- 4.2. Betere toegankelijkheid dankzij diversificatie van de zorgmodaliteiten
- 4.3. Dalend aantal sessies maar differentiatie volgens de noden
- 4.4. Gediversifieerde trajecten inzake geestelijke gezondheid

5. Aanbevelingen

- 5.1. Meer geografische rechtvaardigheid van het zorgaanbod
- 5.2. Consolidatie en uitbreiding van de modelovereenkomst ELP
- 5.3. Betere toegankelijkheid voor kwetsbare doelgroepen
- 5.4. Aanpassing van het aantal sessies aan de individuele noden

Conclusie

Bibliografie

Bijlagen

30

30

30

31

32

32

32

33

33

33

34

34

34

34

35

36

37

38

38

39

39

40

41

44

47

52

52

52

53

54

55

55

55

56

56

57

58

59

Inleiding

In oktober 2023 publiceerde de CM-studiedienst een studie met als doel een eerste stand van zaken van de overeenkomst 'eerstelijns psychologische zorg' (ELP) te maken en daarbij na te gaan wat de noden inzake geestelijke gezondheid waren, alsook welk aanbod bestond vóór de overeenkomst (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). De overeenkomst bestond toen nog niet lang en een reeks vragen inzake de verankering van deze overeenkomst bleven nog onbeantwoord: **zou het aantal patiënten dat bereikt werd, blijven stijgen? Zouden de mogelijkheden die de overeenkomst bood (vindplaatsgericht werken, groepsaanbod, enz.) de toegang tot zorg vergroten voor doelgroepen met een hoger risico op geestelijke gezondheidsproblemen en ook een moeilijker toegang tot zorg? Hoe zou het gebruik van andere types geestelijke gezondheidszorg evolueren, zowel bij wie een beroep doet op ELP als in de brede bevolking?** Zou de overeenkomst een overheveling van ambulante zorg bij de psychiater¹ die nu verzadigd is, naar de overeenkomst met de verschillende functies ervan (gemeenschapsgerichte interventies, eerstelijns psychologische ondersteuning en behandeling van lichte en matige psychologische problemen) mogelijk maken?

Twee jaar later hebben wij meer elementen om deze vragen te beantwoorden. Deze studie analyseert dan ook de CM-gegevens, gewogen volgens de structuur van de Belgische bevolking om ze te kunnen extrapoleren naar de hele bevolking, om zo de balans op te maken van de eerste jaren van de uitvoering van de ELP-overeenkomst.

Naarmate de overeenkomst werd uitgerold, voerde deze een nooit eerder geziene logica in van geografische structurering in de sector van de gezondheidszorg. Het aanbod is georganiseerd in plaatselijke netwerken waartussen het budget wordt verdeeld op basis van populatieparameters (aantal inwoners, leeftijd, kwetsbaarheidsindex), die als indirecte indicatoren van de geestelijke gezondheidsnoden worden beschouwd. In tegenstelling tot andere vormen van conventionering die op een vrije en onbeperkte aansluiting gebaseerd zijn, is dit model gebaseerd op een selectie van zorgverleners binnen het kader van kandidatenoproepen, met een bepaald aantal plaatsen per geografische zone. Deze aanpak beoogt het beschikbare aanbod af te stemmen op de lokaal vastgestelde noden en daarbij

de samenhang en leesbaarheid van het systeem te versterken.

In dat kader is het relevant te onderzoeken hoe deze geografische organisatie concreet werd vertaald. **Hoe werd het systeem uitgerold op het terrein gelet op de beschikbare kwantitatieve indicatoren? In welke mate werden de beschikbare middelen gebruikt? Hoe variëren deze dynamieken op verschillende plaatsen, volgens de noden, het aanbod en het zorggebruik?**

1. Context

1.1. De hervorming van de eerstelijns psychologische zorg

In 2019 startte België met een belangrijke hervorming om de toegang tot psychologische zorg te verbeteren met een eerste overeenkomst afgesloten tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de netwerken geestelijke gezondheid. Deze eerste fase richtte zich vooral op volwassenen van 18 tot 64 jaar en een tenlasteneming van een beperkt aantal sessies en diagnoses. In 2021 werd de hervorming aanzienlijk verruimd: het aanbod werd uitgebreid tot kinderen, adolescenten en ouderen, het aantal netwerken nam toe en de tegemoetkomingsmodaliteiten werden versoepeld om beter te voldoen aan de noden van de bevolking (RIZIV, 2024a).

Vandaag is de ELP georganiseerd in **32 plaatselijke netwerken geestelijke gezondheid** verdeeld volgens leeftijdsgroep: de netwerken 'Kinderen en Adolescenten' (tot en met 23 jaar) en de netwerken 'Volwassenen' (vanaf 15 jaar). Deze netwerken zijn territoriale coördinatiestructuren die door het RIZIV gemandateerd zijn. Ze hebben als opdracht het psychologisch zorgaanbod te plannen, te organiseren en te superviseren in hun werkingsgebied samen met de eerstelijns zorgverleners, de sociale diensten, de scholen, de wijkgezondheidscentra, enz. Ze verzekeren ook de band tussen de geconventioneerde psychologen en de andere actoren in het systeem voor geestelijke gezondheid en bewaken daarbij de kwaliteit, de dekking en de toegankelijkheid van zorg (RIZIV, 2024a).

¹ Dit was de enige ambulante geestelijke gezondheidszorg die door de verplichte verzekering (VP) werd terugbetaald (en dus de enige financieel toegankelijke) vóór de komst van de ELP-overeenkomst.

De zorg wordt verstrekt door geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen die in zeer **diverse contexten** kunnen optreden: in vindplaatsen zoals scholen, wijkgezondheidscentra of buurthuizen, maar ook in een privépraktijk, thuis, via videoconferentie, of soms op de werkplek of buiten. In tegenstelling tot de traditionele aanpak waar een rechthebbende naar de zorgverlener moet gaan, gaat de zorgverlener in de vindplaatsen naar het doelpubliek. Deze strategie wil de drempels voor toegang, in het bijzonder voor de meest kwetsbaren, verminderen en de geestelijke gezondheidsdiensten beter toegankelijk, inclusiever en verankerd in de leefomgeving maken.

Het eerstelijns psychologisch zorgaanbod omvat **drie soorten interventies** die elkaar aanvullen:

- De **gemeenschapsgerichte interventies**² zijn bestemd voor groepen en willen de veerkracht en zelfzorg bij de bevolking versterken;
- De **eerstelijns psychologische ondersteuning** bestaat uit korte interventies om het algemeen psychisch welzijn te behouden of te herstellen;
- De **eerstelijns psychologische behandeling**³, ten slotte, richt zich tot personen met lichte of matige problemen die een meer gestructureerde aanpak nodig hebben.

Interventies voor ondersteuning en behandeling kunnen individueel of in groep worden aangeboden, volgens de noden en de beschikbare middelen (RIZIV, 2024b).

Kenmerkend bij deze hervorming is de uitdrukkelijke wil om het **zorgaanbod op de noden van de bevolking af te stemmen**. In tegenstelling tot andere medische disciplines is deze hervorming niet gebaseerd op een logica van individuele prestaties die per handeling worden terugbetaald, maar op een financieringslogica die uitgaat van de populatie en territoriale coördinatie. De financiering wordt tussen de netwerken verdeeld volgens objectieve criteria: het aantal inwoners, de plaatselijke socio-economische realiteit, de prevalentie van psychische stoornissen en de gemiddelde leeftijd waarop die zich voordoen (RIZIV, 2024a). Elk netwerk ontvangt een globaal budget en zet dit om in een aantal prestatie-uren te verdelen over de geconventioneerde psychologen volgens de plaatselijke noden. Deze hervorming voert ook collectieve functies in (preventie, sensibilisering, werken binnen netwerken) die in de andere medische sectoren niet vergoed worden (RIZIV, 2024b).

Financiële toegankelijkheid is een andere centrale as: de prestaties hebben een vast tarief van 11 euro en 4 euro voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Sinds 2024 betalen jongeren tot en met 23 jaar geen remgeld meer waardoor elke financiële drempel voor deze leeftijdsgroep wegvalt. **De toegang is rechtstreeks**, zonder medisch voorschrift, wat de formaliteiten vereenvoudigt en de drempel voor toegang tot zorg verlaagt (RIZIV, 2024b).

1.2. Evaluatie van de hervorming

De relevantie of efficiëntie van een zorgaanbod kan niet worden geëvalueerd zonder rekening te houden met de noden van de bevolking die sterk variëren volgens de socio-economische en geografische subgroepen. Eerder onderzoek van de CM-studiedienst, meer bepaald het onderzoek in samenwerking met Sciensano in het kader van de BELHEALTH-enquête, toonde meermaals aan dat vrouwen, jongvolwassenen en personen in armoede evenals geracialeerde personen, meer noden inzake geestelijke gezondheid hebben dan andere subgroepen. In deze subgroepen vinden we ook het grootste aantal personen met onvervulde noden door de vele factoren die de toegang tot zorg afremmen (Noirhomme, 2022; Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

In deze studie gebruiken wij de gegevens van de **Gezondheidsenquête via interview** van Sciensano (2018) waarmee het aandeel van de bevolking dat het waarschijnlijk psychologisch moeilijk heeft, kan worden ingeschat met behulp van de GHQ 2+ score (*General Health Questionnaire*). In 2018 overschreed 33% van de respondenten in België deze drempel, wat wijst op een **aanzienlijke psychologische kwetsbaarheid** binnen de bevolking. Die score is geen klinische diagnose, maar laat wel toe de personen te identificeren die waarschijnlijk nood hebben aan psychologische ondersteuning. Het is ook een waardevol instrument om het niveau van psychische nood tussen verschillende bevolkingsgroepen te vergelijken.

Zo is de kans op psychische kwetsbaarheid hoger bij vrouwen (38%) dan bij mannen (27%). Er zijn ook duidelijke verschillen volgens inkomensniveau: 45% van de personen in het kwintiel met het laagste inkomen ervaart psychische kwetsbaarheid tegenover slechts 27% in het kwintiel met het hoogste inkomen.

2 Gemeenschapsgerichte interventies werden in de overeenkomst opgenomen vanaf 2024. Het zijn groepssessies die volgens de noden vastgesteld in een gemeenschap worden georganiseerd, met of zonder uitdrukkelijke vraag naar zorg, en gericht zijn op veerkracht, zelfzorg en psycho-educatie. De deelnemers worden niet individueel geregistreerd, wat maakt dat de impact ervan maar beperkter geëvalueerd kan worden in het kader van deze studie.

3 Vroeger 'gespecialiseerde psychologische zorg'.

Leeftijd is een andere differentiërende factor: jongvolwassenen (25-34 jaar) zijn het meest getroffen (39%) terwijl ouderen van 65 tot 74 jaar minder getroffen zijn (23%). Daarnaast is ook de geografische spreiding van de bevolking ongelijk, wat leidt tot sterk uiteenlopende behoeften per regio: de hoogste percentages worden opgetekend in Brussel (39%), Henegouwen (38%) en Luik (38%), terwijl provincies als Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen lagere cijfers laten zien (27%).

Deze verschillen onderstrepen het belang van een territoriaal en proportioneel geplande zorgaanpak afgestemd op reële noden van de plaatselijke bevolking. Deze logica, die centraal staat in de filosofie van de ELP-overeenkomst, vormt een belangrijk referentiekader bij onze evaluatie van het systeem.

2. Methode

2.1. Gegevens over het gebruik

De analyse heeft betrekking op het gebruik van alle **geestelijke gezondheidszorg die door de verplichte ziekteverzekering (VP) wordt terugbetaald** zoals CM die registreerde in haar rol als medebeheerder ervan. Deze gegevensextractie werd gemaakt op 23 juni 2025 en omvat:

- **Acute zorg:** psychiatrische ziekenhuisopnames (klassiek, dag en nacht, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een dienst psychiatrie van een algemeen ziekenhuis), dringende hulp (tussenkoms van een psychiater op de spoeddienst, opname in de dienst van een psychiatrische voorziening voor noodopvang of voor de toediening van antidepressiva via infuus), tussenkomsten van mobiele equipes;
- **Revalidatiezorg en residentiële zorg:** programma's voor ambulante of residentiële revalidatie (voor personen met psychose, alcoholverslaving, drugsverslaving en/of die

psychosociale re-integratie nodig hebben), opvolging in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR), projecten voor steun aan ouderen met complexe noden, verblijf in initiatieven voor beschut wonen (IBW) of psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT);

- **Gebruik van psychotrope geneesmiddelen** die, indien ze op voorschrift worden afgeleverd, steeds door de VP worden terugbetaald: antidepressiva en antipsychotica die in openbare apotheek of in de ziekenhuisapotheek worden afgeleverd zonder begrenzing van de gemiddelde dagdosissen (*Defined Daily Doses* of DDD⁴);
- **Ambulante opvolging:** consultaties, psychotherapie of overleg met een psychiater, evenals sessies bij een geconventioneerde psycholoog/orthopedagoog (ELP). Daarnaast betaalt de **aanvullende verzekering (AV)** van CM ook gedeeltelijk de sessies psychologie⁵ bij niet-geconventioneerde zorgverleners terug.

2.1.1. Weging en extrapolatie van de gegevens over het gebruik

Deze studie is gebaseerd op de gegevens van de **4,6 miljoen CM-leden**, die ongeveer **40% van de Belgische bevolking** vertegenwoordigen. Een wegingsmethodologie wordt toegepast om de vertekening door het werken met steekproeven te corrigeren en zo representatieve resultaten voor de Belgische bevolking te produceren.

De weging gebeurt door de verdeling van de CM-leden te vergelijken met die van de Belgische bevolking, zoals aangeleverd door het InterMutualistisch Agentschap (IMA). Deze vergelijking wordt gemaakt **voor elke combinatie van socio-demografische kenmerken** (leeftijdscategorie, geslacht, provincie, VT-statuu, en dit voor elk jaar dat geanalyseerd wordt⁶). Hiermee kan een aanpassingsgewicht voor elke combinatie worden geschat. De aldus bekomen gewichten worden dan op elke waarneming toegepast (volgens de combinatie waartoe ze behoort) om gewogen indicatoren te produceren.

Wanneer de gegevens in volumes worden voorgesteld (aantal patiënten of prestaties), worden de gewogen in-

4 De DDD, *defined daily dose* of letterlijk gemiddelde dagdosis is de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor het geneesmiddel dat volgens de hoofddindicatie ervan bij volwassenen wordt gebruikt.

5 De toekenningsvoorwaarden voor de financiële tussenkomst verschillen volgens het ziekenfonds van aansluiting. Voor CM-Vlaanderen, meer informatie op www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/geestelijke-gezondheid. Voor de Franstalige of Duitstalige Christelijke Mutualiteiten, meer informatie op www.mc.be/fr/avantages-remboursements/psychologie-sexologie.

6 Merk op: voor het jaar 2024 waren de populatiegegevens van het IMA op het ogenblik van de analyse nog niet beschikbaar en gebeurde de weging op basis van de gegevens van het jaar 2023.

7 Om zo goed mogelijk bij de realiteit aan te sluiten, gebeurde de extrapolatie van het aantal personen in hechtenis die in de ELP-overeenkomst zijn opgenomen op basis van de exacte cijfers van de vrouwelijke en mannelijke gevangenisbevolking in België in 2024 (Prison Insider, 2024).

dicatoren naar de Belgische bevolking geëxtrapoleerd door de gewogen indicatoren te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de referentiepopulatie (Belgische bevolking⁷) en de waargenomen populatie (CM-populatie). Met die benadering kunnen **degelijke ramingen worden gemaakt, die vergelijkbaar zijn tussen subgroepen en representatief voor de doelpopulatie**.

2.1.2. Beperkingen van de gegevens over het gebruik

Met de gegevens over het zorggebruik kan geschat worden hoeveel personen **terugbetaalde** geestelijke gezondheidszorg kregen. Deze benadering heeft echter beperkingen en het is goed die nader te expliciteren.

Vooreerst wordt zorg die niet door de VP wordt terugbetaald, niet geregistreerd. Dat geldt voor bepaalde psychotrope geneesmiddelen die ambulant worden afgeleverd (zoals benzodiazepines en anxiolytica), sessies psychologie in een niet-geconventioneerde privépraktijk waarvoor de leden geen tussenkomst van de AV van CM vroegen of daarvoor niet in aanmerking kwamen. Hierdoor kan het reële gebruik van geestelijke gezondheidszorg onderschat zijn.

Daarnaast zijn de gegevens voor de psychotrope geneesmiddelen gebaseerd op de aflevering. Of de patiënten de geneesmiddelen ook effectief innamen, is onmogelijk te weten. Daardoor zou het gebruik overschat kunnen zijn.

Ten slotte geven de gegevens inzake de verstrekkingen van 2024 en 2025 de beschikbare informatie weer op het ogenblik van de extractie. Die gegevens kunnen evolueren, meer bepaald wegens de facturatietermijnen (voor zorg in derde betaler⁸ zoals bij de overeenkomst) of omdat de patiënten nog geen terugbetaling vroegen voor zorg die niet in derde betaler wordt afgerekend. Deze elementen kunnen tot een lichte onderschatting leiden.

2.2. Socio-demografische variabelen

De analyse steunt op een reeks variabelen waarmee de profielen van de rechthebbenden beter begrepen kunnen worden en de analyse van de sociale ongelijkheden inza-

ke geestelijke gezondheid verder verfijnd kan worden. Zo toont ze de verschillen in zorggebruik en de specifieke noden van bepaalde subgroepen:

- **Leeftijdsgroepen:** 0-19 jaar, 20-29 jaar, 30-44 jaar, 45-64 jaar, 65-79 jaar, 80 jaar en ouder;
- **VT-statuut:** wordt toegekend aan personen met een laag inkomen of in een kwetsbare sociale situatie. Dit geeft recht op een hogere terugbetaling van gezondheidszorg en wordt hier gebruikt als proxy om socio-economisch kwetsbare groepen te identificeren;
- **Geslacht:** vrouwen, mannen;
- **Gewest en provincie:** bepaald vertrekkende van de NIS-code van domicilie;
- **Socio-professioneel statuut:** bediende, arbeider, zelfstandige en ambtenaar. Deze categorisering is gemaakt vertrekkende van de hoedanigheidscode⁹ en bevat ook personen in werkonderbreking of werkloosheid;
- Specifieke categorieën die ook via de hoedanigheidscode werden bepaald:
 - **Opgenomen of toevertrouwde kinderen:** vaak geconfronteerd met situaties van gezinsproblemen, onstabiliteit;
 - **Personen in hechtenis:** met een hoge prevalentie van psychische stoornissen die vaak niet behandeld worden of onvoldoende ten laste genomen worden (Unia & Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG), 2025; Mistiaen, et al., 2017);
- Andere specifieke statuten (minstens één dag in het jaar dat in beschouwing wordt genomen):
 - Personen in **werkloosheid**, in **primaire arbeidsongeschiktheid** (minder dan een jaar arbeidsongeschiktheid), in **invaliditeit** (meer dan een jaar arbeidsongeschiktheid) en rechthebbenden op het **leefloon** of de **inkomensgarantie voor ouderen** (IGO).

2.3. Aanvullende gegevensbronnen voor de analyse van de behoeften en het aanbod

De terugbetalingsgegevens werden aangevuld met gegevens van andere bronnen om de noden en het aanbod inzake geestelijke gezondheidszorg te analyseren:

- **Gezondheidsenquête Sciensano** (2018): aandeel van de bevolking met psychische kwetsbaarheid;

⁸ Met de derdebetalersregeling betaalt iemand die verzorgd wordt enkel het persoonlijk aandeel. De VP betaalt de zorgverlener rechtstreeks zonder dat de patiënt de kosten voorschiet.

⁹ De hoedanigheidscode is een verzekeraarscode die de ziekenfondsen aan elk lid toekennen. Deze code geeft de administratieve en beroepssituatie van de persoon in de verplichte ziekteverzekering aan.

- **Dashboard Mental Health Care (MHC):** aanbod van actieve zorgverleners binnen de overeenkomst, geraadpleegd in juni 2025 (Nationaal Inter mutualistisch College, 2025);

Jaarlijkse statistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars in België (FOD Volksgezondheid, 2025): aantal klinisch psychologen en orthopedagogen die het beroep mogen uitoefenen op 31 december 2024.

2.4. Analyse-assen

De analyse berust op meerdere, elkaar aanvullende assen waardoor de dynamieken inzake gebruik, aanbod en noden met elkaar gekruist kunnen worden:

- **Globaal gebruik van geestelijke gezondheidszorg:** evolutie van het percentage van de Belgische bevolking dat terugbetaling voor geestelijk gezondheidszorg kreeg tussen 2010 en 2024;
- **Zorgaanbod binnen de ELP-overeenkomst:** evolutie van het aantal geconventioneerde zorgverleners, de geografische spreiding ervan, diversificatie van de plaatsen waar zorg wordt verleend en de zorgmodaliteiten;
- **Zorggebruik binnen de ELP-overeenkomst:** evolutie van het gebruik, socio-demografische profielen van de rechthebbenden en verdeling van de patiënten volgens de functie, het netwerk en de plaats waar de zorg wordt verleend;
- **Aantal sessies binnen de ELP-overeenkomst:** aantal sessies per patiënt-e in een periode van twaalf maanden die aanvangt bij de eerste sessie, volgens het jaar waarin het traject start. Enkel patiënten met een eerste sessie vóór 31 maart 2024 zijn geïncludeerd om te garanderen dat het om een volledige waarnemingsperiode gaat¹⁰;
- **Zorgtrajecten geestelijke gezondheid:**
 - **Vóór instap in de overeenkomst:** soort zorg tijdens de twee jaar vóór de eerste sessie, evolutie in de periode 2019-2024 en socio-demografische profielen die eraan gekoppeld zijn (2024). De studie bevat alleen patiënten die in het jaar waarin het traject startte en de twee jaar voordien continu bij CM waren aangesloten;
 - **Tijdens en na het geconventioneerde traject:** evolutie van de zorg die tijdens en na het traject is ontvangen.

Alleen patiënten die hun traject gestart zijn tussen 1 januari en 15 december 2023 zijn opgenomen om een observatieperiode van 18 maanden na de eerste sessie te garanderen. Tijdens deze hele periode moeten zij continu bij CM aangesloten zijn.

3. Resultaten

3.1. Globaal gebruik van geestelijke gezondheidszorg

3.1.1. Gebruik van alle geestelijke gezondheidszorg

Tussen 2010 en 2024 steeg het aandeel van de Belgische bevolking dat terugbetaling voor geestelijke gezondheidszorg kreeg van 14,7% naar 18,4% (zie Figuur 1). Die stijging weerspiegelt meerdere belangrijke dynamieken.

Vooreerst betreft het gebruik van **acute zorg** (psychiatrische opnames, dringende zorg, mobiele equipes) en/of revalidatie of residentiële zorg (IBW, PVT, gespecialiseerde programma's) zonder ambulante opvolging (psychologische of psychiatrische consultaties) slechts een zeer beperkt deel van de bevolking en dit aandeel blijft de hele periode stabiel (0,4%). Deze behandelingsvormen zijn meestal voorbehouden voor de meest complexe of ernstige situaties¹¹.

Psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva en antipsychotica) daarentegen zijn de vaakst voorkomende aanpak inzake geestelijke gezondheid. Het gebruik ervan is tussen 2010 en 2024 licht gestegen van 13,2% naar 13,6% van de bevolking¹². Het aandeel personen dat uitsluitend deze behandelingen volgt zonder ambulante opvolging door een zorgverlener inzake geestelijke gezondheid tijdens het betrokken jaar¹³, daalt echter licht (van 11,2% naar 10,2%).

Het percentage van de bevolking dat geneesmiddelen met **terugbetaalde ambulante opvolging** (psychiatrische

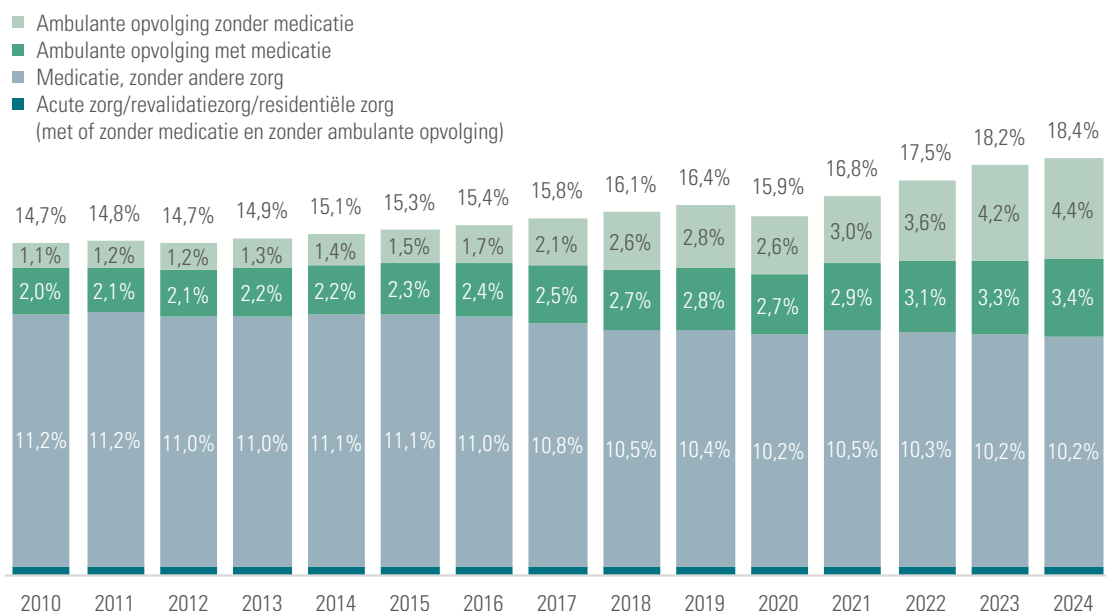
10 Alhoewel de beschikbare waarnemingsperiode voor patiënten geïncludeerd in 2024, wel degelijk 12 maanden bedraagt, is de geanalyseerde cohort beperkter (18.074 personen) in vergelijking met die van 2022 (42.890) en 2023 (57.541). Deze steekproef blijft ruim voldoende om een robuuste analyse te kunnen maken, zeker omdat de gegevens werden gewogen volgens de structuur van de Belgische bevolking.

11 Als alle personen die van dit soort zorg gebruik hebben gemaakt (al dan niet met ambulante opvolging) in beschouwing worden genomen, is een lichte stijging van het gebruik merkbaar tijdens deze periode: van 0,8% naar 1,0%.

12 Wanneer ook patiënten met acute zorg en patiënten die antidepressiva / antipsychotica nemen, in rekening worden genomen, is het percentage iets hoger en gaat het van 13,4% in 2010 naar 13,8% in 2024.

13 Deze situatie treft bepaalde subgroepen meer, in het bijzonder 55-plussers, vrouwen en VT-rechthebbenden, zoals de vorige studie aantoonde (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Figuur I: Evolutie tussen 2010 en 2024 van het percentage van de Belgische bevolking met terugbetaling voor geestelijke gezondheidszorg (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



of psychologische consultaties) combineert, is inderdaad gestegen van 2,0% in 2010 naar 3,4% in 2024. Ambulante opvolging zonder geneesmiddelengebruik stijgt in diezelfde periode opvallend van 1,1% naar 4,4%. Het totale deel van de bevolking met terugbetaalde ambulante opvolging inzake geestelijke gezondheid is daarmee gestegen van 3,1% in 2010 naar 7,8% in 2024.

3.1.2. Gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg

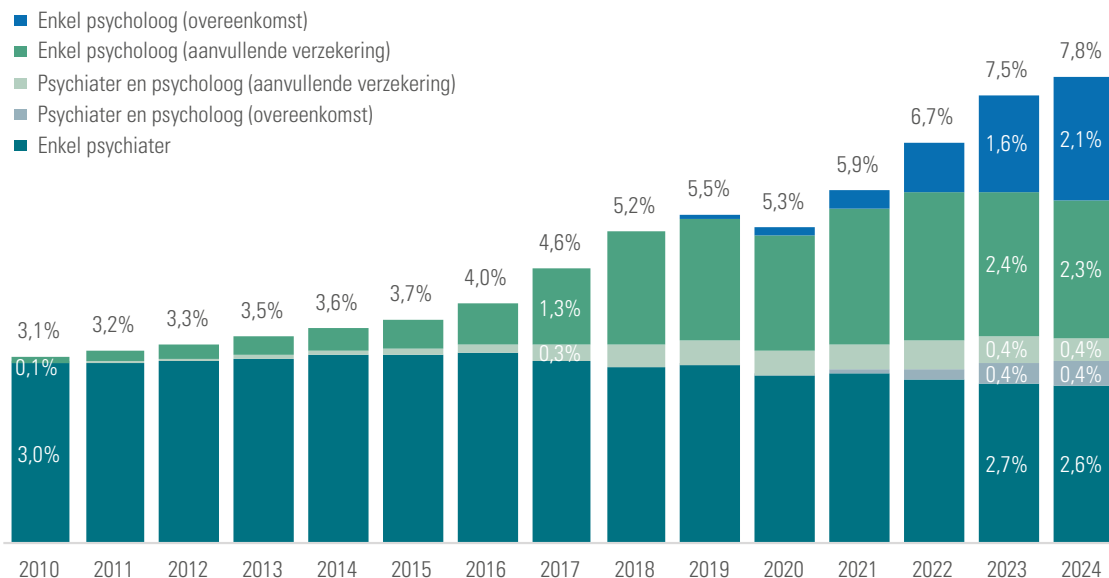
Figuur 2 toont de toename van het gebruik van terugbetaalde ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen 2010 en 2024. In 2010 kreeg 3,1% van de bevolking terugbetaling voor psychiatrische en psychologische consultaties en dit stijgt tot 7,8% in 2024. Dit wijst op een significante evolutie in de toegang tot deze zorg.

In 2010 ging 3,0% van de bevolking op consultatie bij een **psychiater**. Het aantal terugbetaalde consultaties bij een psycholoog was echter beperkt (slechts 0,1%) en dit percentage is maar licht gestegen met de tijd: in 2024 had 2,6% van de bevolking consultaties enkel en alleen bij een psychiater en 0,8% raadpleegde zowel een psychiater als een psycholoog waardoor het aandeel van de bevolking met ambulante psychiatrische consultaties op 3,4% komt.

De globale stijging wordt dus vooral verklaard door de invoering van de terugbetaling van **psychologische consultaties**. Vooreerst kan met de tussenkomst door de AV van CM een toenemend percentage patiënten gedekt worden: van 0,1% in 2010, met een aanzienlijke stijging in 2017 door de wijziging van de toegangsvoorwaarden tot deze tussenkomst, naar 2,7% in 2024. Daarna, met de progressieve invoering van de conventionering van psychologen vanaf 2019, kreeg een groeiend deel van de bevolking een opvolging bij een geconventioneerde psycholoog¹⁴.

¹⁴ Als patiënten in de loop van het jaar zowel een consultatie bij een geconventioneerde psycholoog hadden als een tegemoetkoming uit de AV, worden deze in de categorie van de consultaties bij geconventioneerde psychologen gerekend.

Figuur 2: Evolutie tussen 2010 en 2024 van het percentage van de Belgische bevolking met een terugbetaling voor ambulante psychiatrische/psychologische consultaties (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



Zo kreeg in 2024 2,5% van bevolking deze consultaties (2,1% uitsluitend bij de psycholoog en 0,4% combineerde dit met opvolging bij de psychiater).

3.2. Zorgaanbod binnen de ELP-overeenkomst

Het *dashboard MHC* betreffende de ELP-overeenkomst levert waardevolle gegevens over het aantal patiënten en geconventioneerde zorgverleners (Nationaal Inter mutualistisch College, 2025). Deze bruto gegevens alleen laten echter geen fijne analyse toe van het systeem, als ze niet in perspectief geplaatst worden met andere essentiële indicatoren zoals demografische gegevens, elementen inzake het globaal zorgaanbod of noden inzake geestelijke gezondheid.

Zonder deze contextelementen kan elke geografische vergelijking misleidend zijn. Een geografische vergelijking van het aantal geconventioneerde psychologen is slechts zinvol als rekening wordt gehouden met het aantal erkende zorgverleners, het bevolkingsaantal of nog de omvang van de nood inzake geestelijke gezondheid. Een provincie

kan goed bedeed lijken in het aantal zorgverleners, maar toch een lage dekking van de behoeften vertonen als ze dichtbevolkt is of als de behoeften er bijzonder hoog zijn. Omgekeerd kan een provincie met weinig zorgverleners goede indicatoren hebben als de vraag er kleiner is. Voor een relevante analyse moeten dus meerdere dimensies met elkaar gekruist worden: aanbod, referentiepopulatie en behoefte-indicatoren.

Op nationaal niveau merken we een afgetekende toename met 160% van het aantal actieve zorgverleners binnen ELP-overeenkomsten **van 2.361 in december 2022 naar 6.123 in december 2024** (Nationaal Inter mutualistisch College, 2025). Tegelijkertijd steeg het aantal erkende psychologen en orthopedagogen van 16.693 naar 21.730 (FOD Volksgezondheid, 2025). Zo verdubbelde het aandeel geconventioneerde zorgverleners van 14% naar 28% in twee jaar.

In tegenstelling tot de artsen die vrij kunnen kiezen om zich voor hun volledige activiteit of een deel ervan te conventioneren (door zelf te bepalen voor welk percentage van hun praktijk zij de conventietarieven toepassen), zijn psychologen en orthopedagogen geconventioneerd voor een vooraf vastgesteld aantal uren.

Zo kan een zorgverlener voor een beperkt aantal uren per week of maand geconventioneerd zijn, maar dat geeft niet noodzakelijk diens volledige activiteit weer. Daarom is het van essentieel belang om de analyse van het aantal zorgverleners aan te vullen met indicatoren over het activiteitsvolume. Het **aantal prestaties per 100 inwoners** is een sleutelindicator voor het aanbod dat wordt ingezet, dat is de reële activiteit binnen de overeenkomst. Op landsniveau bedraagt deze indicator 14 prestaties per 100 inwoners.

Voor een verfijning van de analyse worden dus drie bijkomende indicatoren gebruikt:

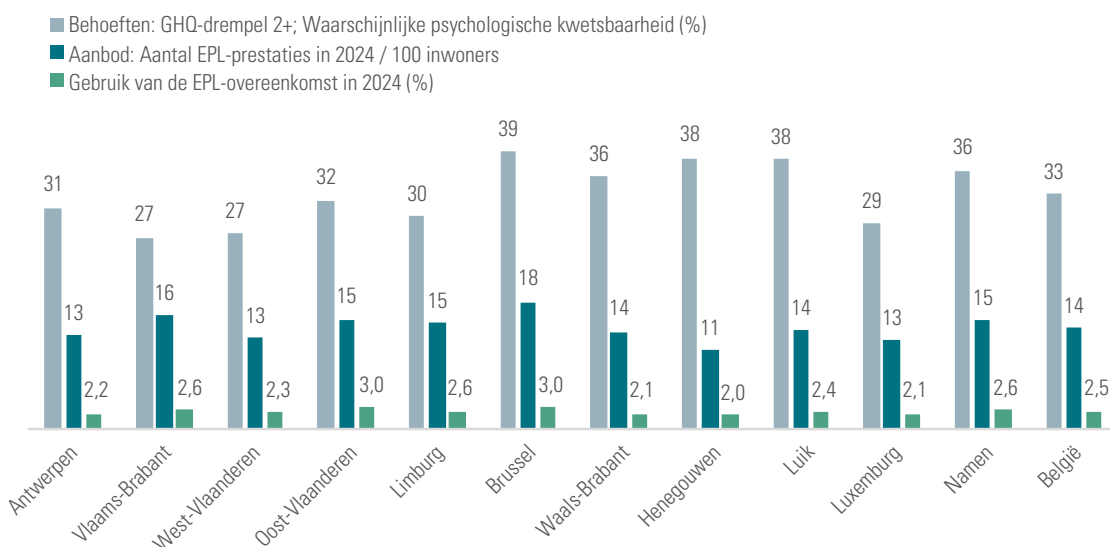
- **De behoefte-indicator:** deze komt uit de Gezondheidsenquête van Sciensano (2018) en geeft aan welk deel van de bevolking vermoedelijk psychisch kwetsbaar is (GHQ 2+-drempel). Hiermee kan de potentiële vraag naar psychologische zorg worden ingeschat.
- **De aanbodindicator:** deze is gedefinieerd als het aantal prestaties per 100 inwoners. Deze laat toe de intensiteit van de geconventioneerde activiteit op een grondgebied te meten, dit is het aanbod dat effectief wordt ingezet.
- **De gebruiksindicator:** deze stemt overeen met de bevolking die toegang had tot minstens één prestatie binnen de overeenkomst en geeft een aanduiding over de effectieve toegankelijkheid van het systeem.

3.2.1. Geografische verschillen

De verschillen tussen de provincies zijn significant zowel wat de noden inzake geestelijke gezondheid betreft als de mate waarin het systeem effectief geactiveerd is. Brussel heeft één van hoogste niveaus van psychische kwetsbaarheid van het land, met 39% van de bevolking boven de GHQ 2+ -drempel. De dichtheid aan zorgverleners is er de hoogste van het land: 900 geconventioneerde zorgverleners in 2024, dus 79 zorgverleners voor 100.000 inwoners (zie Figuur 3 en Bijlage 1 voor alle detailgegevens). 40% van de erkende zorgverleners is geconventioneerd. In die context worden er 18 prestaties uitgevoerd per 100 inwoners (aanbodindicator). Dit wijst op een grote activering van het systeem. Ook wordt het systeem er veel gebruikt: 3,0% van de Brusselse bevolking had in 2024 toegang tot minstens één prestatie binnen de overeenkomst.

In Vlaams-Brabant daarentegen zijn de noden de laagste van het land met 27% van de bevolking boven de GHQ 2+-drempel. Het aanbod is er echter aanzienlijk met 909 geconventioneerde zorgverleners in 2024 (hetzij 77 zorgverleners voor 100.000 inwoners) ook al is slechts 30% van de erkende zorgverleners geconventioneerd. Het aantal prestaties per 100 inwoners is er dus hoog (16) en dat wijst erop dat het aanbod goed geactiveerd is. Ook wordt er veel gebruik van gemaakt: 2,6% van de bevolking werd behandeld binnen de overeenkomst.

Figuur 3: Vergelijking tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de ELP-overeenkomst in 2024 volgens provincie (Bronnen: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking en Sciensano gezondheidsenquête van 2018)



Omgekeerd is het systeem veel minder geactiveerd in bepaalde provincies die wel grote noden hebben. Henegouwen bijvoorbeeld heeft een hoge graad van psychische kwetsbaarheid met 38% van de bevolking boven de GHQ 2+-drempel. In 2024 was het aantal prestaties per 100 inwoners er echter het laagste van het land (11) wat wijst op een beperkte activering van het geconventioneerde aanbod. De provincie telt slechts 451 geconventioneerde zorgverleners, hetzij 34 per 100.000 inwoners – de laagste dichtheid van het land – en slechts 29% van de erkende zorgverleners is er geconventioneerd. Het gemiddeld aantal prestaties per zorgverlener is er echter het hoogst (324, zie Bijlage 1). Dat zou kunnen wijzen op een zware werklast of een hoger aantal geconventioneerde uren per zorgverlener. Toch wordt het aanbod slechts beperkt gebruikt: slechts 2,0% van de bevolking had toegang tot zorg binnen de overeenkomst en dat ligt duidelijk onder het nationale gemiddelde. Deze toestand wijst op een onevenwicht tussen de noden die worden uitgedrukt en de mate waarin het aanbod hieraan kan voldoen.

Ook kunnen deze indicatoren inzake aanbod en gebruik uitgezet worden ten opzichte van het **percentage van het zorgbudget dat effectief wordt gebruikt** per provincie. Sommige provincies zoals West-Vlaanderen (113%) of Waals-Brabant (110%) hebben hun initiële enveloppe overschreden wat op een sterke activering van het systeem wijst (zie Bijlage 1). Omgekeerd hebben andere provincies zoals Luxemburg (76%) of Henegouwen (83%) hun budget niet volledig gebruikt. In gebieden zoals Henegouwen waar grote noden zijn maar waar het geconventioneerde aanbod beperkt blijft, wijst deze situatie erop dat er veel manoeuvreerruimte is: het budget is beschikbaar maar aan de voorwaarden voor een volle benutting ervan – meer bepaald het aantal zorgverleners – is nog niet voldaan.

3.2.2. Specialisatie van de zorgverleners

Sinds 2021 is een opvallende evolutie merkbaar in de verdeling van de geconventioneerde zorgverleners tussen de netwerken voor kinderen en adolescenten en die voor volwassenen. Het aandeel zorgverleners actief in de netwerken voor kinderen en adolescenten ging van 34% in 2021 naar 54% in 2024 terwijl dit in de netwerken voor volwassenen van 93% tot 67% daalde in dezelfde periode¹⁵. België telde eind 2024 3.333 geconventioneerde zorgverleners in de netwerken voor kinderen. Parallel daarmee zijn 4.123

zorgverleners actief in de netwerken voor volwassenen. Wanneer deze cijfers volgens de leeftijdsgroepen in de bevolking worden uitgedrukt, is de dichtheid van zorgverleners voor kinderen en adolescenten hoger met 105 zorgverleners per 100.000 jongeren van 0 tot 24 jaar, tegenover 50 zorgverleners per 100.000 volwassenen vanaf 25 jaar.

Deze trend wijst op een progressieve heroriëntering van de middelen naar de jongere bevolking die gepaard gaat met een populatiegerichte aanpak en de intentie van het beleid om meer te investeren in preventie en vroegtijdige aanpak. Door verhoudingsgewijze meer zorgverleners in de netwerken voor kinderen en adolescenten in te zetten, maken de actoren op het terrein deze prioriteit concreet, met als doelstelling de impact op lange termijn van psychische stoornissen te verminderen door in te grijpen zodra ze zich voor het eerst voordoen.

3.2.3. Type zorg

In 2022 vond de meeste zorg die binnen de overeenkomst werd verleend, plaats in het kabinet van de zorgverlener (78%) tegenover slechts 8% van de verstrekkingen in vindplaatsen (zie Tabel 1). Deze trend keerde progressief: in 2024 vond nog maar 58% van de prestaties plaats in het kabinet tegenover 22% in vindplaatsen. Dit wijst op een diversificatie van de behandelingswijzen. Ook zorg in groep nam toe (van 2% naar 7%), net als de prestaties op afstand en aan huis, ook al blijven die beperkt. De prestaties die aan het traject gekoppeld zijn, blijven stabiel rond 7-8%.

De historisch dominante functie van de eerstelijns psychologische ondersteuning (68% in 2022) ging licht achteruit ten gunste van de behandelingsfunctie (34% van de prestaties in 2024). Het aandeel zorg gepresteerd in de netwerken voor volwassenen, daalt progressief (van 79% naar 68%) terwijl het aandeel zorg in de netwerken voor kinderen stijgt (van 21% naar 32%).

In 2024 varieert de verdeling van de plaatsen waar zorg wordt verleend sterk per provincie (zie Bijlage 2), met provincies waar de prestaties in de vindplaatsen een groter aandeel van de zorg vertegenwoordigen (40% in de provincie Luxemburg) en omgekeerd, andere provincies waar deze prestaties minder gangbaar zijn (in Vlaams-Brabant slechts 15%).

15 Belangrijk om weten is dat eenzelfde zorgverlener in beide soorten netwerken geconventioneerd kan zijn.

Tabel I: Evolutie tussen 2022 en 2024 van de verdeling van de prestaties volgens zorgplaats, functie en netwerk (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

		2022	2023	2024
Zorgplaats	Consultatie in kabinet	78%	67%	58%
	Consultatie op vindplaats	8%	14%	22%
	Groepssessie	2%	5%	7%
	Consultatie op afstand	3%	3%	3%
	Consultatie aan huis	2%	3%	2%
	Trajectprestaties	7%	8%	7%
Functie	Ondersteuning	68%	58%	59%
	Behandeling	25%	35%	34%
	Andere	7%	7%	7%
Netwerk	Volwassenen	79%	71%	68%
	Kinderen en adolescenten	21%	29%	32%

Naar functie is de functie eerstelijns psychologische ondersteuning dominant in alle provincies maar dit varieert: ze vertegenwoordigt een groter aandeel van de zorg in Brussel (66%) en in de provincie Luik (64%), terwijl de behandelingsfunctie een groter aandeel van de zorg vertegenwoordigt in Antwerpen, West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant (40%) in vergelijking met andere provincies zoals Oost-Vlaanderen (28%).

3.3. Zorggebruik binnen de ELP-overeenkomst

3.3.1. Evolutie van het gebruik

Volgens het *dashboard Mental Health Care* steeg het aantal patiënten dat in de ELP-overeenkomst is ingeschreven de jongste jaren sterk: 2.058 in 2021¹⁶, 115.416 in 2022, 222.153 in 2023 en 284.733 in 2024 (Nationaal Intermutualistisch College, 2025). Deze cijfers geven een waardevolle indicatie van de omvang van het gebruik van het systeem. Ze zijn echter op een specifieke definitie gebaseerd: wordt beschouwd als 'actieve patiënt-e' eenieder die ingeschreven is in een netwerk en aan minstens één sessie deelnam. Deze inschrijving is geldig voor maximum één jaar vanaf de inschrijvingsdatum. Dit maakt het moeilijk om het gebruik op jaarbasis te analyseren.

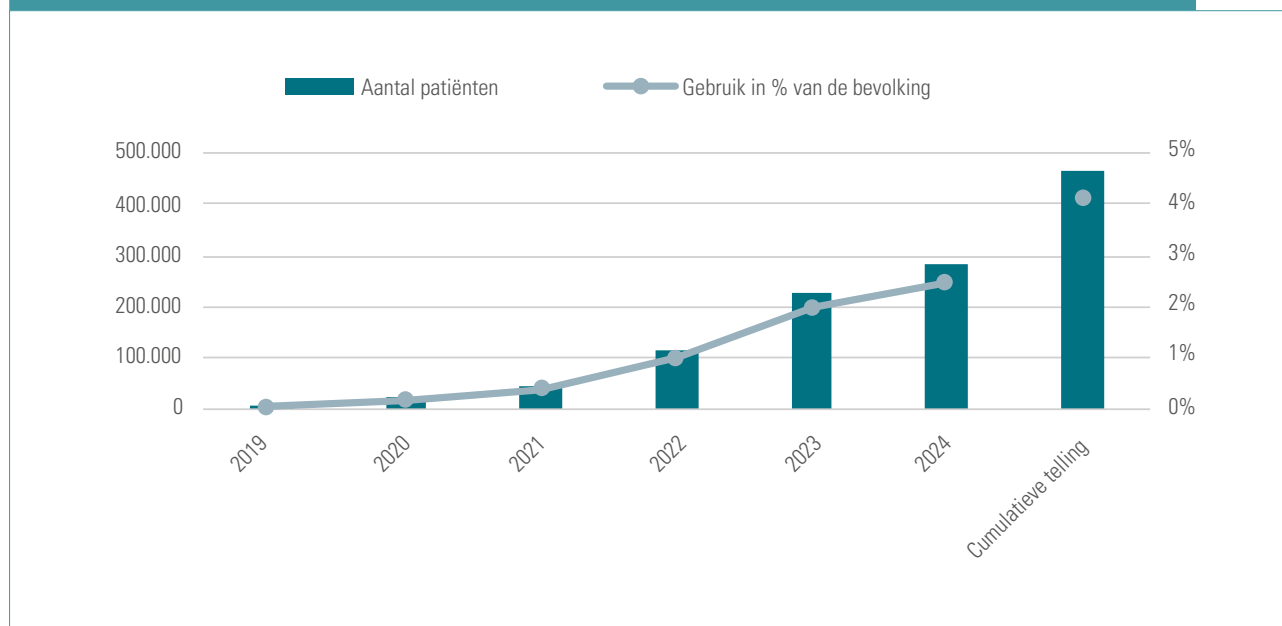
Om het gebruik – dit is het aandeel van de bevolking dat tijdens een bepaald jaar toegang had tot de overeenkomst – te kunnen inschatten, is het echter ook belangrijk om gegevens gestructureerd per kalenderjaar te hebben en deze in verhouding te brengen tot de algemene bevolking en de verschillende socio-demografische categorieën. De aanpak in deze studie maakt dit mogelijk: ze vertrekt van CM-gegevens die werden geëxtrapoleerd naar heel België. Volgens deze methode steeg het aantal rechtshabbers van 6.387 in 2019 naar 282.937¹⁷ in 2024, dus een **gebruikspercentage dat stijgt van 0,1% tot 2,5%** (zie Figuur 4).

In totaal maakten sinds de lancering van de overeenkomst 466.082 verschillende personen er gebruik van, dus ongeveer 4,1% van de Belgische bevolking (zie Figuur 4, 'cumulatieve telling'). Met dit cumulatief gegeven kunnen we de globale omvang van het gebruik van de ELP-overeenkomst beoordelen over de hele periode, los van de jaarlijkse evoluties.

¹⁶ De oudste gegevens die in het *Dashboard MHC* genoteerd werden, dateren van 5/10/2021.

¹⁷ Zeer dicht bij het cijfer van het *Dashboard MHC* voor hetzelfde jaar en dat bevestigt de algemene coherentie van de schattingen.

Figuur 4: Evolutie tussen 2019 en 2024 van het aantal en percentage personen dat gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst binnen de Belgische bevolking
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



3.3.2. Socio-demografische kenmerken

Figuur 5 toont het gebruikspercentage van de ELP-overeenkomst in 2024 voor verschillende subgroepen van de Belgische bevolking. Deze resultaten tonen duidelijk belangrijke verschillen volgens leeftijd, geslacht, socio-economisch statuut, het gewest waar men woont en bepaalde specifieke situaties.

De gebruiksgraad is het hoogst bij jongvolwassenen (3,7% van de 20-29 jarigen) en bij 0-19 jarigen (3,3%), terwijl het gebruik duidelijk afneemt met de leeftijd (0,7% bij de groep 65-79 jaar en 0,5% bij 80 jaar en ouder). Vrouwen (3,2%) maken meer gebruik van het systeem dan mannen (1,8%). Ook het VT-statuut gaat gepaard met een hoger gebruik (3,1% tegenover 2,3% voor personen zonder VT¹⁸). Bovendien blijft het aandeel VT-gebruikers onder de gebruikers relatief stabiel tussen 2019 en 2024: het schommelt jaarlijks tussen 25% en 26%. Dit cijfer ligt duidelijk hoger dan het aandeel VT-rechthebbenden in de Belgische bevolking in 2023 (20%). Het bevestigt dat het systeem vaker wordt gebruikt door personen in een meer kwetsbare socio-economische situatie zonder daarom een aanwijzing te zijn voor

een uitgesproken evolutie in het profiel van de gebruikers in de loop der tijd.

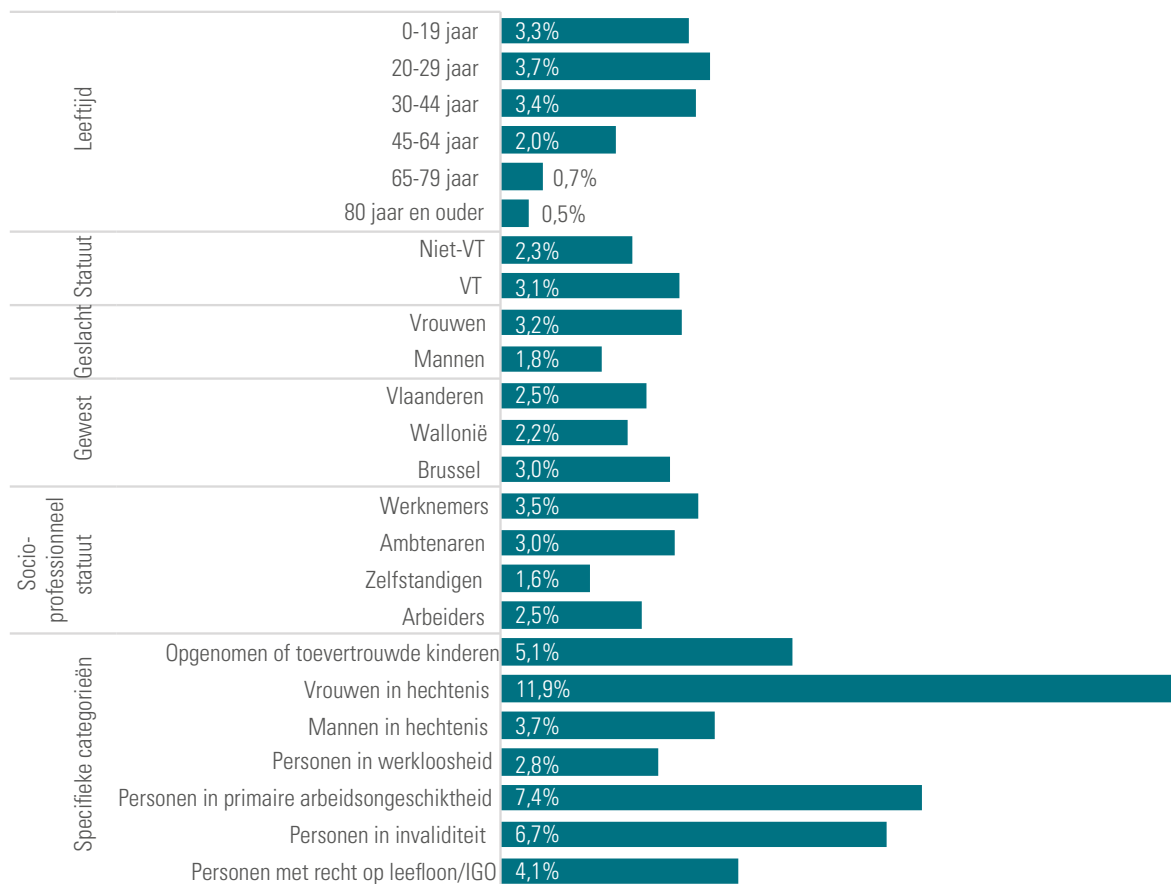
Ook tekenen zich regionale verschillen af met een iets hoger gebruik in Brussel (3,0%) dan in Vlaanderen (2,5%) en Wallonië (2,2%). Volgens socio-professioneel statuut is het gebruik groter bij bedienden (3,5%) en ambtenaren (3,1%) dan bij zelfstandigen (1,6%) of arbeiders (2,5%).

Bij specifieke subgroepen is de gebruiksgraad bijzonder hoog, zoals vrouwen in hechtenis (11,9%), personen in primaire arbeidsongeschiktheid (7,4%) of invaliditeit (6,7%). Ook bij opgenomen of toevertrouwde kinderen is de gebruiksgraad hoog (5,1%), wat wijst op een relatief sterke doordringing van het systeem bij doelgroepen in een kwetsbare of sociaal fragiele situatie. Bij werklozen (2,8%) ligt de gebruiksgraad licht boven het landelijk gemiddelde, maar die zou lager dan de reële noden kunnen zijn wat erop wijst dat deze groep nog maar deels toegang heeft tot dit systeem.

De gedetailleerde gegevens met het bruto aantal patiënten en de evolutie ervan in de tijd, zijn beschikbaar in bijlage 3.

¹⁸ Na standaardisering van twee criteria die het gebruik beïnvloeden, leeftijd en geslacht, blijft het VT-statuut nog steeds een impact hebben op het gebruik. Dus, als leeftijd en geslacht gelijk zijn (referentiepopulatie CM-leden 2024), maakte 3,3% van de VT-rechthebbenden gebruik van de ELP-overeenkomst in 2024, tegenover 2,3% van de personen zonder VT.

Figuur 5: Percentage personen dat in 2024 gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst in de verschillende subgroepen van de Belgische bevolking
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



3.3.3. Type zorg

De analyse van de spreiding van het gebruik van de overeenkomst tussen 2022 en 2024 volgens de functie, het netwerk en de plaats van prestatie brengt meerdere evoluties in de aanbodstructuur aan het licht (zie Tabellen 2 en 4).

Functie

De meeste begunstigden worden geholpen via de functie eerstelijns psychologische ondersteuning, ook al daalt het aandeel van deze functie geleidelijk (van 74% in 2022 naar 66% in 2024, zie Tabel 2). Parallel stijgt het aandeel personen dat binnen de functie behandeling van lichte tot matige problemen gevolgd wordt (11% naar 14%), net als het aandeel personen dat door beide functies gehol-

pen wordt (van 16% naar 20%). Deze evolutie suggereert een geleidelijke diversificatie van de behandelingswijzen waarbij steeds meer gebruik wordt gemaakt van intensievere of gecombineerde opvolging.

Tabel 3, met gedetailleerde informatie over de verdeling in 2024 van de begunstigden van de overeenkomst volgens de zorgfunctie en de socio-demografische kenmerken, toont verschillen volgens de profielen. Personen in invaliditeit maken vaker gebruik van een gecombineerde opvolging (28%) en van de behandelingsfunctie (20%), wat op complexere noden kan wijzen. Een vergelijkbare trend wordt vastgesteld bij personen in primaire arbeidsongeschiktheid (24% in gecombineerde opvolging) en bij VT-rechthebbenden (23% met een gecombineerde opvolging, tegenover 19% bij personen zonder VT-statuuut).

Tabel 2: Aantal personen dat tussen 2022 en 2024 gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst volgens functie (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

	2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%
Ondersteuning	83.767	74%	150.579	67%	185.871	66%
Behandeling	12.186	11%	32.295	14%	39.715	14%
Beide functies	17.625	16%	43.320	19%	57.351	20%
Totaal	113.578	100%	226.194	100%	282.937	100%

Tabel 3: Aantal personen dat in 2024 gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst en verdeling volgens functie en sociaal-demografische kenmerken (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

		N			%		
		Ondersteuning	Behandeling	Beide functies	Ondersteuning	Behandeling	Beide functies
Belgische bevolking		185.871	39.715	57.351	66%	14%	20%
Leeftijd	0-19 jaar	57.835	10.751	14.797	69%	13%	18%
	20-29 jaar	32.740	6.736	9.550	67%	14%	19%
	30-44 jaar	47.636	11.154	16.285	63%	15%	22%
	45-64 jaar	36.774	9.315	13.647	62%	16%	23%
	65-79 jaar	8.329	1.494	2.478	68%	12%	20%
	80 jaar en ouder	2.558	264	593	75%	8%	17%
Statuut	Niet-VT	139.758	29.541	40.773	67%	14%	19%
	VT	46.114	10.174	16.577	63%	14%	23%
Geslacht	Vrouwen	118.177	26.548	39.201	64%	14%	21%
	Mannen	67.695	13.167	18.150	68%	13%	18%
Gewest	Vlaanderen	111.286	30.674	28.579	65%	18%	17%
	Wallonië	51.592	7.478	20.028	65%	9%	25%
	Brussel	22.909	1.556	8.716	69%	5%	26%
Socio-professioneel statuut	Werknemers	48.267	11.538	17.662	62%	15%	23%
	Ambtenaren	8.258	2.265	2.889	62%	17%	22%
	Zelfstandigen	7.091	1.605	2.264	65%	15%	21%
	Arbeiders	32.115	6.776	10.000	66%	14%	20%
Specifieke categorieën	Opgenomen of toevertrouwde kinderen	698	183	191	65%	17%	18%
	Personen in hechtenis	273	51	80	68%	13%	20%
	Personen in werkloosheid	14.227	2.677	4.397	67%	13%	21%
	Personen in primaire arbeidsongeschiktheid	23.063	4.525	8.814	63%	12%	24%
	Personen in invaliditeit	18.056	6.726	9.608	53%	20%	28%
	Personen met recht op leefloon/IGO	7.056	1.030	2.254	68%	10%	22%

Omgekeerd worden personen met een leefloon of IGO vaak doorverwezen naar de ondersteunende functie (68%), net zoals werklozen (67%). Dat zou kunnen wijzen op een beperktere toegang tot gespecialiseerde opvolging of op het uitblijven van een overgang naar meer diepgaande zorg.

Ook de leeftijd speelt een rol: 45-64-jarigen maken meer gebruik van de gecombineerde opvolging (23%) dan jongeren (18% van de min 20-jarigen) of ouderen (17%). Ten slotte zijn er ook regionale verschillen: in Wallonië en Brussel komt veel gecombineerde opvolging voor (25% en 26%) en, zeker in Brussel (5%), worden slechts weinig personen enkel naar de functie behandeling doorververwezen.

Netwerk

De verdeling volgens netwerk toont een aanzienlijke stijging van het aandeel kinderen en adolescenten, gaande van 22% van de begunstigden in 2022 naar 32% in 2024 (zie Tabel 4). Deze evolutie toont een versterking van het aanbod voor jongeren als antwoord op de stijgende noden die in deze leeftijdsgroep zijn vastgesteld.

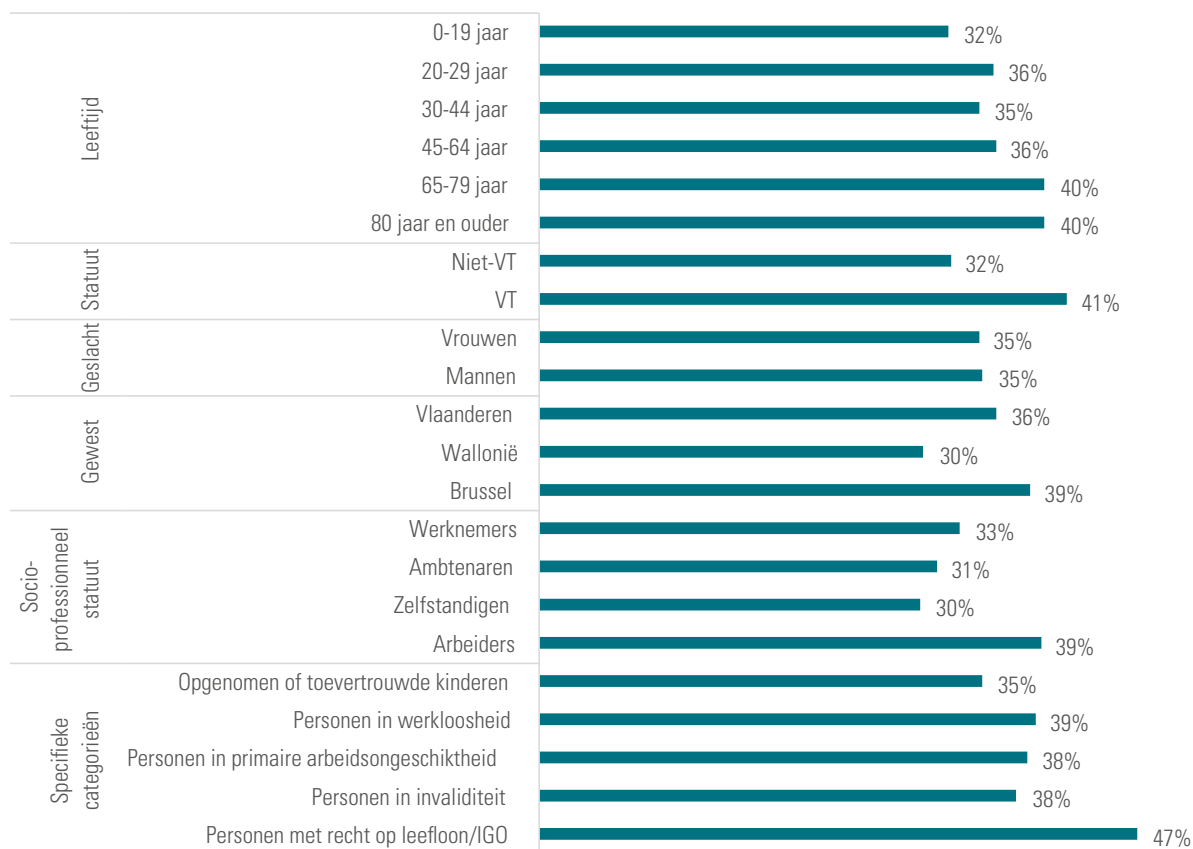
Plaats van prestatie

De verdeling volgens de plaats van prestatie wijst op een belangrijke verandering in vormen van tussenkomst. Terwijl in 2022 81% van de patiënten enkel zorg in een kabinet kreeg, valt dit aandeel terug tot 51% in 2024. Tegelijkertijd worden tussenkomsten in vindplaatsen steeds frequenter: 35% van de begunstigden deed hierop een beroep in 2024 (en 18% uitsluitend in een vindplaats) tegenover 13% in 2022 (en 0,4% uitsluitend in een vindplaats). In deze vindplaatsen kan zorg worden aangeboden in een omgeving die beter toegankelijk of meer vertrouwd is voor een publiek dat verder van de traditionele zorg staat. De toename van zorg in vindplaatsen bewijst de inspanning die werd gedaan om het aanbod aan te passen aan de realiteit op het terrein en aan de diversiteit aan noden. De groeps-sessies, interventies aan huis of op afstand en de zorg op meerdere plaatsen komen eveneens vaker voor, wat wijst op flexibelere interventiemodaliteiten.

Tabel 4: Aantal personen dat tussen 2022 en 2024 gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst volgens netwerk en plaats (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

		2022		2023		2024	
		N	%	N	%	N	%
Volgens netwerk	Volwassenen	88.916	78,3%	161.779	71,5%	193.331	68,3%
	Kinderen en adolescenten	24.662	21,7%	64.414	28,5%	89.606	31,7%
Volgens plaats	Enkel kabinet	91.753	80,8%	145.169	64,2%	145.531	51,4%
	Enkel vindplaats	448	0,4%	7.694	3,4%	51.048	18,0%
	Enkel groepssessie	2.345	2,1%	12.534	5,5%	16.559	5,9%
	Enkel aan huis	86	0,1%	1.039	0,5%	3.733	1,3%
	Enkel op afstand	76	0,1%	826	0,4%	1.806	0,6%
	Meerdere plaatsen	18.479	16,3%	53.554	23,7%	58.579	20,7%
	Andere	390	0,3%	5.377	2,4%	5.679	2,0%
Volgens plaats (meerdere plaatsen mogelijk)	Kabinet	110.172	97,0%	198.024	87,5%	199.721	70,6%
	Vindplaats	15.048	13,2%	50.788	22,5%	98.245	34,7%
	Groepsessie	2.742	2,4%	17.094	7,6%	28.174	10,0%
	Aan huis	4.546	4,0%	11.110	4,9%	12.352	4,4%
	Op afstand	7.008	6,2%	13.613	6,0%	20.143	7,1%

Figuur 6: Percentage van elke gebruikerscategorie die in 2024 minstens één keer een vindplaats bezocht (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



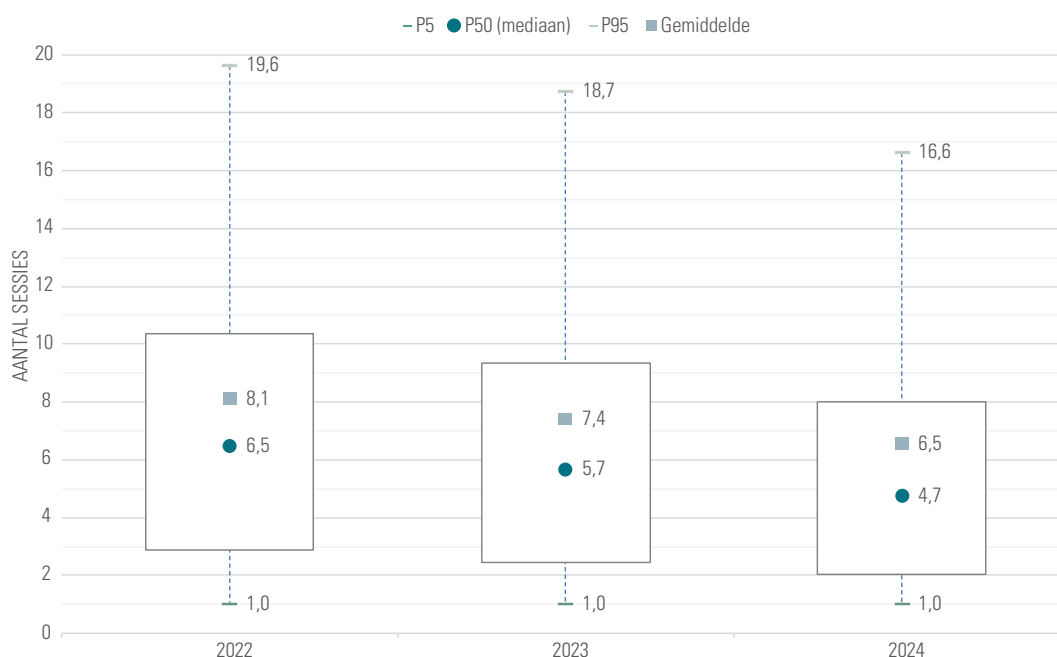
Met de gegevens kunnen de verschillen in zorggebruik in vindplaatsen volgens de profielen blootgelegd worden (zie Figuur 6 en Bijlage 4 voor de detailcijfers voor alle plaatsen en socio-demografische kenmerken). Het percentage personen dat naar vindplaatsen gaat, stijgt met de leeftijd: van 32% bij de 0-19-jarigen tot 40% bij de 65-plussers. Ook maken meer VT-rechthebbenden hiervan gebruik (41% tegenover 32% bij personen zonder VT), net zoals personen met recht op leefloon of IGO (47%). Dit geeft aan dat deze voorzieningen doeltreffend zijn om de meest kwetsbaren te bereiken. Ook zijn er verschillen volgens gewest: Brussel registreert het hoogste percentage (39%), gevolgd door Vlaanderen (36%) en Wallonië (30%).

3.3.4. Aantal sessies binnen de ELP-overeenkomst

Tussen 2022 en 2024 daalt het gemiddeld aantal sessies per patiënt-e binnen de ELP-overeenkomst progressief van 8,1 naar 6,5 sessies, zonder onderscheid naar functie. Deze dalende trend is algemeen, bij nagenoeg alle categorieën in de analyse: leeftijd, geslacht, socio-economisch statuut of soort netwerk (zie Bijlage 5).

De analyse van de verdeling van het aantal sessies, laat toe de beschouwingen niet te beperken tot het gemiddelde. De verdeling toont niet enkel de algemene trends, maar ook de diversiteit van zorgtrajecten bij patiënten. Zo is te zien dat de spreiding afneemt tussen 2022 en 2024 (zie Figuur 7). Bij personen die in 2022 de ELP-overeenkomst gestart zijn, lag het mediaan aantal sessies op 6,5 op een periode van 12 maanden; 25% van de patiënten had meer dan 10,4 sessies (P75) en 5% meer dan 19,6 (P95). In 2024 dalen al deze waarden: de mediaan valt terug tot 4,7 ses-

Figuur 7: Aantal sessies per patiënt-e over 12 maanden, afhankelijk van het jaar waarin het traject is gestart (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



sies, 25% van de patiënten heeft meer dan 8,0 sessies en 5% meer dan 16,6. Dat betekent niet enkel dat het totaal aantal sessies vermindert, maar ook het aantal patiënten met intensieve opvolging (met veel sessies).

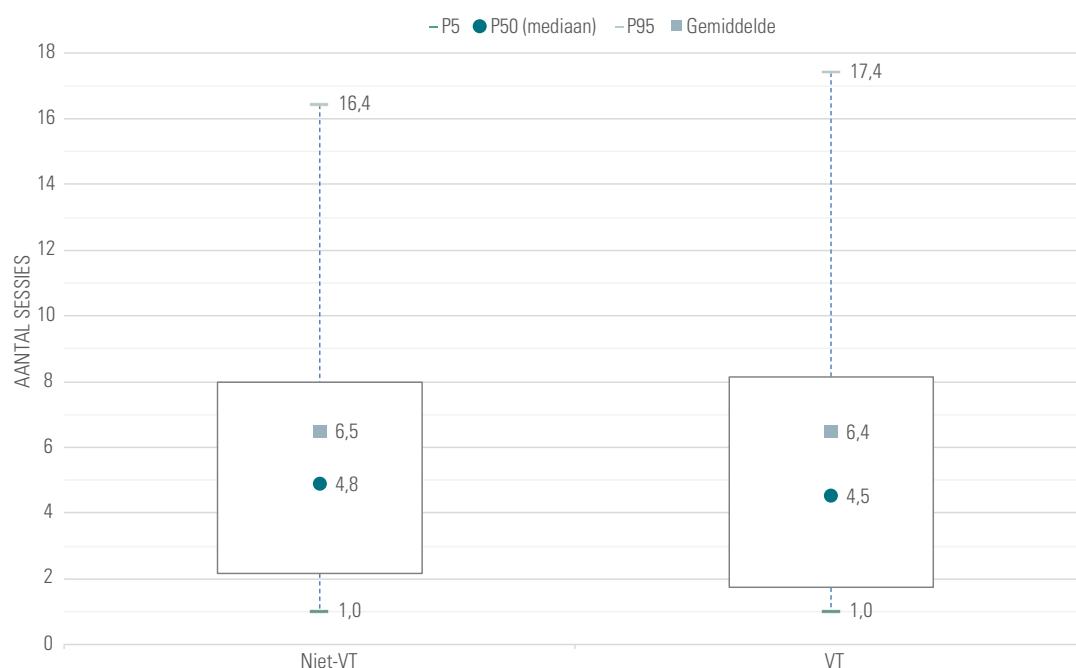
In 2024 varieert het gemiddeld aantal sessies volgens meerdere individuele en structurele kenmerken (zie Bijlage 5). Vrouwen hebben meer sessies dan mannen (6,7 tegenover 6,1 sessies). Op regionaal niveau heeft Brussel een hoger gemiddelde (7,0 sessies) dan Vlaanderen en Wallonië (6,3 tot 6,4 sessies). De verschillen volgens socio-professioneel statuut zijn meer uitgesproken: bedienden en ambtenaren hebben het hoogste gemiddeld aantal sessies (6,8 en 6,7); zelfstandigen en arbeiders hebben de laagste gemiddelden (5,9 en 6,0). Sommige categorieën vallen op: opgenomen of toevertrouwde kinderen krijgen bijzonder intensieve opvolging (8,7), terwijl personen in hechtenis aanzienlijk minder sessies hebben (3,9). Ook andere subgroepen in kwetsbare situaties, zoals personen met leefloon of IGO of personen in werkloosheid, hebben minder sessies dan het nationale gemiddelde, met gemiddeld 5,8 sessies.

Ook al ligt het gemiddeld aantal sessies dicht bij elkaar voor patiënten met en zonder VT (respectievelijk 6,4 met

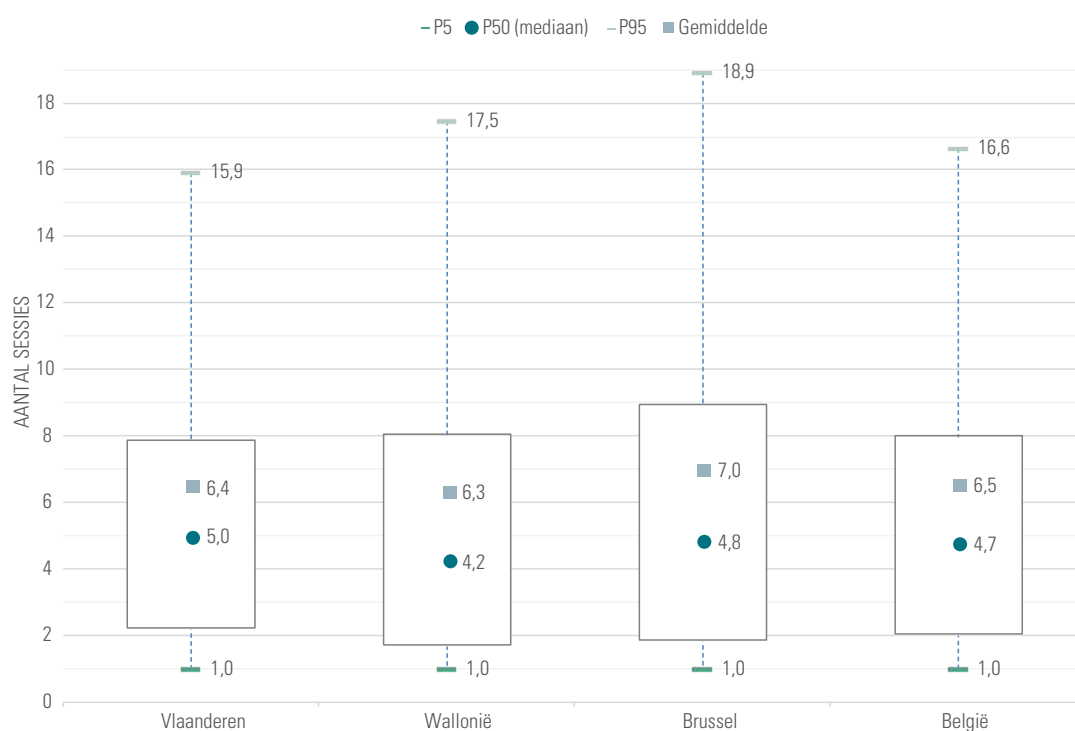
VT en 6,5 zonder VT), toch liggen de mediaan (4,5 tegenover 4,8) en het eerste kwartiel (1,7 tegenover 2,2) iets lager bij VT-patiënten. Dit kan een indicatie zijn van een kortere opvolging voor een aanzienlijk deel van de patiënten met VT (zie Figuur 8). De P95 daarentegen is hoger bij VT-rechthebbenden (17,4 tegenover 16,4), wat erop kan wijzen dat de meest langdurige opvolging in deze groep iets vaker voorkomt. Deze elementen duiden op een iets grotere spreiding in zorgtrajecten bij VT-patiënten.

Ook het soort netwerk beïnvloedt het aantal sessies: in 2022 kende de opvolging in de netwerken voor kinderen en adolescenten een hoger gemiddelde (8,6 sessies tegenover 7,9 sessies in de netwerken voor volwassenen), maar in 2024 verdwijnt dat verschil met een aantal sessies dat dicht bij dat van de netwerken voor volwassenen ligt (respectievelijk gemiddeld 6,4 en 6,6 sessies). Ook de toegangswijze tot het traject speelt een rol: opvolging die met een sessie in een kabinet of thuis start, is intensiever dan wanneer de opvolging met een groeps sessie start (4,6 sessies). Ten slotte is de zorgfunctie een bepalende factor: opvolging na enkel eerstelijns ondersteuning blijft het minst intensief (4,2 sessies), voor opvolging na behandeling zijn er 6,9 sessies en gecombineerde opvolging onderscheidt zich duidelijk met gemiddeld 12,6 sessies.

Figuur 8: Aantal sessies per patiënt-e over 12 maanden volgens VT-status voor trajecten gestart in 2024 (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



Figuur 9: Aantal sessies per patiënt-e over 12 maanden volgens gewest voor trajecten gestart in 2024 (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



Behalve het gemiddelde, zijn ook verschillen te zien volgens gewest (zie Figuur 9). De mediaan bedraagt 5 sessies in Vlaanderen, 4,8 in Brussel en 4,7 nationaal, maar ligt iets lager in Wallonië (4,2), wat minder sessies suggereert voor de helft van de patiënten in dit gewest. In Brussel wijzen hogere percentielen op meer spreiding naar boven: P75 is gelijk in alle gewesten (ongeveer 8 sessies), behalve in Brussel (9,0). P95 bereikt 18,9 in Brussel tegenover 17,5 in Wallonië en 15,9 in Vlaanderen en nationaal. Dat betekent dat in Brussel de 5% patiënten die het intensiefst worden opgevolgd tot drie sessies meer hadden dan in Vlaanderen.

3.3.5. Zorgtrajecten geestelijke gezondheid

Om de zorgtrajecten geestelijke gezondheid in het kader van de ELP-overeenkomst te analyseren, werden de gegevens gestructureerd in drie afzonderlijke perioden rondom de eerste sessie:

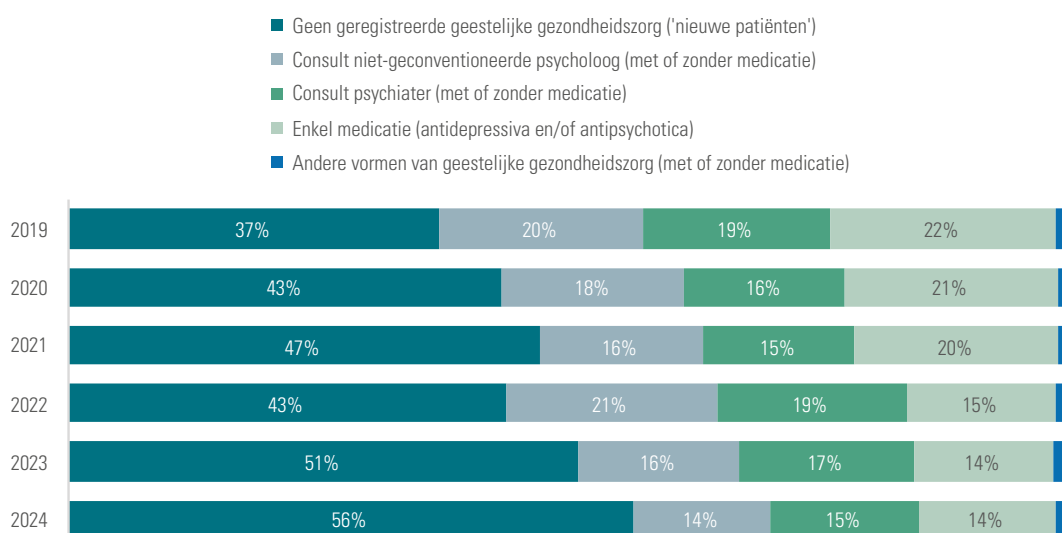
- De periode 'vóór' dekt de **twee jaar vóór** deze eerste sessie;
- De periode 'tijdens' komt overeen met **het jaar na** het begin van het geconventioneerd traject;
- De periode 'na' dekt de **zes maanden na** dit eerste jaar.



Vóór instap in de overeenkomst

De analyse van de soorten geestelijke gezondheidszorg die iemand kreeg alvorens in het kader van de ELP-overeenkomst verzorgd te worden, brengt belangrijke evoluties tussen 2019 en 2024 aan het licht. Het aandeel patiënten zonder **enige geregisteerde geestelijke gezondheidszorg** vóór hun instap in de overeenkomst, is fors gestegen van 37% in 2019 naar 56% in 2024 (zie Figuur 10).

Figuur 10: Verdeling van patiënten volgens hun traject in de geestelijke gezondheidszorg¹⁹ vóór toetreding tot de ELP-overeenkomst, tussen 2019 en 2024
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

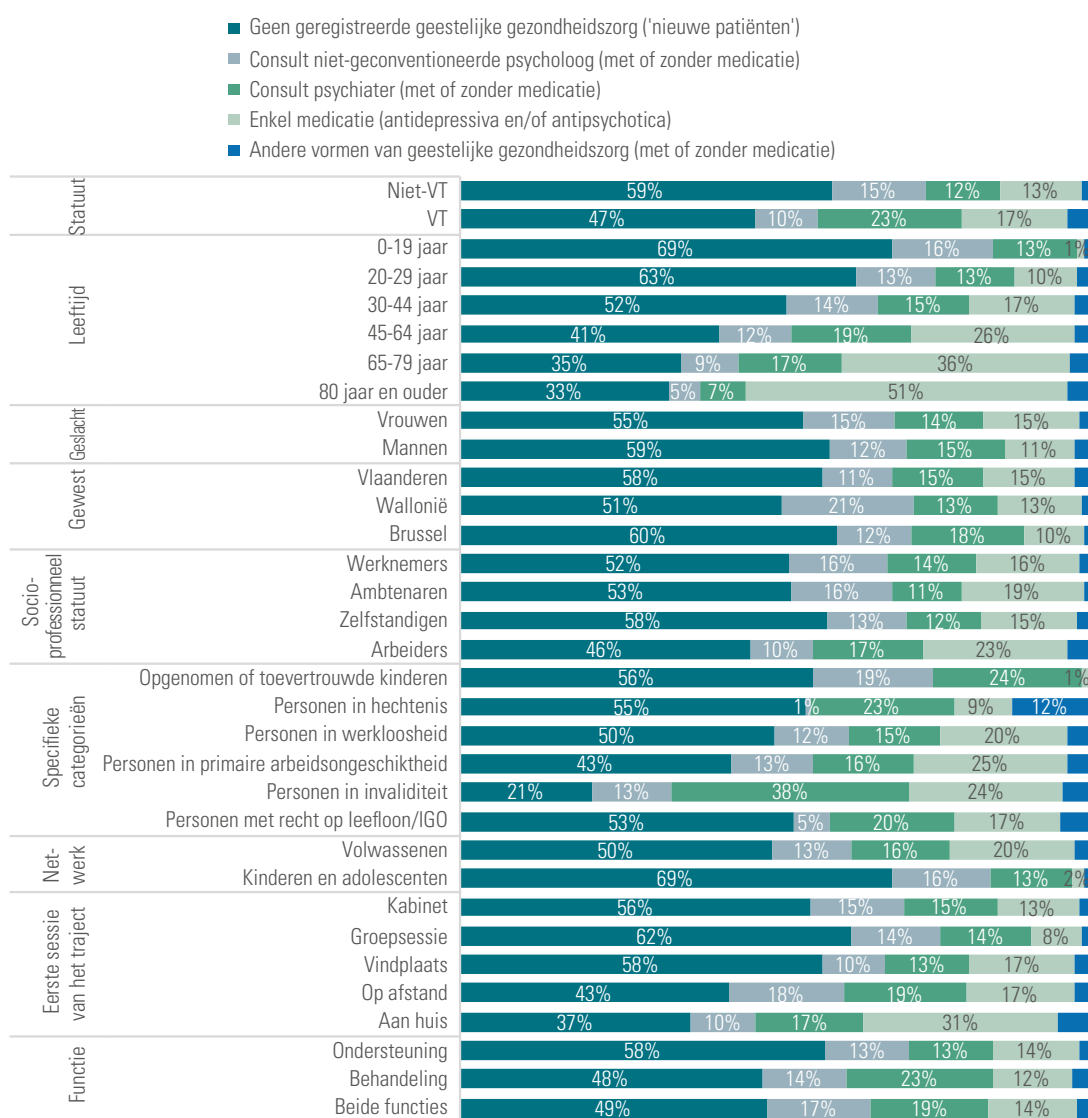


¹⁹ Bij een combinatie van verschillende soorten zorg heeft de consult(en) bij een psychiater (ambulant) voorrang bij de toekenning van de unieke categorie per patiënt-e.

Tussen 2019 en 2024 bleef het aantal patiënten dat in de ELP-overeenkomst stapte en in de twee jaar voordien ambulantly psychiatrisch werd opgevolgd, vrij stabiel tussen 15% en 19%. Het aandeel patiënten dat enkel antidepressiva en/of antipsychotica nam, verminderde van 22% in 2019 tot 14% in 2024.

In 2024 zijn de grootste aandelen 'nieuwe patiënten' (dit zijn diegenen voor wie geen geestelijke gezondheidszorg geregistreerd was vóór hun instap in de overeenkomst) vastgesteld in bepaalde specifieke subcategorieën (zie Figuur 11). Dit geldt meer bepaald voor het netwerk 'kinderen en adolescenten' (69%), bij de jongeren van 0 tot 19 jaar (69%) en bij de 20 tot 29-jarigen (63%). Hoge aandelen zijn ook waargenomen wanneer de eerste sessie in groep plaatsvindt (62%), bij mannen (59%), bij Brusselaars (60%)²⁰, bij personen zonder VT (59%) en bij zelfstandigen (58%).

Figuur 11: Verdeling van patiënten volgens hun traject in de geestelijke gezondheidszorg vóór hun toetreding tot de ELP-overeenkomst in 2024 volgens sociaal-demografische kenmerken (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



²⁰ In Wallonië kan het lager aandeel 'nieuwe patiënten' en het groter aandeel patiënten dat reeds een niet-geconventioneerde psycholoog raadpleegde vóór het instappen in het traject, beïnvloed zijn door een structurele scheef trekking. De consultaties bij niet-geconventioneerde psychologen zijn meer gedekt door de AV van MC langs Franstalige kant dan door de AV van CM-Vlaanderen, waardoor dit soort zorg in Wallonië beter geregistreerd kan worden.

Omgekeerd zijn er in bepaalde subcategorieën verhoudingsgewijs minder nieuwe patiënten, wat aangeeft dat meer personen al geestelijke gezondheidszorg kregen vóór zij in het conventietraject stapten. Dat geldt voor de VT-rechthebbenden (47%), personen in primaire arbeidsongeschiktheid (43%) en in invaliditeit (21%). Deze subgroepen hebben doorgaans een groter risico op geestelijke gezondheidszorgproblemen en dat kan verklaren waarom zij zich vaker reeds voordien lieten verzorgen. Ook patiënten van 65 jaar en ouder deden minder talrijk een beroep op geestelijke gezondheidszorg in de twee jaar voordien (33-35%), wat te verklaren kan zijn door het hoge gebruik van psychotrope geneesmiddelen in deze leeftijdscategorie (35% van de 65-79 jarigen en 48% van de 80-plussers gebruikten antidepressiva of antipsychotica zonder enige andere opvolging inzake geestelijke gezondheid).

We zien ook dat personen met VT en in invaliditeit, vóór zij in de overeenkomst stapten, meer psychiatrische zorg gebruikten dan de andere subgroepen (23% van de VT-rechthebbenden en 38% van de personen in invaliditeit). Zij gebruikten ook meer psychotrope geneesmiddelen zonder

enige andere vorm van opvolging (17% en 24%) en parallel gebruikten zij minder niet-geconventioneerde psychologische zorg (10% en 13%).

Tijdens en na de instap in de overeenkomst

Hoe zit het met de zorg die parallel met het geconventioneerde traject of nadien wordt verleend? In 2023 had 50% van de patiënten geen enkele andere vorm van geestelijke gezondheidszorg gekregen in de twee jaar vóór hun instap in de overeenkomst. Dat percentage stijgt tot 56% tijdens de geconventioneerde periode en bereikt 66% anderhalf jaar na de start van de opvolging (ongeacht of er nog ELP-opvolging is of niet, zie Figuur 12). Van deze 66% zet 51% de ELP niet voort na een jaar en heeft dus ook geen enkele geregistreerde geestelijke gezondheidszorg meer in de periode 'nadien', terwijl 15% ELP blijft krijgen zonder parallel nog andere geestelijke gezondheidszorg te krijgen.

Ook het gebruik van andere vormen van psychologische zorg daalt: 16% van de patiënten had niet-geconventioneerde psychologische opvolging vóór ze in de overeen-

Figuur 12: Evolutie van de soorten geestelijke gezondheidszorg vóór, tijdens en na een geconventioneerd traject, voor trajecten gestart in 2023
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



komst stapten, erna is dit had nog maar 5%. Van deze 5% maakt 4% ook geen gebruik meer van de ELP – dit is dus een grote meerderheid – en blijft 1% er wel gebruik van maken. Wat betreft consultaties bij de psychiater, deed 18% hierop een beroep vóór ze in de overeenkomst stapten en dat blijft gelijk tijdens de overeenkomst, maar erna is dit nog slechts 12% (van die 12% blijft 6% ELP gebruiken nadien, dus de helft).

Het geneesmiddelengebruik zonder gelijktijdige opvolging bij een psychiater of andere vormen van geestelijke gezondheidszorg blijft daarentegen stabiel en stijgt zelfs tijdens de opvolgingsperiode: 14% van de patiënten nam geneesmiddelen vóór het traject, 16% tijdens het traject en 16% nadien (waarvan een meerderheid van 11% ook geen ELP meer gebruikt en 5% dat wel blijft doen).

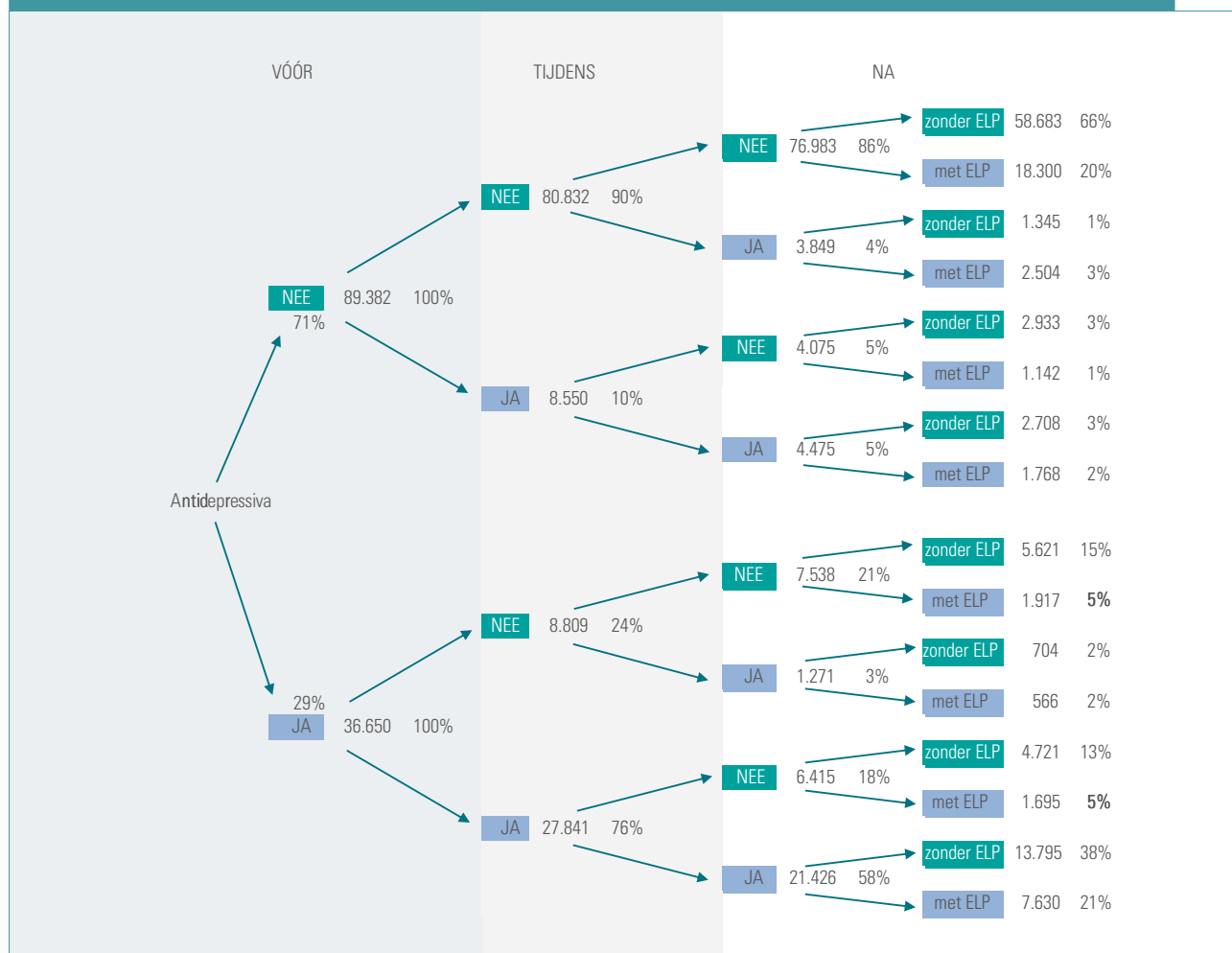
In totaal blijft 28% van de patiënten eerstelijnszorg krijgen meer dan een jaar na de start van hun traject.

Individuele trajecten

Om verder te kijken dan de algemene tendensen, werden ook de individuele trajecten onderzocht voor twee soorten zorg: behandeling met antidepressiva en psychiatrische consultaties. Voor elke soort zorg werden de patiënten gerangschikt naar gelang er al dan niet zorg was vóór, tijdens en na het geconventioneerde traject. Uit de gegevens bleek een **grote diversiteit van individuele trajecten** inzake geestelijke gezondheid naar gelang het om een behandeling met antidepressiva of psychiatrische consultaties ging.

Voor **behandelingen met antidepressiva** waren de meeste patiënten die vóór het geconventioneerde traject niet in behandeling waren, dat ook niet tijdens dat traject noch erna (86%, zie Figuur 13). De meesten van hen zetten de zorg binnen de overeenkomst na één jaar niet langer voort (66%). Daarentegen startte 10% wel een behandeling tijdens het traject en 4% nadien.

Figuur 13: Aantal patiënten en verdeling naargelang ze al dan niet antidepressiva gebruiken, vóór, tijdens en na hun traject voor trajecten gestart in 2023
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



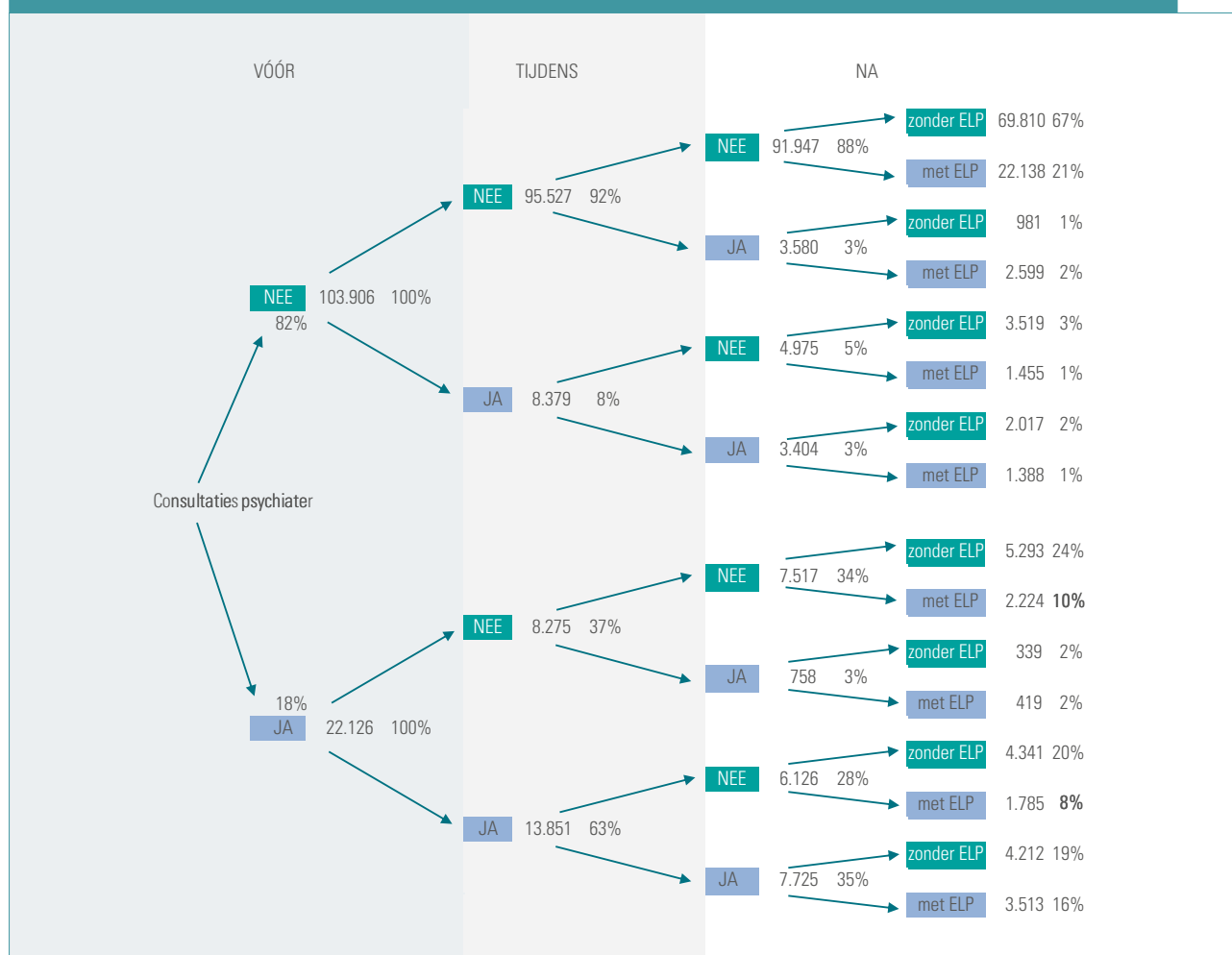
Bij de patiënten die reeds met antidepressiva werden behandeld vóór het geconventioneerd zorgtraject, zette 58% de behandeling voort (tijdens en erna), wat getuigt van een zekere continuïteit. De meesten onder hen zijn echter gestopt met de ELP achteraf (38% van deze 58%, dus meer dan twee derde).

Nog steeds bij de patiënten die vóór het traject in behandeling waren, stopte 21% tijdens het traject en is de behandeling daarna niet hernomen; 18% stopte erna. Van die 18% bleef 10% echter ELP gebruiken na een jaar (zie cijfers in vet in Figuur 13) wat erop kan wijzen dat ze van een behandeling met geneesmiddelen naar psychotherapie overstapten. Ten slotte stellen we voor 28% van de patiënten die eerder antidepressiva namen, na het traject geen gebruik meer vast van antidepressiva noch van ELP (15% stopte met antidepressiva tijdens en 13% erna).

Voor de **psychiatrische consultaties** zijn de trajecten eveneens gevarieerd. Van de patiënten die in het begin niet gevolgd werden, had 88% nadien ook geen contact noch tijdens, noch erna, en de meesten van hen hebben de ELP na het eerste jaar ook niet voortgezet (67%). Daarentegen startte 8% wel een opvolging tijdens het traject en 3% nadien (zie Figuur 14). Van deze laatste groep blijft een groter deel ook parallel de ELP voortzetten (2.599 van de 3.580 personen).

Bij de patiënten met psychiatrische consultaties voordien, bleef 63% in opvolging tijdens de ELP, maar 28% zette die opvolging nadien niet voort terwijl 34% de opvolging noch tijdens noch nadien voortzette. Van de personen die tijdens of nadien gestopt zijn met het raadplegen van een psychiater, is te zien dat 10% en 8% (zie cijfers in vet in Figuur 14) wel psychologische zorg in het kader van de overeenkomst bleef krijgen. Anders gezegd ging 18% van de patiënten die bij de psychiater op consultatie gingen, over naar de ELP.

Figuur 14: Aantal patiënten en verdeling naargelang zij al dan niet gebruik maakten van consultaties bij een psychiater, vóór, tijdens en na het traject, voor trajecten gestart in 2023 (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)



4. Bespreking van de resultaten

4.1. Systeem wint aan kracht, maar geografische verschillen blijven bestaan

Eén van de initiële doelstellingen van de studie was te **na te gaan of de ELP-overeenkomst duurzaam verankerd is in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg**.

De gegevens bevestigen dat het systeem snel en continu aan kracht wint, met een stijgend percentage van de bevolking dat hiervan gebruik maakt en een aanzienlijke stijging van het aantal geconventioneerde zorgverleners. Deze groei getuigt van een geleidelijke integratie van de overeenkomst in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien leidt de verbreding van de toegang dankzij de terugbetaling van psychologische consultaties niet tot een ongecontroleerde stijging van de vraag, noch tot een overheveling naar andere zorgketens²¹.

Achter deze algemene dynamiek gaan wel belangrijke geografische verschillen schuil zowel inzake beschikbaarheid van het aanbod als inzake antwoord op de geestelijke gezondheidsnoden. Bepaalde gebieden, zoals het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, onderscheiden zich door een sterk aanbod, een hoog gebruik en een volledig gebruik van het budget met een goede afstemming tussen aanbod, toegang en noden. Andere gebieden zoals Henegouwen daarentegen cumuleren negatieve indicatoren: beperkt gebruik, het laagste aantal prestaties per 100 inwoners ondanks grote noden. Het budget wordt er niet volledig gebruikt, wat wijst op een grote manoeuvreerruimte: de middelen zijn beschikbaar, maar aan de voorwaarden om ze volledig te gebruiken – met name inzake aantal zorgverleners – is nog niet voldaan.

Deze verschillen illustreren waarom het belangrijk is de indicatoren gekruist te lezen. Een territoriale aanpak die rekening houdt met zowel de dichtheid aan zorgverleners en hun conventioneringsgraad als met het deel van de bevolking dat effectief wordt verzorgd, het volume aan prestaties ten opzichte van de bevolking en het regionaal financieringsniveau, is nodig om de rechtvaardigheid en doeltreffendheid van het systeem te beoordelen. Een dergelijke aanpak bewijst dat de noden inzake geestelijke ge-

zondheid niet uniform gespreid zijn over het grondgebied en dat de mate waarin de voorzieningen in staat zijn om hieraan tegemoet te komen, sterk varieert volgens de lokale context.

4.2. Betere toegankelijkheid dankzij diversificatie van de zorgmodaliteiten

Eén van de kernvragen in de studie was **of de overeenkomst het publiek met de grootste risico's een betere toegang tot zorg kon geven**, vooral voor diegenen van wie de noden aan geestelijke gezondheidszorg niet gedekt waren, namelijk jongeren, vrouwen en personen met financiële problemen (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). De resultaten tonen dat sommige subgroepen die in de geestelijke gezondheidszorg historisch ondervertegenwoordigd waren (in verhouding tot hun noden) voortaan beter gedekt zijn: jongeren, personen met VT, personen in invaliditeit of primaire arbeidsongeschiktheid en personen in hechtenis die meer gebruik maken van deze zorg dan gemiddeld.

De analyse van de plaatsen waar zorg wordt verleend, versterkt deze vaststelling: mensen in een kwetsbare situatie gaan vaker naar vindplaatsen zoals wijkgezondheidscentra of de centra voor gezinsplanning. Deze nieuwe alternatieve zorgmodaliteiten worden bovendien steeds meer ingezet. Zorg wordt steeds minder in het klassieke formaat van een consultatie in een kabinet gedrongen om populaties te bereiken die ver verwijderd zijn van de traditionele zorg. Het zorgaanbod past zich aan de realiteit op het terrein aan, meer bepaald in landelijke gebieden: de provincies Namen en Luxemburg zijn de meest landelijke provincies van België en het aandeel zorg in vindplaatsen is daar het hoogst.

Deze dynamiek net zoals de grotere investering in de netwerken voor kinderen illustreren dat de overeenkomst ervoor kan zorgen dat bepaalde beleidsprioriteiten rechtstreeks in praktijk worden gezet. De strategische oriënteringen die de uitbouw van vindplaatsen en groepssessies expliciet aanmoedigen, wordt hier effectief uitgevoerd en dit contrasteert met andere zorgsectoren waar de marge om de praktijk van de zorgverleners te sturen veel beperkter is.

21 Deze vaststelling houdt geen rekening met mogelijke effecten op de psychologische begeleiding binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), die door de Gemeenschappen via subsidies worden gefinancierd en waarvan de prestaties niet door de ziekenfondsen worden geregistreerd – in tegenstelling tot de psychiatrische consultaties binnen deze structuren, die wel geregistreerd worden.

Toch blijven ongelijkheden bestaan. Werklozen, bijvoorbeeld, maken hier minder gebruik van dan gemiddeld, ondanks een potentieel hogere nood dan gemiddeld. Dat suggereert dat de toegang nog steeds wordt afgeremd door factoren inzake zowel aanbod (beschikbaarheid, nabijheid) als vraag (verwachtingen, voorstellingen (Verniest, Lupaert, & Bracke, 2020; Noirhomme, 2022)), of structurele factoren zoals stigmatisering of het gebrek aan kennis over het systeem. Ook is het belangrijk te onderstrepen dat de zogenaamde ‘ondervertegenwoordigde’ groepen niet noodzakelijk degenen zijn die het systeem het minst gebruiken in absolute waarden, maar wel degenen met grotere noden inzake geestelijke gezondheid, die er in verhouding tot die noden nog onvoldoende toegang toe hebben.

Merk ten slotte op dat de gemeenschapsgerichte interventies niet geëvalueerd kunnen worden in het kader van deze analyse omdat, gezien de aard ervan, de begunstigden niet individueel worden geregistreerd. Doordat de individuen niet traceerbaar zijn, kunnen ze niet worden geëvalueerd met de kwantitatieve methoden die hier gebruikt worden. De ontwikkeling van deze gemeenschapsgerichte interventies is echter wel een belangrijke uitdaging en er is nood aan kwalitatieve of gemengde evaluatie-instrumenten om hun reikwijdte, toegankelijkheid en impact op de beoogde doelgroepen beter te begrijpen.

4.3. Dalend aantal sessies, maar differentiatie volgens de noden

Tussen 2022 en 2024 daalde voor de nieuwe trajecten binnen de ELP-overeenkomst het gemiddeld aantal sessies van 8,1 naar 6,5 sessies per patiënt-e. Die daling wordt vastgesteld bij de meeste bestudeerde subgroepen en zou kunnen wijzen op een rationalisering van het aanbod in een context van grote vraag en beperkte middelen. Andere mogelijke verklaringen zijn een evolutie in de praktijk naar kortere, meer gerichte interventies of factoren die met therapietrouw verband houden (vroegtijdige onderbreking, geen verlenging aanvragen, enz.).

Belangrijk is te benadrukken dat deze evolutie past binnen het reglementair kader voor het aantal terugbetaalde sessies. In de ELP-overeenkomst 2024 kunnen de klinisch psychologen en orthopedagogen voor volwassenen (vanaf 15 jaar) tot 8 individuele sessies per jaar voorstellen in het kader van de ondersteunende functie, en tot 20 sessies per jaar in de behandelingsfunctie, met een verwacht gemiddelde van 8 sessies. Voor kinderen en adolescenten (tot en met 23 jaar) zijn deze plafonds 10 sessies voor de on-

dersteunende functie en 20 sessies voor de behandelingsfunctie, met een verwacht gemiddelde van 10 sessies. Ook al varieert het aantal sessies per traject sterk volgens de noden en de therapietrouw van de patiënten, toch is het ook gekoppeld aan de structurering van het aanbod.

De algemene daling van het aantal sessies betekent evenwel geen homogenisering van de opvolging: de gegevens tonen dat het systeem de zorgintensiteit kan blijven bieden die nodig is volgens de specifieke noden. Zo blijft het aantal sessies hoog voor gecombineerde opvolging, met gemiddeld 12,6 sessies bij personen die gebruik maken van zowel de ondersteunende als de behandelingsfunctie. Deze trajecten betekenen niet enkel een intensievere, maar ook verlengde opvolging, mogelijk om complexere noden aan te pakken of wanneer een eerste aanpak onvoldoende wordt geacht.

De opvolging die met een sessie in het kabinet of thuis start, is ook langer. Dat zou kunnen wijzen op een betere continuïteit of een sterker engagement in het zorgtraject. Omgekeerd is een opvolging die met een groepsessie start korter (4,6 sessies), wat zou kunnen wijzen op punctuele interventies of op minder complexe noden.

De resultaten suggereren dat het aanbod geneigd is zich aan te passen aan de noden van de patiënten, in het bijzonder daar waar die het grootst zijn. Sommige vastgestelde verschillen volgens leeftijd, VT-status, gewest of zorgfunctie gaan in die richting. Het gemiddeld aantal sessies is het hoogst bij opgenomen of toevertrouwde kinderen (8,7 sessies) of personen in arbeidsongeschiktheid (7 sessies). Ook vrouwen hebben gemiddeld iets meer sessies dan mannen wat op een betere zorgcontinuïteit of meer therapietrouw zou kunnen wijzen, maar ook grotere noden weerspiegelt.

Bij VT-patiënten ligt het gemiddeld aantal sessies dicht bij dat van patiënten zonder VT, maar de verdeling is meer gespreid: een groter deel krijgt een korte opvolging, terwijl de langste opvolgingen er ook iets vaker voorkomen. Dat wijst op meer heterogeniteit in de trajecten en zou ook op een hoger afhakingspercentage kunnen wijzen, ondanks potentieel complexere noden. Inzake de gewesten, onderscheidt Brussel zich door een hoger aantal sessies per patiënt-e. Dat zou kunnen wijzen op specifieke organisatorische praktijken of zou verband kunnen houden met het zorgaanbod, dat ruimer is in de hoofdstad. Omgekeerd is het gemiddelde voor bepaalde kwetsbare groepen – zoals werklozen, personen met een leefloon of IGO of personen in hechtenis – lager dan het nationale gemiddelde. Deze verschillen mogen niet genegeerd worden en onderstrepen dat er nog

steeds ongelijkheden zijn in de effectieve toegang tot psychologische zorg. Personen in hechtenis hebben gemiddeld minder sessies ten opzichte van alle subgroepen die geanalyseerd werden en dat roept vragen op over structurele drempels voor de toegang tot en continuïteit van zorg in de gevangeniscontext.

De vraag blijft echter: volstaat deze aanpassing van het aanbod om te voldoen aan de noden? Het feit dat matige verschillen worden waargenomen, zou ook kunnen wijzen op een aanbod dat nog steeds onvoldoende is voor de noden, meer bepaald in een context van kwetsbaarheid of grotere complexiteit.

4.4. Gediversifieerde trajecten inzake geestelijke gezondheid

Het gebruik van ambulante psychiatrische zorg blijft sinds meer dan een decennium vrij stabiel, ondanks een stijgende vraag inzake geestelijke gezondheid. Die stagnering kan verklaard worden door een verzadiging van het aanbod die de toegang tot deze gespecialiseerde zorg beperkt (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). In deze context werd de ELP-overeenkomst bedacht, onder meer als **hefboom om lichte tot matige psychologische problemen te behandelen** zodat psychiaters zich op complexere situaties kunnen toeleggen.

De gegevens tonen dat de ELP-overeenkomst niet veel patiënten omvat die reeds een psychiatrische opvolging krijgen: tussen 2019 en 2024 had 15 tot 19% van de patiënten die in de overeenkomst stapten, ambulante psychiatrische opvolging gehad in de twee jaar ervoor. Ook al gaat het over één vijfde van de patiënten – al een significant aandeel – toch suggereert dit cijfer dat het systeem zich grotendeels tot een ander publiek richt, meer bepaald diegenen die nog geen toegang hadden tot zorg. Door de toegangsvoorwaarden te vereenvoudigen en de tussenkomstmodaliteiten te diversifiëren, maakt de overeenkomst een bredere toegang tot zorg mogelijk en dit in toenemende mate: in 2024 kreeg 57% van de patiënten die in de overeenkomst stapten, geen geregistreerde geestelijke gezondheidszorg in de twee jaar ervoor tegenover slechts 38% in 2019.

Bepaalde subgroepen zoals personen met VT en invaliden hebben zorgprofielen met meer gebruik van psychiatrische zorg en behandeling met geneesmiddelen vóór zij in de overeenkomst stapten en maakten minder gebruik van niet-geconventioneerde psychologische zorg. Deze verschillen zijn te verklaren door een grotere nood inzake gees-

telijke gezondheid, maar ook door een betere financiële toegankelijkheid van psychiatrische zorg en terugbetaalde geneesmiddelen in vergelijking met niet-geconventioneerde psychologische zorg die mensen met beperkte middelen vaak moeilijker kunnen betalen.

De globale lezing van de gegevens toont een daling van het gebruik van de andere vormen van geestelijke gezondheidszorg na de instap in de overeenkomst, meer bepaald van ambulante psychiatrische zorg, en slechts een kwart van de patiënten blijft geconventioneerde zorg krijgen na een jaar. Toch is het belangrijk te onderstrepen dat dit globale gegevens zijn waarmee niet onmiddellijk beoordeeld kan worden hoe de geestelijke gezondheidstoestand evolueert en of de patiënten echt hun gedrag inzake zorggebruik veranderen. Bij elke stap kan het om andere patiënten gaan: sommigen zagen hun toestand verbeteren en hadden geen zorg meer nodig, anderen haakten af of stapten over naar andere ondersteuningsvormen die niet geregistreerd worden.

Om te weten of sommigen een bestaande opvolging stopzetten of dat anderen daarentegen een nieuwe opvolging starten, zijn de **individuele trajecten** geanalyseerd om de opeenvolging van zorg vóór, tijdens en na het ELP-traject fijner te onderzoeken. Uit deze analyse blijkt dat de meeste patiënten een beperkte opvolging in het kader van de overeenkomst hebben, zonder parallel of nadien gebruik te maken van andere zorg, wat een verbetering van hun gezondheidstoestand of een voldoende antwoord op hun behoeften kan weerspiegelen.

Sommige patiënten starten daarentegen een opvolging door een psychiater of een behandeling met antidepressiva tijdens of na het traject. Dit kan erop wijzen dat **noden naar boven kwamen of gedetecteerd werden**, die tot dan niet aangepakt waren. Anderen zetten een behandeling of opvolging voort die reeds aan de gang was en dat getuigt van enige continuïteit. Voor patiënten die zowel de behandeling met antidepressiva of de opvolging door de psychiater als de ELP na een jaar hebben stopgezet, kan wegens het ontbreken van kwalitatieve gegevens niet worden bepaald of dit niet-gebruik komt door een verbetering van hun gezondheidstoestand of in tegendeel door een terugtrekking uit de zorg. Een interpretatie in de richting van een herstel blijft dus hypothetisch maar kan ook niet worden uitgesloten. In sommige gevallen is ook een **transfer tussen zorgtypes** merkbaar, bijvoorbeeld van psychiatrische opvolging naar psychologische begeleiding binnen de overeenkomst. De overeenkomst draagt zo bij aan een verschuiving in de zorgtrajecten naar lichtere en mogelijk meer toegankelijke zorgvormen.

Deze verschillende configuraties (behoud, stopzetting of start van zwaardere zorg) tonen dat de overeenkomst zich inschrijft in meerdere zorgdynamieken, zonder systematisch in de plaats van psychiatrische zorg te komen. De overeenkomst kan een toegangspoort zijn, een tussenschakel of een aanvulling bij complexere trajecten. Deze diversiteit onderstreept het **belang van een soepel systeem** dat zich aan evoluerende noden kan aanpassen.

Dit geeft ook de noodzaak aan om de evaluatie van de hervorming en de analyse van het zorggebruik verder te zetten op lange termijn. Met **langdurigere observatie** kan de evolutie van de gezondheidstoestand van patiënten beter geëvalueerd worden, alsook de duurzaamheid van de waargenomen effecten en de reële impact van de overeenkomst op de zorgtrajecten. Dat veronderstelt dat de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens onderling gekruist worden om de individuele logica bij het gebruik, de onderbreking of de transfer van zorg beter te begrijpen.

5. Aanbevelingen

5.1. Meer geografische rechtvaardigheid van het zorgaanbod

Om een rechtvaardige toegang tot psychologische zorg over het hele grondgebied te waarborgen, is het essentieel om de organisatie van de aanbod aan de plaatselijke realiteit aan te passen. Hierbij zijn meerdere hefboomen betrokken.

Verdere verfijning van de bestaande territoriale planning

– Ook al is het aanbod gestructureerd in overeenstemming met de plaatselijke noden, toch moet die aanpak nog worden versterkt door er meer systematisch dynamische indicatoren in op te nemen zoals het niveau van psychische kwetsbaarheid dat gemeten wordt of de geuite zorgbehoeften, de bevolkingsdichtheid en de zorggebruikscijfers om het aanbod aan geconventioneerde zorgverleners goed af te stemmen per gebied.

Ondersteuning van conventionering in de ondergedekte gebieden – In sommige provincies (zoals Henegouwen of Luik) blijft de conventioneringsgraad van psychologen en orthopedagogen laag, ondanks de grote noden inzake geestelijke gezondheid bij de bevolking. Deze situatie, die mogelijk verband houdt met de eigen dynamiek van elk netwerk, toont de nood om remmende factoren voor de

aanwerving van zorgverleners in deze gebieden weg te werken. Meer administratieve begeleiding kan een sleutelrol spelen door de formaliteiten voor conventionering te vereenvoudigen en zorgverleners te ondersteunen bij het dagelijks beheer van hun activiteit. Aangepaste logistieke oplossingen – zoals de terbeschikkingstelling van lokalen of gedeeld gebruik van bepaalde middelen (secretariaat, digitale tools) – kunnen eveneens de lokale verankering vergemakkelijken. Ten slotte is het belangrijk om de inzet in deze ondergedekte gebieden te valoriseren door de complexiteit van het geleverde werk te erkennen en aantrekkelijke wekomstandigheden te creëren.

5.2. Consolidatie en uitbreiding van de modelovereenkomst ELP

De ELP-overeenkomst is kenmerkend voor een evolutie in de manier waarop conventionering wordt uitgedacht: niet langer als louter aanbodregulering, maar als een hefboom om aan de gezondheidsnoden van de bevolking te voldoen. Zo zou geanalyseerd kunnen worden in welke mate **deze logica andere disciplines zou kunnen inspireren** die met een hoge deconventioneringsgraad te kampen hebben of met een ongelijke verdeling over het grondgebied. De conventioneringsmechanismen zouden dus herdacht moeten worden rond verschillende kernprincipes: een verfijnde geografische afstemming van het aanbod, selectie van vrijwillige en geëngageerde zorgverleners, versterkte structurele ondersteuning (vorming, supervisie, coördinatie) en een meer participatieve lokale *governance*. In sommige specifieke gevallen zou dit model kunnen helpen om een betere afstemming te garanderen tussen het zorgaanbod en de noden van de bevolking.

Deze logica vertoont trouwens gelijkenissen met de aanpak van de **Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen (Commissie GDOS)**, die erop gericht is de performantie van ons gezondheidszorgsysteem kritisch te evalueren en het overheidsbeleid te heroriënteren zodat het daadwerkelijk bijdraagt aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking. Daarvoor legt de Commissie doelstellingen vast die gebaseerd zijn op gedocumenteerde vaststellingen over gebrekkige prestaties van het systeem. Ze baseert zich op indicatoren die toelaten om de noden te objectiveren, in te schatten welke winst bekomen moet worden, te bepalen in welke domeinen tekortkomingen blijven bestaan en geïnformeerde beslissingen over de zorgorganisatie te ondersteunen. De CM-studiedienst publiceerde onlangs een studie die dieper ingaat op deze benadering (Cès & Noirhomme, 2025). Deze convergentie van initiatie-

ven versterkt de legitimiteit van een conventionering die gebaseerd is op de noden van de bevolking, zoals deze waarmee geëxperimenteerd wordt in het kader van de ELP.

In deze context lijkt het essentieel om de middelen voor dit systeem te consolideren en zo de bestendiging en verdere ontwikkeling ervan te garanderen. De overeenkomst maakte aanzienlijke vooruitgang mogelijk, maar het budget blijft onvoldoende voor de noden. Vandaag maakt slechts 4% van de bevolking gebruik van deze zorg terwijl ongeveer een kwart van de bevolking ervaart psychologische hulp nodig te hebben (Duveau & Hermans, 2025). **Blijven investeren en meer budget** zijn dus essentieel om een effectieve toegang tot psychologische zorg te garanderen voor de hele bevolking. De overeenkomst liet de praktijken evolueren en leidde tot meer zorgverleners in vindplaatsen waarvoor er vroeger maar weinig middelen waren: deze dynamiek moet geconsolideerd worden om aan de omvang van de noden te voldoen.

5.3. Betere toegankelijkheid voor kwetsbare doelgroepen

Sommige subgroepen hebben **een bijzonder hoge nood inzake geestelijke gezondheid, afhankelijk van verschillende sociale en economische factoren**. Het gaat meer bepaald over jongeren, vrouwen, personen in armoede, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid (Duveau & Hermans, 2025) en personen in hechtenis (Unia & Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG), 2025). Ook al tonen de gegevens dat het gebruik door sommige van deze doelgroepen is toegenomen, toch blijven onvervulde behoeften bestaan. Dit wettigt het verderzetten en intensifiëren van de inspanningen om een rechtvaardige en effectieve toegang tot zorg te garanderen. In dat perspectief kunnen meerdere strategieën worden gevolgd.

De impact van interventies in vindplaatsen versterken – De vindplaatsen zoals scholen, wijkgezondheidscentra of centra voor gezinsplanning, zijn een toegangsdeur voor de groepen die het verst van het zorgsysteem verwijderd zijn (VT-rechthebbenden, leefloners, jongeren, enz.). De psychologen moeten meer uren kunnen presteren in deze structuren en een regelmatige en identificeerbare aanwezigheid kunnen garanderen. Ook het bevorderen van soepele interventievormen is nodig, zoals permanenties zonder afspraak of mobiele consultaties. Een betere coördinatie met de eerstelijns professionals op deze plaatsen zou een vlottere oriëntering en efficiëntere zorgcontinuïteit mogelijk moeten maken.

De zichtbaarheid van de ELP verbeteren en structurele toegangsdrempels wegnemen – Er moeten sensibiliseringsacties komen bij de eerstelijns professionals (huisartsen, maatschappelijk werkers, leerkrachten, enz.) om ze beter te informeren over de sociale determinanten van geestelijke gezondheid en de risicofactoren. Hierdoor zouden personen met een hoger risico beter georiënteerd kunnen worden, want zij staan nog vaak te ver van het systeem met de overeenkomst. Het doel is de betrokken doelgroepen beter te kunnen informeren, in het bijzonder wie zijn of haar rechten niet kent of wie afgeremd wordt door het negatieve beeld van geestelijke gezondheid. Parallel hiermee moeten concrete maatregelen worden genomen om structurele toegangsdrempels weg te nemen: vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten om zorg te krijgen in het kader van de ELP-overeenkomst, meertalige informatie aanbieden die aangepast is aan de verschillende niveaus van geletterdheid van de bevolking, vorming voor medewerkers inzake onthaal van gestigmatiseerde of zeer kwetsbare groepen, aanpassing van het zorgaanbod aan de specifieke noden van bepaalde doelgroepen (ruimere openingsuren, toegankelijke plaatsen, rekening houden met culturele realiteit). De idee is het systeem beter leesbaar, toegankelijker en echt inclusief te maken.

5.4. Aanpassing van het aantal sessies aan de individuele noden

Het huidige kader van de overeenkomst berust op een plafond voor het aantal sessies en verwachte gemiddelden die belangrijk zijn om het aanbod te structureren. Met deze regulering kan worden tegemoet gekomen aan een grote vraag, met garantie op enige rechtvaardigheid in de zorgtoegang. Niettemin roept de daling van het gemiddeld aantal sessies per patiënt-e tussen 2022 en 2024 van 8 naar 6, vragen op over de afstemming van het aanbod op de reële noden.

Essentieel is dat het huidige kader van de ELP-overeenkomst voldoende soepel blijft om een aanpassing aan complexere situaties mogelijk te maken. De gegevens tonen dat het systeem de zorgintensiteit kan moduleren wanneer nodig, meer bepaald via gecombineerde opvolging (ondersteunings- en behandelingsfunctie) of voor bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld opgenomen of toevertrouwde kinderen of personen in arbeidsongeschiktheid). Belangrijk is dus deze aanpassingsmogelijkheid te behouden door behoud van de mogelijkheid om de opvolging te verlengen boven de standaardplafonds wanneer de klinische noden dat rechtvaardigen.

Ten slotte, om echt een passend antwoord te garanderen, zou het nuttig zijn om **de oorzaken van de vroegtijdige onderbreking van de opvolging systematischer te analyseren**. Daarmee zouden we beter begrijpen wat de zorgcontinuïteit afremt, ongeacht of dit te maken heeft met therapietrouw, de organisatie van het aanbod of structurele factoren, en dan zouden we hefboomen voor verbetering kunnen bepalen. In dat perspectief **loont het de moeite om in toekomstige studies bepaalde pistes verder te onderzoeken**: bijvoorbeeld, jongeren in een kwetsbare of ontwrichte situatie of migranten met potentieel grote noden die echter weinig gedocumenteerd zijn in de gegevens die we nu hebben. Met kwalitatieve of gemengde enquêtes zouden we hun trajecten en de specifieke obstakels voor hun toegang tot zorg beter kunnen begrijpen. Bovendien zou met longitudinale studies het zorgtraject over meerdere jaren onderzocht kunnen worden. Dit teneinde de effecten van de overeenkomst op middellange termijn te kunnen evalueren, te zien of de geestelijke gezondheidstoestand verbetert of stabiel blijft, of er heroriëntering is dan wel of men het traject verlaat.

Conclusie

Deze studie maakt een diepgaande balans op van de uitvoering van de ELP-overeenkomst in België tussen 2019 en 2024, op basis van CM-gegevens die werden gewonnen en geëxtrapoleerd op landsniveau. Hiermee kunnen de belangrijkste vragen die bij de eerste evaluatie van het systeem in 2023 werden gesteld, beantwoord worden door concrete elementen aan te reiken over de uitrol, de toegankelijkheid en de impact ervan op de zorgtrajecten en over het vermogen van deze overeenkomst om aan de noden van de bevolking te voldoen.

De resultaten tonen dat de overeenkomst zich progressief verankerde in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg met een snelle toename van het aantal geconventioneerde zorgverleners en behandelde patiënten. Het gebruik van het systeem breidde zich uit tot doelgroepen die tot dan toe minder goed gedekt waren, meer bepaald de jongeren, personen in armoede of sociaal kwetsbare personen. De diversificatie van de zorgmodaliteiten – vindplaatsen, groepssessies, interventies thuis of op afstand – droeg bij tot een beter gebruik vooral bij doelgroepen die verder af staan van traditionele zorg.

De studie toont ook hoe de zorgtrajecten werden omgevormd: een toenemend aandeel patiënten stapte in de overeenkomst zonder dat zij vooraf geestelijke gezondheidszorg kregen, wat een rol van toegangsdeur suggereert naar een meer vroegtijdige zorg. Toch blijven belangrijke uitdagingen bestaan. Zo blijven er grote verschillen tussen de gebieden inzake aanbod, conventioneringsgraad en gebruik. De daling van het gemiddeld aantal sessies doet ook de vraag rijzen of het systeem in staat is de meest complexe noden duurzaam aan te pakken.

Ten slotte moet onderstreept worden dat de uitvoering van de overeenkomst – en dus de kwaliteit van de effectief verleende zorg – sterk afhangt van de eigen dynamiek van elk netwerk. Deze dimensie, essentieel om de verschillen in functionering en impact te begrijpen, overstijgt het kader van deze kwantitatieve studie. Dit vereist een aanvullende, kwalitatieve benadering met focus op de praktijken op het terrein en de organisatorische logica. Daarnaast konden belangrijke kwesties zoals de verzadiging van het zorgaanbod en de wachtlijsten niet worden behandeld in deze analyse, aangezien de gebruikte gegevens betrekking hebben op zorggebruik en dus geen inzicht geven in situaties van niet-gebruik. Om deze blinde vlekken te onderzoeken en zo een beter zicht te krijgen op de beperkingen van het systeem op vlak van beschikbaarheid van zorg, is een specifieke enquête nodig.

Kortom, de ELP-overeenkomst zorgde voor een enorme vooruitgang in de toegang tot psychologische zorg, maar de verdere ontwikkeling in de toekomst zal gebaseerd moeten zijn op een fijnere planning, meer aandacht voor geografische en sociale ongelijkheden en een continue evaluatie van de afstemming van aanbod, noden en zorgtrajecten, rekening houdend met de plaatselijke specificiteit en de eigen dynamiek van elk gebied. De verbetering van de toegankelijkheid vereist een totaalaanpak waar diversificatie van het aanbod, lokale verankering, sensibilisering van terreinactoren en bestrijding van structurele ongelijkheden gecombineerd worden aangepakt, en met erkenning van het feit dat toegankelijkheid een complex en multifactorieel probleem is (Cès, 2021). Deze inspanningen zijn nodig om te garanderen dat geestelijke gezondheidszorg echt toegankelijk is voor iedereen, vooral voor diegenen die ze het meest nodig hebben.

Bibliografie

- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 30-57.
- Duveau, C., & Hermans, L. (2025). *Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024*. Brussels: Sciensano.
- FOD Volksgezondheid. (2025). *HWF STATAN 2024 (detailstatistieken)*. Opgehaald van <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2024-detailstatistieken>.
- InterMutualistisch Agentschap. (2025). *IMA Atlas – Interactieve databank*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen*. KCE Reports 293B.
- Nationaal Intermutualistisch College. (2025, Juni). *Dashboard MHC*. Opgehaald van <https://ned.mycarenet.be/algemene-diensten/mental-health/dashboard-mhc>.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-39.
- Prison Insider. (2024). *Belgique, Populations spécifiques*. Opgehaald van <https://www.prison-insider.com/fichepays/belgique-2024>.
- RIZIV. (2024a). *Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid>.
- RIZIV. (2024b). *Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>.
- RIZIV. (2024c). *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid XXX betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken geestelijke gezondheid*. Opgehaald van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_riziv_netwerken_geestelijke_gezondheid.pdf.
- Unia & Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG). (2025). *Geestelijke gezondheid in de gevangenis - een uitweg uit de impasse*. Brussel: Unia & CTRG.
- Verniest, R., Lupaert, 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.

Bijlage 1: Provinciale verdeling van zorgverleners, patiënten en prestaties in het kader van de ELP-overeenkomst volgens het aantal geconventioneerde zorgverleners, hun dekingsgraad, de intensiteit van het zorggebruik, het percentage van het basisbudget dat in 2024 werd gebruikt en de geschatte prevalentie van psychische kwetsbaarheid (Bronnen: gewogen en geëxtrapoleerde CM-gegevens, FOD Volksgezondheid, IMA-Atlas, Sciensano 2018, Dashboard MHC)

	Aantal actieve zorgverleners binnen ELP-overeenkomsten in december 2024	% actieve ELP-zorgverleners ten opzichte van erkende psychologen en orthopedagogen*	Aantal ELP-zorgverleners per 100.000 inwoners**	% van de bevolking van 15 jaar en ouder met psychische kwetsbaarheid***	Aantal patiënten (extrapolatie CM-gegevens)	% patiënten binnen de bevolking	Aantal prestaties (extrapolatie CM-gegevens)	Aantal prestaties per ELP-zorgverlener	Aantal prestaties per 100 inwoners	Gebruikt % van het basisbudget
Antwerpen	1.180	35%	62	31%	42.302	2,2%	250.865	213	13	101%
Vlaams-Brabant	909	30%	77	27%	30.843	2,6%	187.630	206	16	102%
West-Vlaanderen	848	43%	69	27%	27.801	2,3%	157.082	185	13	113%
Oost-Vlaanderen	909	23%	58	32%	47.374	3,0%	242.923	267	15	97%
Limburg	503	32%	57	30%	22.219	2,6%	131.167	261	15	101%
Brussel	900	40%	79	39%	33.180	3,0%	203.599	226	18	102%
Waals-Brabant	284	25%	70	36%	8.704	2,1%	56.108	198	14	110%
Henegouwen	451	29%	34	38%	26.017	2,0%	148.418	329	11	83%
Luik	611	35%	56	38%	26.377	2,4%	152.543	250	14	96%
Luxemburg	142	47%	62	29%	4.870	2,1%	28.653	202	13	76%
Namen	315	37%	62	36%	13.129	2,6%	76.609	243	15	107%
België	6.123	28%	53	33%	282.937	2,5%	1.636.298	267	14	100%

*Noemer: aantal erkende psychologen en orthopedagogen op 31/12/2024 per provincie (FOD Volksgezondheid, 2025)

**Noemer: bevolking per provincie in 2023, IMA Atlas (InterMutualistisch Agentschap, 2025)

***(GHQ score 2+), Sciensano 2018

Bijlage 2: Verdeling van de uitgevoerde prestaties per provincie in 2024 in het kader van de ELP-overeenkomst volgens de verstrekingsplaats, de functie en het netwerk (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

		Antwerpen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Limburg	Brussel	Waals-Brabant	Henegouwen	Luik	Luxemburg	Namen
Plaats	Consultatie in kabinet	57%	66%	53%	53%	56%	57%	58%	64%	67%	46%	42%
	Consultatie op vindplaats	22%	15%	28%	24%	22%	25%	20%	15%	16%	40%	35%
	Groepsessie	9%	8%	7%	8%	9%	6%	8%	6%	6%	4%	6%
	Consultatie op afstand	3%	3%	3%	2%	3%	5%	3%	4%	3%	4%	4%
	Consultatie aan huis	1%	1%	2%	4%	1%	1%	4%	4%	3%	2%	5%
Functie	Andere prestaties (admin, enz.)	8%	7%	9%	9%	8%	6%	6%	6%	4%	5%	7%
	Ondersteuning	52%	53%	52%	63%	58%	66%	60%	62%	64%	61%	59%
	Behandeling	40%	40%	40%	28%	35%	28%	35%	33%	32%	34%	34%
	Andere	7%	7%	8%	8%	7%	6%	6%	6%	4%	5%	7%
Netwerk	Volwassenen	69%	64%	69%	67%	70%	70%	66%	65%	66%	64%	45%
	Kinderen en adolescenten	31%	36%	31%	33%	30%	30%	34%	35%	34%	36%	55%

Bijlage 3: Aantal en percentage van de Belgische bevolking dat gebruikmaakt van de ELP-overeenkomst volgens socio-demografische kenmerken (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Cumulatief	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N*	%**
Belgische bevolking	6.387	0,1%	20.675	0,2%	42.323	0,4%	113.578	1,0%	226.194	2,0%	282.937	2,5%	466.082	4,1%
Leeftijd	158	0,0%	1.890	0,1%	5.967	0,2%	24.781	1,0%	61.622	2,4%	83.384	3,3%	130.126	5,2%
0-19	1.290	0,1%	4.218	0,3%	8.372	0,6%	21.635	1,6%	40.555	3,0%	49.026	3,7%	85.999	6,4%
20-29	2.652	0,1%	7.319	0,3%	13.827	0,6%	34.378	1,6%	62.881	2,8%	75.075	3,4%	126.484	5,7%
30-44	2.240	0,1%	6.282	0,2%	11.791	0,4%	26.906	0,9%	48.921	1,7%	59.736	2,0%	98.438	3,3%
45-64	46	0,0%	827	0,1%	2.058	0,1%	4.851	0,3%	9.635	0,6%	12.301	0,7%	19.581	1,2%
65-79	2	0,0%	139	0,0%	309	0,0%	1.027	0,2%	2.580	0,4%	3.415	0,5%	5.454	0,8%
80+	4.697	0,1%	15.353	0,2%	31.682	0,4%	85.109	0,9%	168.187	1,9%	210.072	2,3%	357.809	3,9%
Statuut	1.690	0,1%	5.322	0,3%	10.641	0,5%	28.469	1,3%	58.006	2,5%	72.865	3,1%	108.273	4,6%
Niet-VT	4.313	0,1%	14.096	0,3%	28.644	0,5%	74.946	1,3%	147.023	2,5%	183.925	3,2%	299.152	5,1%
VT	2.074	0,0%	6.579	0,1%	13.679	0,3%	38.632	0,7%	79.171	1,4%	99.011	1,8%	166.719	3,0%
Geslacht	2.924	0,0%	9.190	0,1%	17.941	0,3%	65.809	1,0%	136.718	2,0%	170.539	2,5%	270.938	4,0%
Vrouwen	2.864	0,1%	9.598	0,3%	20.477	0,6%	36.736	1,0%	65.593	1,8%	79.098	2,2%	142.877	4,0%
Mannen	594	0,1%	1.881	0,2%	3.892	0,4%	10.995	1,0%	23.778	2,1%	33.180	3,0%	52.046	4,6%
Gewest	2.453	0,1%	7.259	0,3%	14.308	0,7%	34.986	1,6%	64.277	2,9%	77.467	3,5%	130.318	
Vlaanderen	388	0,1%	1.177	0,3%	2.158	0,5%	5.747	1,3%	10.538	2,5%	13.412	3,0%	21.668	
Wallonië	263	0,0%	772	0,1%	1.396	0,2%	4.707	0,7%	8.856	1,3%	10.959	1,6%	18.014	
Brussel	2.173	0,1%	5.986	0,3%	10.733	0,6%	23.373	1,2%	41.762	2,1%	48.891	2,5%	86.600	
Socio-professioneel statuut	10	0,1%	21	0,1%	69	0,4%	317	1,7%	767	3,7%	1.072	5,1%	1.638	
Opgenomen of toevertrouwde kinderen														
Vrouwen in hechtenis									28	5,6%	59	11,9%	63	
Mannen in hechtenis									287	2,7%	441	3,7%	562	
Specifieke categorieën	1.190	0,1%	5.188	0,3%	7.532	0,6%	12.801	1,3%	18.441	2,3%	21.302	2,8%	45.371	
Personen in werkloosheid	1.858	0,4%	5.379	1,1%	9.639	2,0%	20.113	4,0%	31.305	6,7%	36.402	7,4%	73.991	
Personen in primaire arbeidsongeschiktheid	967	0,2%	3.167	0,7%	5.900	1,3%	14.471	3,0%	27.413	5,5%	34.389	6,7%	44.538	
Personen in invaliditeit	288	0,1%	1.046	0,3%	2.154	0,6%	4.941	1,4%	10.152	2,8%	10.339	4,1%	19.367	
Personen met recht op leefloon/IGO														

* Indien gedurende meerdere jaren gevolgd, zijn de behouden socio-demografische kenmerken de meest recente.

**Noemer: Belgische bevolking 2023

Bijlage 4: Plaats van de sessies volgens de socio-demografische kenmerken van de patiënten
(Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

	Volgens plaats										Volgens plaats (meerder e plaatsen mogelijk)			
	Enkel consul-tatie in kabinet	Enkel consultatie op vind-plaats	Enkel groeps-sessie	Enkel consultatie aan huis	Enkel consultatie op afstand	Meerdere plaatsen	Andere	Consultatie in kabinet	Consultatie op vind-plaats	Groeps-sessie	Consul-tatie aan huis	Consul-tatie op afstand		
Leeftijd	0-19	51%	14%	9%	1%	0%	23%	71%	32%	14%	4%	6%		
	20-29	56%	19%	3%	1%	1%	19%	74%	36%	5%	3%	10%		
	30-44	54%	19%	4%	1%	1%	19%	72%	35%	8%	3%	8%		
	45-64	50%	20%	6%	1%	1%	21%	69%	36%	10%	4%	7%		
	65-79	39%	23%	8%	6%	0%	22%	58%	40%	12%	12%	4%		
	80+	17%	25%	9%	22%	0%	26%	58%	40%	13%	37%	2%		
Statuut	Niet-VT	54%	17%	6%	1%	1%	20%	72%	32%	10%	3%	6%		
	VT	44%	22%	5%	3%	1%	24%	65%	41%	9%	7%	9%		
Geslacht	Vrouwen	51%	18%	6%	1%	1%	21%	70%	35%	10%	4%	8%		
	Mannen	52%	18%	6%	1%	1%	20%	71%	35%	9%	4%	6%		
Gewest	Vlaanderen	51%	19%	5%	1%	1%	21%	70%	36%	10%	4%	6%		
	Wallonië	53%	15%	7%	2%	1%	19%	71%	30%	10%	6%	8%		
Socio-profes-sioneel statuut	Brussel	51%	19%	5%	1%	1%	22%	71%	39%	9%	3%	10%		
	Werknemers	55%	17%	4%	1%	1%	20%	73%	33%	9%	3%	8%		
	Ambtenaren	56%	16%	5%	1%	1%	20%	74%	31%	10%	2%	5%		
	Zelfstandigen	59%	16%	4%	1%	1%	18%	75%	30%	8%	2%	7%		
	Arbeiders	51%	23%	3%	1%	1%	21%	69%	39%	6%	4%	7%		
	Opgenomen of toevertrouwde kinderen	50%	17%	4%	3%	0%	23%	71%	35%	8%	9%	7%		
	Personen in werkloosheid	51%	22%	3%	1%	1%	20%	70%	39%	6%	3%	8%		
	Personen in primaire arbeids-ongeschiktheid	51%	21%	4%	1%	1%	22%	71%	38%	9%	3%	7%		
Specifieke categorieën	Personen in invaliditeit	48%	19%	4%	2%	1%	24%	70%	38%	10%	5%	10%		
	Personen met recht op leefloon/IGO	43%	28%	3%	1%	1%	22%	64%	47%	6%	4%	12%		

Bijlage 5: Gemiddeld aantal sessies per patiënt-e over 12 maanden voor trajecten gestart in 2022, 2023 en 2024 (Bron: gewogen CM-gegevens geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking)

		2022	2023	2024
Belgische bevolking		8,1	7,4	6,5
Leeftijd	0-19	8,5	7,7	6,5
	20-29	7,8	7,1	6,6
	30-44	8,0	7,2	6,5
	45-64	8,1	7,4	6,5
	65-79	7,4	6,5	5,7
	80+	6,6	6,0	5,5
Statuut	Niet-VT	8,0	7,4	6,5
	VT	8,3	7,3	6,4
Geslacht	Vrouwen	8,3	7,6	6,7
	Mannen	7,6	6,9	6,1
Gewest	Vlaanderen	7,9	7,3	6,4
	Wallonië	8,3	7,5	6,3
	Brussel	8,1	7,4	7,0
Socio-professioneel statuut	Werknemers	8,4	7,6	6,8
	Ambtenaren	8,2	7,7	6,7
	Zelfstandigen	7,8	6,9	5,9
	Arbeiders	7,4	6,8	6,0
Specifieke categorieën	Opgenomen of toevertrouwde kinderen	11,5	7,7	8,7
	Personen in hechtenis	Geen observaties	7,1	3,9
	Personen in werkloosheid	7,3	6,8	5,8
	Personen in primaire arbeidsongeschiktheid	8,4	7,8	7,0
	Personen in invaliditeit	9,0	7,9	7,0
	Personen met recht op leefloon/IGO	7,2	6,3	5,8
Netwerk	Volwassenen	7,9	7,2	6,4
	Kinderen en adolescenten	8,6	7,8	6,6
Eerste sessie van het traject	Consultatie in kabinet	8,1	7,5	6,7
	Groepssessie	6,3	5,4	4,6
	Consultatie op vindplaats	6,9	6,9	5,7
	Consultatie op afstand	9,8	7,2	5,6
	Consultatie aan huis	8,7	8,0	6,5
Functie	Ondersteuning	4,9	4,7	4,2
	Behandeling	10,3	8,3	6,9
	Beide functies	14,2	13,7	12,6

Een sociologische benadering van burn-out

Samenvatting van het boek *De Burn-outparadox*

Mattias Van Hulle — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

De *Burn-outparadox* duikt in de boeiende en soms grillige geschiedenis van het burn-outfenomeen. Het boek ambieert niet om een klinisch antwoord te vinden op de vraag wat burn-out nu precies is. Noch is het de meest recente in een lange reeks pogingen om een positie in te nemen in de debatten rond burn-out. De opzet van het boek is daarentegen om de contouren van die debatten beter in kaart te brengen. De *Burn-outparadox* biedt een sociologische kijk op een fenomeen dat zeer *bekend* maar moeilijk *gekend* blijkt. Die maatschappijwetenschappelijke lens laat toe om vast te stellen dat de aandoening niet alleen een individuele aangelegenheid is, maar vooral diep geworteld is in maatschappelijke structuren en culturele verwachtingen. Tegelijkertijd zorgt de medicalisering van burn-out, waarbij het wordt behandeld als een puur individuele aandoening, ervoor dat precies die bredere maatschappelijke oorzaken vaak over het hoofd worden gezien. Dit leidt tot oplossingen die niet altijd even nuttig zijn, en soms zelfs een zeker gevaar in zich dragen. De *Burn-outparadox* toont aan dat de manier waarop we over burn-out denken en praten, sterk wordt beïnvloed door de tijdgeest en de heersende maatschappelijke normen. Door burn-out te beschouwen als een sociologisch fenomeen, krijgen we niet alleen meer inzicht in de wijze waarop culturele bepalingen bijdragen aan mentale gezondheidsklachten, maar ook in de manier waarop we die klachten trachten te begrijpen.

Sleutelwoorden: Burn-out, maatschappij, mentale gezondheid, geschiedenis, voor u gelezen

Inleiding

Wat is nu precies die ‘paradox’ waaraan het boek zijn titel ontleent? Burn-out lijkt vandaag alomtegenwoordig, maar blijkt tegelijkertijd relatief ongrijpbaar. Enerzijds wordt burn-out omschreven als een wijdverspreid probleem. ‘Wijdverspreid’ omdat het iedereen lijkt te kunnen treffen, en ‘problematisch’ door de mentale gezondheidsklachten die met het begrip geassocieerd worden. Niet zelden lezen we over de ‘burn-outpandemie’ die door onze samenleving raast, een ‘maatschappelijke malaise’ die volgens sommigen ‘de ziekte van onze tijd’ kan worden genoemd. Wie bij populaire webwinkels op het trefwoord ‘burn-out’ zoekt, genereert al gauw meer dan 10.000 resultaten, zo blijkt uit een snelle proefneming. Vooral de zelfhulp literatuur, een genre dat ondertussen een aparte afdeling heeft in boekenwinkels en bibliotheken, stort zich al een tijdje op het thema. Ook reguliere mediakanalen, gezondheidswebsites en andere online communicatieplatformen berichten er uitvoerig over. Kortom, er wordt over burn-out gesproken, gedebatteerd en gediscussieerd. Er wordt over geschreven, gepubliceerd en bericht via boeken, magazines, wetenschappelijke tijdschriften en reguliere kranten. Burn-out is zelfs opgenomen in politieke wetteksten en verzekeringspolissen. De term maakt met andere woorden al geruime tijd deel uit van ons collectieve bewustzijn. Meer nog, het is niet enkel een ingeburgerd begrip als zodanig, het blijkt vooral een algemeen aanvaard label waarmee mensen zeer reële en persoonlijke ervaringen kenbaar maken.

Maar anderzijds kunnen we niet om een aantal problemen heen van zowel ontologische als epistemologische aard. Anders gezegd, we weten niet heel erg goed wat burn-out precies *is*, noch hoe we het exact dienen vast te stellen of te bestuderen. Zo concludeerde bijvoorbeeld een recente systematische reviewstudie dat er vandaag 142 definities van burn-out in gebruik zijn, en dat men daarbovenop, naargelang de gehanteerde criteria of meetschalen, soms prevalentiecijfers meet tot wel 80,5% (Rotenstein, Torre, Ramos, & et al., 2018). Ook een rapport van de Hoge Gezondheidsraad uit 2017 stelt dat burn-out zeer actueel is en het onderwerp vormt van vele publicaties en rapporten, maar dat het desalniettemin kampt met een groot probleem: het is een vaag begrip met slecht afgelijnde contouren. Het rapport citeert definities die verwijzen naar concepten als stress en stressoren, terwijl andere definities daar geen melding van maken. Sommige omschrijvingen plaatsen uitputting en vermoeidheid

op de voorgrond, terwijl andere die termen zelfs niet noemen. Volgens één definitie moeten de klachten al zes maanden aanwezig zijn vooraleer men over een burn-out kan spreken. Elders lezen we twee weken. Andere omschrijvingen vermelden dan weer helemaal niets over de duur van de klachten (Hoge Gezondheidsraad, 2017).

Zelfs de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) lijkt het niet helemaal te weten. In 2019 voegde de toonaangevende gezondheidsorganisatie burn-out toe aan de *International Classification of Diseases* (ICD), een internationale classificatielijst van aandoeningen die de organisatie zelf samenstelt. Heel wat gerenommeerde media zagen in deze opname een formele bevestiging dat ze burn-out officieel konden beschouwen als een ziekte. Christian Lindmeier, woordvoerder van de WHO, haastte zich echter om het nieuws als een misverstand weg te zetten. Volgens hem kan burn-out namelijk “niet beschouwd worden als een aparte medische toestand, maar eerder als een werkgerelateerd fenomeen” (Brooks, 2019, eigen vertaling). Ook Richard Summers, voorzitter van de *American Psychiatric Association* (APA), beklemtoonde dat de opname van burn-out in de ICD niet verkeerd begrepen mag worden. Burn-out is “geen medische diagnose”, stelde hij, “noch een ziekte op zichzelf”. Het is een wijdverspreid en reëel probleem, maar het kan alleen benaderd worden als “een subjectieve ervaring”, aldus Summers in een persreactie (Brooks, 2019, eigen vertaling). Deze anekdote illustreert hoe ambigu de term burn-out is, zelfs voor een organisatie waarvan het hele bestaan gericht is op duidelijkheid scheppen omtrent ziekte en gezondheid.

Tot zover dus de schijnbare paradox: burn-out als alomtegenwoordig en tegelijkertijd vaag en ongrijpbaar. Rest ons de vraag: waarom is dit het geval? En vooral, hoe moeten we dan verder? Hoe kunnen we burn-out dan wel (be)grijpen? Wie het ‘waarom’ van het heden wil begrijpen, doet er goed aan de geschiedenis te reconstrueren. In plaats van het burn-outfenomeen zonder meer te beschouwen als simpelweg *gegeven*, is het boek uitgegaan van volgende vragen: waar komt burn-out in feite vandaan? Welke context gaf aanleiding tot zijn ontstaan? Het thema werd benaderd aan de hand van wat filosoof Friedrich Nietzsche de ‘genealogische methode’ noemde om op zoek te gaan naar het vergeten verleden van een ogenschijnlijk modern fenomeen. Het opzet was om verder te gaan dan illustere scheppings- of ontdekkingsverhalen, en het ontstaan én de verdere evolutie van burn-out te interpreteren in relatie tot enkele cruciale historische ontwikkelingen.

1. De (pre-)historie van burn-out

Vooraleer we de geschiedenis van burn-out bekijken, duiden we even in diens prehistorie. Burn-out kent namelijk conceptuele voorlopers die qua symptomen en aangeduide oorzaken sterk op burn-out lijken. Eén daarvan is neurasthenie, dat in de tweede helft van de negentiende eeuw in de Verenigde Staten werd beschreven als een staat van mentale en emotionele vermoeidheid. De volgende beschrijving dateert uit 1881: “uitputting die voortkomt uit ongewone en ongebruikelijke inspanning. Om dit te overkomen, (...) wordt de reserve aangesproken, en wordt het individu vermoeid. De voornaamste reden voor deze ontwikkeling en voor de zeer snelle toename van zenuwachtigheid is de moderne samenleving” (Beard, 1881, p. 11-12, eigen vertaling).

Neurasthenie werd voornamelijk gekenmerkt door een verregaande uitputting, zwakheid, lethargie, en onvermogen om uit te rusten. Dokters beschreven de gesteldheid expliciet als een gevolg van het verstedelijkt leven en het versnelde levenstempo dat gepaard ging met de Industriële Revolutie. Sterker nog, het actief in verband brengen met die moderne maatschappij was voor medici een noodzakelijke factor om de term te kunnen aanwenden. Neurasthenie werd expliciet geduid als een beschavingsziekte en kreeg zelfs de bijnaam ‘ziekte van de moderniteit’. Die moderniteit manifesteerde zich volgens experts in specifieke elementen, waaronder “het perfectioneren van klokken en de uitvinding van horloges, die ons altijd aanmanen exact op tijd te zijn” (Beard, 1881, p. 103, eigen vertaling). De jachtige opeenvolging van allerlei nieuwe technologische uitvindingen leidde tot een algehele haastigheid en uitputting in de samenleving, zo luidde de interpretatie.

Het vormt een treffende gelijkenis met de wijze waarop burn-out vandaag vaak wordt beschreven. Toch blijkt de geschiedenis veeleer te rijmen dan zich simpelweg te herhalen. Er is namelijk een opvallend conceptueel verschil. Geïnspireerd door de zich in die tijd ontwikkelende en zeer populaire wetenschappelijke velden thermodynamica en fysica – historici beschrijven de periode zelfs als gekenmerkt door een “fetisjisme van de Kraft” (De Bont, 2002) – bekeken dokters de slachtoffers van neurasthenie als “elektrische batterijen waarvan de reserves zijn uitgeput door ongewoon veel inspanning” (Beard, 1869, p. 35, eigen vertaling). Ook termen als ‘uitgeputte motor’, ‘prikkelbare machine’, en systeem waarvan ‘de zenuw-energie is opgebruikt’ komen vaak terug. Het trachten te

begrijpen van menselijke uitputting ontsnapt met andere woorden niet aan de heersende denkkaders van de tijd. De geschiedenis van neurasthenie leert ons dat menselijke uitputting door externe factoren in zekere zin *tijdloos* is, maar dat de specifieke manier waarop zulk een ervaring wordt begrepen, beschreven en veruitwendigd via een aanwendbaar concept juist zeer *tijdsgebonden* is.

2. Het ontstaan: van uitdrukking naar begrip

De geschiedenis van burn-out zoals we het vandaag kennen, start in 1974, wanneer het een eerste formele beschrijving krijgt in het wetenschappelijke artikel *Staff Burn-Out*. Auteur van die publicatie is psychiater Herbert Freudenberger, die aan het hoofd staat van een zogenaamde *free clinic*, een gezondheidszorginstelling die gratis of tegen een kleine vergoeding diensten aanbiedt aan personen met sociale en financiële noden. Freudenberger merkt op dat veel van zijn collega-vrijwilligers na verloop van tijd tekenen vertonen van emotionele en fysieke oververmoeidheid. Sommige medewerkers kregen zenuwinkingen en vielen uit, anderen stopten met het vrijwilligerswerk, al lag het hen na aan het hart. De psychiater beschrijft zijn opgebrande collega’s als “uitgeput door buitensporige eisen aan energie, kracht, of middelen”, en benadrukt dat “ze voor geen enkel doel of geen enkele taak nog inzetbaar zijn” (Freudenberger, 1974, eigen vertaling).

Dat Freudenberger voor de term *burn-out* kiest is geen toeval. De uitdrukking *to burn out* of *burned out* ging in zijn sector op dat moment al zeker vijftien jaar mee om te verwijzen naar een uitputting van menselijke energie. Sterker nog, de etymologische wortels van die uitdrukking en toepassing ervan zijn terug te traceren tot de zestiende eeuw. Het gebruik van de uitdrukking *burned out* als verwijzing naar uitputting was dus zeker niet nieuw. Toch leidt Freudenbergers artikel wel een belangrijke verandering in. Hij schrijft namelijk niet langer over zich *burned out voelen*, maar wel over *een burn-out hebben*. Het lijkt een taalkundige nuance, maar het is wel een aanpassing met grote gevolgen. Door het metaforische adjectief om te zetten naar een substantief en het vervolgens te voorzien van een formele beschrijving, ‘ontologiseert’ Freudenberger de uitdrukking. Het wordt een aparte staat-van-zijn op zichzelf.

Bovendien kadert Freudenberg het begrip aan de hand van medische termen als 'symptomen' en 'gedragingen', en noemt hij de gesteldheid een jaar later ook expliciet een syndroom. Burn-out als aparte aandoening is geboren.

Deze geboorte kunnen we beter begrijpen aan de hand van twee evoluties in die tijd. Ten eerste waren de jaren 1970 het beginpunt van een evolutie die de socioloog Peter Conrad de medicaliseringstendens noemt (Conrad, 2007). Zo stelt hij in die periode een merkbare toename vast van termen als 'ziekte', 'aandoening' of 'syndroom' om gedragingen of gewaarwordingen te definiëren. Dat betekent voor alle duidelijkheid niet dat het gebruik van de term *to burn out* destijds geen oprechte uiting was van een reëel ervaren uitputting, maar het impliceert wel dat het medicaliseren van de term – anders gesteld, het verwijzen naar de uitputting als een aparte medische aandoening – kadert binnen een bredere evolutie op dat moment. Vanaf de jaren 1970 verwijst bijvoorbeeld ook het label 'alcoholisme' naar een fysieke afhankelijkheid, terwijl het voordien veeleer werd opgevat als een laakbare *gedraging* in plaats van een medische *verslaving*.

Sommige sociologen duiden die toenemende nadruk op gezondheid als onderdeel van een bredere rationaliseringsbeweging. In een steeds nadrukkelijker seculiere samenleving, zo beargumenteren ze, is niet langer het eeuwige leven in een hiernamaals het belangrijkste uitgangspunt of streefdoel. Neemt wel toe: het verlangen om de tijd hier op aarde zo lang en zo kwalitatief mogelijk door te brengen. De focus verplaatste zich gaandeweg van het eeuwige leven *hierna*, naar het eindige leven *hier en nu*, waardoor individuele gezondheid en fysieke integriteit uitgroeiden tot het hoogste na te streven doel. Gezondheid neemt op een bepaalde manier zelfs de plek in van religie als dominant moreel kader. 'Zolang we maar gezond zijn' wordt de voornaamste stelregel. In het verlengde daarvan vergroot ook de invloed van artsen op de samenleving. Medisch sociologen spreken sinds de jaren 1970 zelfs over een 'monopolisering van de geneeskunde', in die zin dat almaar meer thema's en terreinen die benaderd *kunnen* worden via labels als 'gezond' of 'on-gezond' al snel onder de intellectuele jurisdictie van de geneeskunde vallen. Of het nu gaat om voeding, arbeid of vrije tijd: de individuele invulling van steeds meer levensdomeinen wordt geëvalueerd als goed dan wel funest voor de gezondheid. Dat klinkt vandaag misschien als vanzelfsprekend, maar het is in feite een relatief recent fenomeen.

Maar die medicaliseringstendens is slechts een klein deel van het verhaal. Daarnaast is er ook een cruciale socio-economische context die verklaart waarom de term burn-out in die periode binnen de gezondheidssector opdook. Het betrof namelijk een tijd van felle sociale onrusten in de Verenigde Staten: stijgende misdaadcijfers, toenemende drugsproblemen, start van een aidsepidemie, toename van huiselijk geweld, en dakloosheid. Maar ondanks deze problemen heeft de Amerikaanse overheid maar weinig oor naar sociale hervormingen. Sterker nog, ze kondigt aanzienlijke belastingverlagingen aan bovenop het neoliberale besparingsbeleid dat al enkele jaren in de pijp lijn zat. Zo ontstond de perfecte storm. Aan de ene kant een opstoot van sociale onrust en gezondheidsproblemen, en aan de andere kant een radicaal terugschroefde overheidssteun. Die combinatie leidde tot een noodgedwongen privatisering van sociale hulp- en zorginstellingen, en dat bleek al snel een problematisch huwelijk. De zakelijke en op winst gerichte aanpak die organisaties zich plots moesten aanmeten om competitief te zijn in de private sector, bleek maar moeilijk verzoenbaar met de emotioneel beladen aard van het zorgverleningswerk. Bovendien bereikt ook de werkdruk een kookpunt in het licht van de toegenomen sociale onrusten. De zorgverlening, diep geworteld in menselijke connectie, moest worden vertaald naar een afvinklijst van geformaliseerde handelingen, die bovendien zo efficiënt mogelijk diende uitgevoerd te worden. De specifieke spanningen en uitputting die daaruit volgden, werden die in deze periode geuit via de term burn-out.

3. Burn-out in Vlaanderen

Vanaf de beginjaren 1990 wordt dat burn-outconcept stilaan ook aangewend in de Vlaamse zorgsector. De overeenkomsten met de Amerikaanse ontstaanscontext zijn daarbij treffend. Uitgeputte zorgverleners, die via het burn-outbegrip uiting geven van hun situatie, klagen over de bureaucratie die steeds dieper binnendringt in de ziekenhuizen en andere hulpvoorzieningen. Voor velen is de job bandwerk geworden en is er minder plaats voor persoonlijk contact (Meuris, 1995). Zorgwerkers geven aan dat het lijkt alsof men hun werk van bovenuit invult als een lijst met af te vinken taken. Er is vrijwel geen ruimte meer voor de sociale omgang met patiënten of cliënten.

Bovendien schuiven de betrokkenen werkdruk nadrukkelijk naar voren als een kernelement van hun uitputting. Zorg- en hulpverleners moeten meer taken aankunnen, maar krijgen minder tijd om ze uit te voeren. Daar komt nog bij dat er te weinig geïnvesteerd wordt in extra personeel. Er is een constante overbezetting en overbelasting, zo klinkt het, en systematische besparingen verhinderen dat de werklast wordt opgevangen en de werkdruk verlaagd.

Die gewaarwordingen blijken echter niet uniek aan de zorgsector. Vanaf de jaren 2000 weerklinken soortgelijke klachten steeds luider in steeds meer beroepssectoren. Ethicus Jan Rolies analyseert in die periode dat veel bedrijven hun personeelsbestand slechts opvatten als een poel van onderling inwisselbare werkrachten, of in zijn eigen woorden, als “menselijk kapitaal dat maximaal moet renderen met minimale kosten” (Rollies, 2002). Er heerst een competitieve bedrijfscultuur die leidt tot allerlei kwalen in de directe werkomgeving. Een groeiend aantal werknemers ervaart het werk als een ziekmakende mix van focus op productiviteit, hoge werkdruk, gebrek aan ondersteuning, groeiend wantrouwen, en een beroerde werksfeer. Maar Rolies’ analyse biedt nog een andere, scherpe aanvulling. Hij geeft aan dat deze evolutie alleen mogelijk is omdat zoveel personen zich die agressieve bedrijfscultuur hebben eigengemaakt. Hij observeert dat veel mensen de idee internaliseren dat ze alleen zingeving en betekenis kunnen vinden binnen een rol als werknemer die hard werkt en successen boekt. Het is een “ideologie die de geest in dienst van de prestatie en de winst stelt”, aldus Rollies (Rollies, 2002). De perverse keerzijde van die meritocratische medaille is dat het falen, het mislopen, of het uitblijven van succes meteen ook aanvoelt als een individuele tekortkoming. Dat heeft een uitputtend en ziekmakend effect, wat in die periode wordt geduid met het burn-outbegrip.

De ‘ideologie’ waar Rollies naar verwijst heeft een naam: de neoliberale meritocratie. Vanaf 2010 merken we op dat de kernelementen daarvan zich niet enkel veruitwendigen via werkdruk, maar ook andere levensdomeinen binnensijpelen. De vermeende maakbaarheid van het eigen leven spoort mensen aan een goede werknemer te zijn, *en* een goede partner, *en* een goede ouder, vriend, hobbyist, collega, dochter, zus, enz. Aan sommige van die rollen valt niet te ontsnappen – denk aan de zogenaamde ‘sandwichgeneratie’, de late veertigers die een huis afbetalen, kinderen opvoeden, hun professionele carrière uitbouwen, en daar stilaan ook nog de zorg voor hun ouders bij

moeten nemen. De opname van nog andere rollen wordt dan weer gedreven door een gevoel van concurrentie en angst voor statusverlies. Want wie aangeeft dat de hectiek van het leven alle energie opslokt, geeft te kennen een ambitieuze en participerende rol te spelen in de samenleving. ‘Het druk hebben’ wordt zo een statussymbool maar simultaan ook een jammerklacht. Dat maakt het precies zo moeilijk er niet in mee te lopen: iedereen wil graag erkenning, maar voor velen blijkt het een uitputtende race zonder een tevredenstellende finish. In het slechtste geval volgt de onverwachte crash, de burn-out.

4. Eerste (zelf)hulp bij burn-out

Wie die burn-out ondergaat, zal vandaag merken dat er heel wat vermeende oplossingen naar voren worden geschoven: *mindfulness*, yoga, wandeltherapie, persoonlijke therapeuten tot zelfs zogenaamde *life coaches*. Er bestaat vandaag een breed gamma aan persoonlijke hulpmiddelen om uit te kiezen bij mentale en emotionele gezondheidsuitdagingen. Daar zijn twee sociologische verklaringen voor. De eerste is de economische transitie van een industriële naar een kenniseconomie. Sinds de jaren 1970 nam de dienstensector op de arbeidsmarkt enorm toe in omvang. Concreet gevolg: de vaakst voorkomende problemen op het werk zijn niet langer van fysieke aard. De wetenschappelijke belangstelling voor de sociale en emotionele aspecten van arbeid nemen toe, en er ontwikkelen zich onderzoeksdomeinen met specifieke aandacht voor psychologie en emoties. En belangrijk, die belangstelling voor en vooral ook de bespreekbaarheid van emoties en de eigen psyche vinden hun weg naar het bredere publiek. De geschiedenis leert ons echter dat een focus op ‘het zelf’, met als doel zichzelf te begrijpen en te verbeteren, zeker geen uitsluitend modern gegeven is. Ideeën over emotionele beheersing en zelfontwikkeling werden al neergeschreven in het oude China, en in almanakken voor middeleeuwse prinsessen, hovelingen uit de renaissance en victoriaanse huisvrouwen. Ook de Romeinse stoïcijnen bogen zich over emotionele controle en zelfverbetering. En zelfs in de *Suda*, een Byzantijnse encyclopedie uit de tiende eeuw, vinden we historische verwijzingen naar het Griekse aforisme *γνώθι σεαυτόν* (*gnothi seauton*), oftewel ‘ken uzelf’. Als adviezen tot zelfverbetering en omgaan met psychische uitdagingen al altijd hebben bestaan, waarom zijn ze dan uitgerekend vandaag een zo populair en alomtegenwoordig

dig onderdeel van onze cultuur, ons collectief bewustzijn, van onze tijdsgeest?

Dat komt omdat de net beschreven structurele evolutie – de toegenomen aandacht voor de psyche – zich gaandeweg heeft vervlochten met een tweede ontwikkeling van culturele aard: een toegenomen ‘vermarkting’ van sociale relaties. Zo observeert men vandaag een culturele aanmoediging om de eigen identiteit en persoon te herstructureren tot een soort individuele onderneming. De Franse historicus Michel Foucault stelde vast dat sociale relaties binnen een neoliberale kader niet langer georganiseerd worden op basis van sociale conformiteit, maar via een “proliferatie van individualisme aan de hand van een economische matrix” (Foucault, 2008, eigen vertaling). Dit betekent dat mensen heden ten dage *individuen* en zo uitgesproken mogelijk ‘zichzelf’ moeten zijn, maar dan wel op een manier die overeenstemt met de kernwaarden van een uitgesproken liberaal kader. Dus: binnen een normatief kader waarin nagenoeg alle aspecten van dat individu worden *vermarkt*. Dit is intussen zo sterk genormaliseerd dat we niet langer opmerken hoe het onze dagelijkse kijk op zaken beïnvloedt. Het is vandaag bijvoorbeeld volkomen normaal om zelfs onze meest intieme relatievormen te beschrijven als iets waaraan we ‘moeten werken’, wat we ‘moeten onderhouden’ als we willen ‘dat het slaagt’ en ‘succesvol is’, en waarin we tijd moeten ‘investeren’ door voldoende ‘*quality time*’ ‘in te plannen’. Zelfs intieme liefdesrelaties ontsnappen niet aan de economisering.

Die sociale reorganisatie rond de notie van een onderneming trok zich volgens historici in de jaren 1980 op gang, en is ondertussen een wijdverbreid kenmerk van het westerse denken en doen. Ze leverde ook een nieuw ideaaltipe van burger op. Een burger moet niet langer gehoorzamen, maar moet vooral presteren: sleutelen aan en investeren in zichzelf als het ultieme project. De moderne invulling van een goed en succesvol burger is niet langer iemand die braaf in de pas loopt, maar iemand die waakzaam en op een verantwoorde manier aan ‘zelfbeheer’ doet en op die manier ‘concurrentieel’ kan zijn met anderen. Hij moet alle persoonlijke domeinen op de meest verantwoordelijke manier organiseren: werk, eigendommen, pensioen, verzekeringen, huishouden, tot het onderhouden van familie-, liefdes- en vriendschapsrelaties toe.

Altijd is het doel het maximaliseren van het eigen geluk en succes, en het oordeelkundig minimaliseren van risico’s. Zo worden nagenoeg alle aspecten van het sociale leven doordrongen van en ondermijnd door principes van individuele prestatie. Het gaat niet meer om een neoliberale werkethiek, maar om een alomvattend en algeheel geldend moreel kader. De cultivering van ‘het zelf’ als een *onderneming* is een soort continue verrichting die het leven betekenis, doel en richting moet geven. Het biedt een leidraad die dicteert hoe we moeten handelen, ons moeten gedragen en hoe we moeten denken over specifieke doelen. En vooral: het impliceert dat we nagenoeg alle elementen van onze identiteit kunnen beschouwen als aspecten die potentieel prestatiebevorderend zijn. We worden moreel aangemoedigd minstens een bereidwilligheid te tonen om niet enkel praktische vaardigheden, intellectuele capaciteiten en sociale bekwaamheden te ontwikkelen, maar om onszelf ook weerbaarder te maken door in te zetten op ‘emotionele controle’, door onze ‘emotionele competenties’ te cultiveren, en onszelf ‘veerkrachtiger’ te maken.

De echo’s hiervan ontwaren we in de talloze zelfhulpboeken en therapeutische adviezen voor personen met een burn-out. Op een andere manier gesteld: de zelfhulpboodschap weerspiegelt haar hedendaagse maatschappelijke context. In zekere zin is het zelfhulpnarratief een moderne versie van de monomythe. We dienen onszelf systematisch te beschouwen als de protagonist van ons eigen, afzonderlijke heldenverhaal. Hoe wordt burn-out in dit narratief geplaatst? Het wordt omschreven als de uitgelezen kans om onze manier van werken grondig te herzien. Niet zozeer om minder te werken dan wel om efficiënter en dus ultiem productiever aan de slag te gaan. Een mentale opdoffer of emotionele uitputting zouden we dan moeten herdefiniëren naar een te overwinnen obstakel op onze route richting prestaties en succes. Sterker nog, volgens sommigen zouden we het zelfs moeten beschouwen als een zegen, aangezien we er zullen uitkomen met een krachtiger zelfbeeld en een betere manier van werken. Deze boodschap ligt geheel in lijn met de kernwaarden van het neoliberale verhaal: individuele maakbaarheid, zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid. Maar laat nu net die eigentijdse nadruk op het individueel nastreven van prestaties aan de basis liggen van de mentale en emotionele uitputting die we vandaag burn-out noemen. Goedbedoeld als deze aanmaningen kunnen zijn, ze creëren dus een vicieuze cirkel.

Conclusie

Uit het bovenstaande volgt een eerste belangrijke conclusie in *De Burn-outparadox*: veerkracht en weerbaarheid zijn belangrijke elementen en ze verdienen de nodige cultivering, maar ze worden zelf ziekmakend wanneer de nadruk *enkel en alleen* op die aspecten ligt. Zo werkt het mens-zijn niet. In plaats van onszelf als geatomiseerde individuen te beschouwen, lijkt het idee van een verbonden netwerk veel nuttiger om tegenover het neoliberale verhaal van individuele maakbaarheid en meritocratische verdienste te plaatsen. Als we geestelijke gezondheid oprecht belangrijk vinden, heeft het geen zin om enkel te hameren op individuele verantwoordelijkheid. Het zou daarentegen vanzelfsprekend moeten worden om volop in te zetten op warme, ondersteunende en koesterende omgevingen, en om te beseffen dat we onderling afhankelijk zijn van elkaar om gezond en gelukkig door het leven te kunnen gaan. Die verandering kan beginnen bij onszelf, maar alleen als we het verhaal van strikt individuele maakbaarheid loslaten of minstens stevig nuanceren. Onze sociale – maar evenzeer onze natuurlijke – omgeving is niet louter een achtergrond voor onze persoonlijke prestaties, het is een geheel dat we samen constitueren.

Dat brengt ons, ten tweede, bij de maatschappelijke oorzaken van burn-out. We moeten veel meer aandacht besteden aan het verband tussen de individuele psychische klachten van mensen en de maatschappelijke factoren die daarmee verband houden. Zeker wanneer die factoren zo nadrukkelijk worden aangewezen en met de klachten worden geassocieerd. Er loopt namelijk een duidelijke en uitgesproken rode draad doorheen de geschiedenis van het burn-outconcept. Freudenberger situeerde burn-out uitsluitend in de zorgsector, en die bevinding is

jammer genoeg nog altijd relevant. Maar ondertussen zijn de kernelementen die hij beschreef uitgegroeid tot meer algemene eigenschappen van een hedendaags, overkoeplend cultureel kader. Sinds de jaren 1970 drukt het concept de negatieve impact uit van een toenemend markt-denken en een daaraan gekoppeld verlies van sociale verbondenheid dat niet zelden als een verlies van *menselijkheid* wordt beschreven. Het is absoluut noodzakelijk om dit te beklemtonen en kritisch onder de loep te nemen.

Die sociologische lens biedt ten derde ook een verklaring voor de vermeende paradox waarnaar de titel van het boek verwijst. De (niet zo verrassende) slotconclusie luidt dat er helemaal geen paradox is. Het burn-outbegrip kent een zekere 'ongrijpbaarheid' precies omdat het vandaag voor zoveel ervaringen wordt angewend. Het weerspiegelt een overspannenheid, een overwerkt zijn, een mentale last, een psychisch lijden, tot zelfs een psychosomatische manifestatie van stress die op een ziektebeeld wijst. Daarbovenop kunnen die ervaringen verschillende redenen hebben: werkdruk, tijdsdruk, prestatiedruk, parentale druk, sociale mediadruk of zelfs een vrijetijdsdruk. Om maar te zeggen: het burn-outconcept kan vandaag alleen maar zo alomtegenwoordig zijn omdat het resoneert met zo veel verschillende individuele ervaringen. En dat maakt het concept soms lastig af te lijnen. Tegelijkertijd herkennen vele mensen hun persoonlijke gesteldheid in het concept. Het feit dat het vandaag zo vaak angewend wordt is daarom evenzeer betekenisvol en veelzeggend. Precies daarom lijkt het absoluut noodzakelijk om aandachtig te luisteren naar wat het concept ons vertelt over persoonlijke ervaringen, en vooral over de welbepaalde context waarin die ervaringen vandaag plaatsvinden.

Bibliografie

- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 3(13), 217-221.
- Beard, G. (1881). *Neurasthenia: American Nervousness*. New York: Putnam.
- Brooks, M. (2019). *Burn-out inclusion in ICD-11: Media got it wrong, WHO says*. Opgehaald van <https://www.medscape.com/viewarticle/914077?form=fpf>.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- De Bont, R. (2002). Energie op de weegschaal: Vermoeidheidsstudie, Psychotechniek en Biometrie, 1900-1945. In J. Tollebeek, *Degeneratie in België: 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken* (pp. 257-298).
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. (G. Burchell, Trans.) London: Palgrave Macmillan.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk. Advies nr. 9339*. Brussel: HGR.
- Meuris, S. (1995, 9 februari). Jaar van het Ziekenhuispersoneel, maar het personeel mort - "Soms wacht patiënt drie uur na operatie al op bus". *Het Belang van Limburg*, p. 6.
- Rollies, J. (2002, 5 januari). De tirannie van de bedrijfscultuur. *De Standaard*, p. 35.
- Rotenstein, L., Torre, M., Ramos, M., & et al. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150.
- Van Hulle, M. (2023). *De Burn-outparadox*. Antwerpen: Houtekiet.



Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijkse tijdschrift van de Studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies evenals achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar privacy@cm.be

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar cm.ombud@cm.be

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar GezondheidEnSamenleving@cm.be

Inhoud

- Edito:** Je gezondheid zelf beheren: verplichting of belofte van patiëntbetrokkenheid? · 02
- Studie:** Doelgerichte zorg: een kritische discoursanalyse · 06
Literatuurstudie: de historische context · 09
Methode: kritische discoursanalyse · 14
Resultaten · 15
Aanbevelingen · 22
- Studie:** Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg: balans 2019-2024 · 28
Context · 30
Methode · 32
Resultaten · 34
Bespreking van de resultaten · 52
Aanbevelingen · 55
- Voor u gelezen:** Een sociologische benadering van burn-out · 64
De (pre-)historie van burn-out · 66
Het ontstaan: van uitdrukking naar begrip · 66
Burn-out in Vlaanderen · 67
Eerste (zelf)hulp bij burn-out · 68

Colofon

- | | |
|----------------------------|--|
| Verantwoordelijke uitgever | Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel |
| Hoofdredactie | Nicolas Rossignol |
| Eindredactie | Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova |
| Redactiecomité | Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest |
| Lay-out | Gevaert Graphics |
| Druk | Albe De Coker |
| Retouradres | CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel |
| Copyright | De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd" |