

De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening en geneesmiddelen voor psychische problemen

Svetlana Sholokhova, Clara Noirhomme, Ann Morissens, Rebekka Verniest – Studiedienst
Met dank aan Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse en Sophie Cès

Samenvatting

De genomen maatregelen om de COVID-19 pandemie in te dijken, hebben een grote impact gehad op onze samenleving en niet in het minst op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Er waren diverse noodkreten en oproepen om meer rekening te houden met deze groep en meer ondersteuning te voorzien.

In dit artikel richten we ons op de verstrekte geestelijke gezondheidszorg voor CM-leden jonger dan achttien jaar op basis van beschikbare facturatiegegevens. Het gaat dan over ambulante psychiatrische en psychologische zorg, psychiatrische ziekenhuisopnames en spoedeisende psychiatrische hulp in ziekenhuizen. Daarnaast nemen we de voorschriften voor geneesmiddelen voor psychische problemen onder de loep. Tot slot, gaan we na of er sprake is van sociale ongelijkheid in het gebruik van zorg en geneesmiddelen.

De resultaten van onze studie zijn alarmerend. Wat de hospitalisaties betreft, tonen de gegevens over opnames in de psychiatrie, na een daling in het tweede en derde semester van 2020, een stijgende trend. Vanaf 2021 zien we een belangrijke stijging voor het beroep doen op dringende psychiatrische hulpverlening. Wat het gebruik van geneesmiddelen voor psychische problemen betreft, is de meest opvallende bevinding de sterke toename van het volume, gemeten als DDD (de dagelijkse gedefinieerde dosis), in combinatie met een daling van het aantal patiënten.

De studie deed ook een opvallende vaststelling over het zorggebruik bij kwetsbare groepen. Zowel het risico om opgenomen te worden, als het risico om antipsychotica te gebruiken, is hoger voor kinderen en jongeren die in wijken wonen met een laag mediaan inkomen, in vergelijking met hun leeftijdsgenoten in wijken met een hoger mediaan inkomen. Voor de toegang tot de minder ingrijpende ambulante zorg zien we het omgekeerde. Er is dus een sociale gradiënt in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

We sluiten af met enkele aandachtspunten. Deze hebben betrekking op de ontoereikendheid van kwantitatieve gegevens, de aanzienlijke sociale ongelijkheid in het gebruik van de zorg en het voorschrijven van antipsychotica, het grotere risico voor de kwetsbare groepen om een beroep te doen op curatieve in plaats van preventieve zorg en de plaats van teleconsultaties voor jongeren.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, COVID-19, psychologische raadplegingen, psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisopname op psychiatrische afdelingen, ziekenhuisopname in psychiatrische ziekenhuizen, geneesmiddelen voor psychische problemen, kwantitatieve analyse

1. Inleiding

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie en het voorjaar dat daarop volgde, werd veel aandacht besteed aan het onderwerp geestelijke gezondheid, en vooral de gezondheid van kinderen en jongeren. De media, politici en onderzoekers hebben gekeken hoe de maatregelen, genomen om de pandemie in te dijken, de geestelijke gezondheid van jongeren hebben verzwakt en hun algehele welzijn hebben verminderd. Deze aandacht was een reactie op de alarmerende signalen van talrijke diensten voor geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulpverlening die soms melding maakten van dramatische situaties binnen hun dienst: lange wachtlijsten voor zowel ziekenhuisopnames als raadplegingen, gebrek aan plaatsen en personeel om een kwaliteitsvolle opvolging te garanderen van de vele nieuwe en bestaande patiënten met ernstigere klinische profielen dan in het verleden (Un collectif de psychiatres et des pédiopsychiatres, 2021).

De CM-studiedienst besloot na te gaan welke invloed de COVID-19-pandemie had op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor jongeren onder de 18 jaar, door gebruik te maken van gegevens over zorggebruik waarover CM als beheerder van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging beschikt. Het onderwerp van onze studie is dus de medische en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor alle jongeren, ongeacht of zij getroffen werden door COVID-19. In die zin zijn het de COVID-19-pandemie en de sociale crisis die erdoor veroorzaakt is en de maatregelen die genomen zijn om ze in te dijken die centraal staan in deze studie, en niet de mogelijke gevolgen van het ziek zijn van COVID-19 voor de geestelijke gezondheid van het individu.

We wijzen erop dat onze analyse niet toelaat met zekerheid te stellen of de geestelijke gezondheid van jongeren al dan niet is verslechterd door toedoen van de pandemie. Geestelijke gezondheid kan, net als gezondheid in het algemeen, is niet beperkt tot het medische domein en dus tot het gebruik van gezondheidszorg. Geestelijke gezondheid is afhankelijk van meerdere factoren (biologische, economische, sociale, omgevingsfactoren) die op verschillende niveaus (individu, samenleving, land, wereld) van invloed zijn. De analyse die wij hier voorstellen stelt ons niettemin in staat te begrijpen of er zich, sinds het begin van de pandemie, opmerkelijke veranderingen hebben voorgedaan in het gebruik van gezondheidszorg. Op basis van deze veranderingen werden een aantal hypothesen geformuleerd over de manier waarop kinderen en jongeren hebben gereageerd op de crisis die door de COVID-19-pandemie is veroorzaakt. Deze hypothesen moeten dan met andere methoden worden onderzocht.

Deze kwantitatieve studie vormt de basis voor een kwalitatief onderzoek over hetzelfde onderwerp dat momenteel door de auteurs wordt uitgevoerd. De resultaten van laatstgenoemd onderzoek zullen in juli 2022 worden gepubliceerd als onderdeel van het themanummer gewijd aan geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in België.

2. Stand van zaken van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België

2.1. De organisatie van de zorgverlening

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België is hertekend na de laatste hervorming die in 2015 werd opgestart. Deze langverwachte hervorming was het resultaat van de vaststelling van verschillende knelpunten in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren. Zo publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2012 de resultaten van een participatief onderzoek dat tot doel had na te denken over de richting die de hervorming van deze sector moet inslaan. In 2015 ondertekende de Interministeriële Conferentie volksgezondheid (IMC) de “Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid, voor kinderen en jongeren”, die vervolgens het referentiedocument werd voor de hervorming van de sector¹.

Een van de centrale conclusies van de KCE-analyse was de vaststelling van “extreme versnippering en compartimentering tussen organisaties, sectoren, beroepen en confessionele pijlers” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 37). Het risico van versnippering van de zorg is dat zorggebruikers moeilijk hun weg vinden in het zorgsysteem, maar ook dat zij niet altijd een gecoördineerde en consistente opvolging krijgen van de verschillende betrokkenen. Als antwoord op dit probleem was de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren gericht op de territoriale verankering van de zorg door een systeem van netwerken te creëren waarin verschillende diensten en professionals gemakkelijker kunnen samenwerken. Elk netwerk is verantwoordelijk voor een bepaald gebied en heeft als functies vroegdetectie, screening en oriëntatie, diagnose, behandeling, inclusie in alle levensdomeinen en de uitwisseling en valorisatie van expertise. Het Belgisch grondgebied wordt vandaag dus gevat door elf netwerken die samenvallen met het grondgebied van de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

1. De totstandkoming van de gids werd voorafgegaan door verschillende fasen van het voorbereidende werk dat in 2012 werd gelanceerd met de Gezamenlijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en circuits van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

De hervorming was ook een antwoord op een andere conclusie van het KCE, namelijk de “belangrijke leemtes in het dienstenaanbod, vooral op het vlak thuiszorg en gemeenschapsdiensten” en de ontoereikendheid van “*respite care*, die kortstondige, tijdelijke verlichting brengt voor mantelzorgers” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 30). In lijn met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen die in 2010 begon², was het doel om psychiatrische ziekenhuisbedden te ‘bevriezen’ en het vrijgekomen personeel en middelen te gebruiken in het kader van alternatieve zorg, met name in ambulante en buurtdiensten. Deze omzetting volgt de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, waarvoor België, ondanks zijn officiële aansluiting, achterblijft op andere Europese landen.

In de geestelijk gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zijn er vandaag 51 ziekenhuizen, waaronder 25 psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en 26 algemene ziekenhuizen (die psychiatrische diensten binnen hen hebben (PAAZ)), bedden voor residentiële ziekenhuisopname, daghospitalisatie of nachthospitalisatie (687 bedden in totaal, respectievelijk 414, 202 en 71) (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 29).

Een van de aanbevelingen van het KCE is ook de oproep om “de capaciteit [te] versterken om toegankelijke, gerichte en doeltreffende crisis- en urgentiezorg te geven voor kinderen en jongeren” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Het KCE heeft inderdaad vastgesteld dat er een tekort is aan urgentie- en crisiscapaciteit. Om op dit tekort in te spelen, zou het volgens het KCE echter ook nodig zijn om psychiatrische urgentiezorg te beschouwen als een “afzonderlijke ‘functie’ eerder dan als een specifieke dienst/afdeling” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Net als de reconversie van bedden, accentueert deze wijziging in perspectief in de aanpak van dringende hulp de prioriteit van niet-residentiële zorg die het mogelijk maakt om hulp dichterbij de bevolking te brengen (Deboutte, et al., 2010). Het is ook met dit doel dat multidisciplinaire mobiele teams zijn opgezet. Hun snelle interventie maakt het mogelijk om de behandeling in de thuisomgeving van de patiënt te starten en zo mogelijk een ziekenhuisopname te voorkomen (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 36).

Spoedeisende psychiatrische hulp (SEPH) voor kinderen en jongeren met psychische problemen wordt nu aangeboden door drie sectoren: de gezondheidszorg, de sociale bijstand en de justitie. De SEPH wil vooral de veiligheid van de patiënt garanderen en het gevaar voor de persoon en/of zijn omgeving beheersen. Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties

waarin de persoon een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen (met moorddadig of suïcidaal gedrag, daden van zelfdestructie, agressiviteit), of wanneer hij of zij wordt blootgesteld aan mishandeling, of lijdt aan acute psychose, enz. De procedure omvat meestal registratie, advies, stabilisatie, evaluatie, behandeling en verwijzing naar andere professionals. Een klinische beoordeling speelt een centrale rol in het proces, omdat het helpt om de behoeften van de persoon te identificeren en de zorg te organiseren op een manier die daarop aansluit.

2.2. Gegevens over de behoeften en het aanbod op vlak van geestelijke gezondheidszorg

In een rapport van 2012 benadrukte het KCE een reële moeilijkheid om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen en te kwantificeren: “gegevens van goede kwaliteit over het type en de frequentie van de zorgvraag ... nauwelijks beschikbaar” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 34). Een kwalitatieve studie van het KCE gebaseerd op getuigenissen van belanghebbenden wijst erop “dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg van kinderen, jongeren en hun families toeneemt” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 15) en op het bestaan van lange wachtlijsten om toegang te krijgen tot diensten. Toch ontbreken er nog precieze gegevens over het aantal personen en de wachttijd. De beoordeling van de toegankelijkheid en doeltreffendheid van het bestaande aanbod die mogelijk was geweest als dergelijke gegevens beschikbaar waren, is moeilijk door het gebrek aan nauwkeurige kennis van de reële objectieve behoeften van kinderen en gezinnen, of het nu gaat om psychosociale, strikt medische of therapeutische behoeften.

De moeilijkheid om de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg correct in te schatten en ervoor te zorgen dat het aanbod toereikend is, blijft een relevant probleem. Daarom ligt de focus bij deze kwantitatieve studie meer op een analyse van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Volgens gegevens van de FOD Volksgezondheid is het aantal verblijven in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren (alle soorten ziekenhuisopnames, residentieel of enkel dag- of nachtopnames) de voorbije jaren sterk gestegen. In 2005 waren er 3.076 verblijven in psychiatrische ziekenhuizen, in 2008 waren dat er al 3.745; voor de psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen was de stijging nog groter: van 2.242 verblijven in 2005 tot 3.452 verblijven in 2018 (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 31).

2. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen wordt vaak aangeduid als “Project 107”, verwijzend naar artikel 107 van de Ziekenhuiswet, waarin staat dat “de Koning specifieke financieringsmiddelen kan verstrekken om, op experimentele basis en voor een beperkte periode, prospectieve en geprogrammeerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken”.

Als we opnames per leeftijdscategorie analyseren, zien we niet alleen dat “de meerderheid van de opnames zich in de leeftijdscategorieën 10-14 en 15-18 jaar bevindt”³, maar dat deze groepen “in toenemende mate residentiële psychiatrische zorg nodig hebben”: voor de eerste categorie is er een toename van het aantal verblijven van 1.602 in 2005 tot 2.178 in 2018, en voor de tweede van respectievelijk 2.177 naar 3.176 (SPF Santé publique, 2021, pp. 32-33, eigen vertaling). Wat betreft de verblijfsduur in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), “is de duur van meer dan 80% van alle voltooide verblijven van kinderen en jongeren in PZ en PAAZ minder dan drie maanden. 2,4% blijft er langer dan een jaar” (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 33).

Wat betreft crisissituaties benadrukte het KCE al in een rapport van 2010 de toegenomen behoefte aan spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren als gevolg van het toenemend aantal mensen dat zich op de spoedafdelingen aanmeldt (Deboutte, et al., 2010). Het klopt dat er sinds enkele jaren een algemene toename is van opnames op de psychiatrische crisisafdeling en spoedeisende hulp van ziekenhuizen. “Maar, zoals reeds opgemerkt door studies uitgevoerd aan de Cliniques universitaires Saint-Luc voor de jaren 2011-2013 – ondanks deze toename in absolute waarden van alle volwassen en minderjarige populaties, neemt het percentage opgenomen minderjarigen toe, in verhouding tot het totale aantal psychiatrische noodsituatie”⁴ (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5, eigen vertaling). Bovendien laten de cijfers voor de jaren 2011-2013 in vergelijking met de gegevens voor de jaren 2005-2007 “een toename zien van het aantal vragen om dringende hulpverlening bij de jongste jongeren en kinderen sinds 2007” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5, eigen vertaling). We moeten evenwel voorzichtig zijn bij het interpreteren van deze bevindingen omdat, zoals professionals in de sector aangeven, deze toename niet alleen kan worden gezien als “het gevolg van talrijke maatschappelijke en culturele veranderingen, maar ook als een weerspiegeling van een oververzadiging van het ambulante en residentiële netwerk, dat niet binnen een redelijke termijn zorg kan verlenen” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 7, eigen vertaling).

Een van de meest voorkomende redenen waarom jongeren op psychiatrische spoedafdelingen terechtkomen, zijn zelfdodingsgedachten en zelfdodingspogingen (Deboutte, et al., 2010, p. 26, eigen vertaling). “Met een gestandaardiseerd sterftecijfer door zelfdoding per 100.000 inwoners van bijna 18,3 in 2019, ligt België boven het Europese gemiddelde, geschat op 11 per 100.000 inwoners in 2016”⁵: volgens Statbelgegevens is zelfdoding onder jongeren nu de belangrijkste doodsoorzaak⁵.

2.3. Impact van de COVID-19 pandemie op het GGZ-aanbod voor jongeren

Met de komst van het SARS-CoV-2-virus is de geestelijke gezondheidszorg onder druk komen te staan en zeker de zorg voor kinderen en jongeren⁶. Sinds het begin van de pandemie, en vooral vanaf het najaar van 2020, melden onder meer professionals, werkzaam in Belgische psychiatrische afdelingen, “een toename van hulpaanvragen van jongeren tussen 17 en 20 jaar oud”. Ze verwijzen hierbij onder meer naar “lockdown, COVID-19 en de hiermee gepaard gaande ongerustheid, schooluitval en sociale ontwrichting” als oorzaken (Klaric, 2020, eigen vertaling). In termen van geestelijke gezondheid vormen de jongeren, in het licht van de pandemie, inderdaad een van de meest kwetsbare doelgroepen. Jongeren hebben immers meer last van de eenzaamheid die de gezondheidsmaatregelen met zich meebrengen, omdat ze, meer dan andere leeftijdsgroepen, interactie met hun leeftijdsgenoten nodig hebben voor een goede psychologische ontwikkeling (Loades, et al., 2020). Een studie bevestigt ook de prevalentie van psychische problemen in België bij jongeren van 15 tot 24 jaar in vergelijking met andere oudere groepen tijdens de pandemie (Lorant, Smith, Seeber, Van den Broeck, & Nicaise, 2021).

Professionals zaten toen met veel vragen, zowel met betrekking tot de reeds gevolgde mensen als met betrekking tot de opvang van nieuwe patiënten: “Hoe zal de lockdown zijn voor gezinnen met kinderen met ernstige aandoeningen? Zonder therapeutische opvolging meerdere keren per week waarbij de zorgtijd structuur biedt, en zonder de nodige therapeutische processen? Welke impact zullen we zien op de symptomen en de evolutie van aandoeningen op middellange termijn?” (Benoit, 2020, p. 8, eigen vertaling).

3. Hoewel jongeren vanaf 15 jaar kunnen worden opgenomen in de volwassenenpsychiatrie, wordt nog steeds vaak gekozen voor een dienst voor kinderen en jongeren (K, K1 of K2). In sommige gevallen blijft een patiënt ook na zijn of haar 18e verjaardag opgenomen op een psychiatrische afdeling voor kinderen en jongeren. Er wordt aangenomen dat deze overgangleeftijd aanvaardbaar is tot de leeftijd van 23 jaar (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 32).

4. “Het evolueert van 2,02 naar 3,32 en vervolgens 6,40%, voor respectievelijk de jaren 2011, 2012 en 2013. Evenzo merken we in de twee subgroepen die uit de populatie van jonge minderjarigen worden geëxtraheerd, allereerst onder 14 jaar, een toename van 0,49 naar 1,13 en vervolgens 1,79% van de totale psychiatrische noodsituaties voor respectievelijk de jaren 2011, 2012 en 2013. Bij de -12-jarigen steeg het percentage van respectievelijk 0,31 naar 0,93 en vervolgens 1,13%, respectievelijk in 2011, 2012 en 2013, maar het is de groep tussen 14 en 17 jaar die de grootste toename doormaakt.” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5).

5. Zie <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterftecijfer+en+levensverwachting/doodsoorzaken> en <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/zelfmoordgedrag>.

6. Tot op heden beschikken we niet over veel wetenschappelijke literatuur over de impact van de pandemie op de vraag naar en het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Sommige strikt Belgische bronnen kunnen worden aangevuld met artikelen gepubliceerd in Frankrijk en andere Europese landen die we in dit deel zullen citeren.

Tijdens de eerste lockdown waren teleconsultaties al snel een van de oplossingen om, binnen het kader van nieuwe gezondheidsregels, de band met patiënten te behouden. Deze praktijk werd vervolgens veralgemeend en opgenomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met de invoering van specifieke nomenclatuurcodes. Deze beslissing werd ook ingegeven door het feit dat teleconsultaties in het algemeen in de wetenschappelijke literatuur gezien worden als een nuttig hulpmiddel bij de opvolging van patiënten (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). In de praktijk hebben professionals deze tool ook snel gebruikt als de enige die de continuïteit van de zorg kon garanderen, vooral in de context van de algemene lockdown die kenmerkend was voor de 'eerste golf' van de pandemie.

Toch hebben professionals ook gewezen op de beperkingen van tele- en videoconferenties. Vooreerst moeten teams, om opvolging op afstand effectief te kunnen garanderen, beschikken over de nodige apparatuur, en zijn vandaag niet alle diensten op dezelfde manier uitgerust (Catheline, et al., 2021, p. 1). Verder kunnen raadplegingen op afstand ineffectief of zelfs contra-effectief zijn, afhankelijk van de aard van de aandoening van de zorgvrager. Zo is het "moeilijk om een telefonische opvolging te garanderen bij een persoon die denkt dat zijn telefoon of computer wordt gecontroleerd door de geheime diensten of de maffia" (Deschietere, et al., 2020, pp. 346, eigen vertaling). Over het algemeen is het moeilijk om één visie over de kwestie te ontwikkelen. De zorgverleners merken op dat "de [telefonische en online] oproepen een andere inhoud hebben", omdat "contacten voor ondersteuning meestal geen echte mobiliserende momenten zijn zoals een gewone therapie-setting". Tegelijkertijd merken ze op dat "vooral sommige jongeren het op prijs stelden om alleen een mondeling contact te hebben zonder gezien te hoeven worden" (Catheline, et al., 2021, p. 2, eigen vertaling).

2.4. Sociale ongelijkheid en gebruik van geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheid, zoals gezondheid in het algemeen, is grotendeels afhankelijk van factoren die het strikt medische kader overstijgen. Er is een sociale gradiënt waarbij gezondheidsindicatoren de neiging hebben te verslechteren naarmate de sociaaleconomische positie verzwakt. Dit is een vicieuze cirkel waarbij gezondheid niet gelijk verdeeld is in de samenleving en ze zo terug de sociaaleconomische status beïnvloedt. Mensen die in een minder gunstige sociaaleconomische context leven, verkeren in een slechtere gezondheid, maar door een slechtere gezondheid heeft een persoon een hoger risico op sociale uitsluiting en verzwakt het zijn economische situatie (Patel, et al., 2010, p. 124).

Sociale ongelijkheden blijven ook niet beperkt tot het economische domein en hebben evenzeer betrekking op de sociale omgeving van het individu. Dit laatste is echter minder objec-

tief omdat het een analyse vereist niet in termen van absoluut inkomen, maar in termen van relatief inkomen (waarbij de persoon het niveau van zijn inkomen evalueert in verhouding tot het inkomen van zijn omgeving of zijn opname in een sociaal netwerk) (Couffinhal, Dourgnon, Grignon, Jusot, & Naudin, 2004). Dit maakt dit soort determinanten niet minder objectieverbaar, ook al vereist het de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om maatschappelijke problemen zoals systemisch racisme aan te pakken (Azria, et al., 2020), de ongelijkheid op basis van geslacht (Piccinelli & Wilkinson, 2000), het stigma rond psychische problemen, enz.

In 2019 publiceerde het Inter mutualistisch Agentschap (IMA) een studie die sociale ongelijkheden in gezondheid onder de Belgische bevolking wilde meten (Avalosse, et al., 2019). Deze studie bevat enkele indicatoren over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg: psychiatrische ziekenhuisopnames en het gebruik van antidepressiva en antipsychotica. In tegenstelling tot onze studie, analyseerde het AIM wel de situatie voor de gehele Belgische bevolking, alle leeftijdsgroepen samen. De werkwijze bestond erin bepaalde indirecte gezondheidsindicatoren (zoals administratieve of zorgconsumptie-informatie) te koppelen aan een sociale stratificatieschaal (fiscale gegevens over de statistische sectoren waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen). Deze schaal werd opgesteld aan de hand van bestaande fiscale statistieken van de FOD Economie op het niveau van de statistische sectoren (dit zijn administratieve geografische eenheden waarvan statistische gegevens over de belastbare inkomens gekend zijn). Het zijn de mediane inkomens van de inwoners die hun belastingaangiften invullen die zijn gebruikt om onderscheid te maken tussen vijf klassen van statistische sectoren, variërend van minder (sector 1) tot de rijkste (sector 5). In het geval van de IMA-studie was het referentiejaar 2016.

De resultaten van het IMA-onderzoek zijn alarmerend. Wat betreft de ziekenhuisopnames, wijzen de onderzoekers op het bestaan van een zeer uitgesproken sociale gradiënt: "personen uit de laagste klasse (klasse 1) blijken in 2016 een bijkomend risico van 149% (= [157,8/63,3]-1) te vertonen op een psychiatrische ziekenhuisopname dan mensen die tot de hoogste klasse (klasse 5) behoren" (Avalosse, et al., 2019, p. 48). De situatie is vergelijkbaar voor het gebruik van antidepressiva en antipsychotica: personen in de laagste klasse hebben een bijkomend risico van 18% op het gebruik van antidepressiva en een bijkomend risico van 112% op het gebruik van antipsychotica in vergelijking met die in de rijkste klasse.

Deze aanwijzingen over de omvang van de sociale ongelijkheid in geestelijke gezondheid doen vermoeden dat de impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van jongeren vooral groot zou zijn voor kinderen en jongeren uit de minst gegoede milieus. Ten eerste werd al snel duidelijk dat deze jongeren, ondanks het feit dat het SARS-CoV-2-virus een epidemie veroorzaakte die een aanzienlijk deel van de wereldbevolking kon treffen, er niet uniform aan werd blootgesteld,

enerzijds door de risico's van potentiële comorbiditeiten die zijn geïdentificeerd (biologisch oogpunt), anderzijds vanwege de sociale ongelijkheden die kenmerkend zijn voor de hedendaagse samenleving.

Ten tweede kwam bovenop de verslechterende sociaaleconomische situatie als gevolg van de pandemie en de maatregelen die zijn genomen om deze in te dammen, de hierboven besproken vicieuze cirkel, waardoor de sociale ongelijkheden in de geestelijke gezondheid verder zijn toegenomen. Studies in andere landen bevestigen dit. Een studie uit Engeland toonde bijvoorbeeld aan dat, tijdens de lockdown, "kinderen van 5 tot 16 jaar met psychische problemen twee keer zoveel kans hadden om in een gezin te wonen dat moeite had met het betalen van rekeningen, huur of hypotheek krediet in vergelijking met kinderen van wie de gezinnen geen moeite hadden om hun rekeningen te betalen" (Newlove-Delgado, et al., 2021, eigen vertaling).

3. Analyse van de CM-gegevens: doel, methode en beperkingen van de studie

3.1. Doelstellingen

Het doel van onze studie is om de impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België te objectiveren. We willen eerst vaststellen of er sinds het begin van de pandemie veranderingen waren in het gebruik van psychologische en psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisverblijven en dringende psychiatrische hulpverlening en het voorschrijven van geneesmiddelen. We willen zo nagaan in hoeverre statistieken over het gebruik van dit soort zorg de alarmsignalen van GGZ-werkers kunnen bevestigen. Vervolgens willen we nagaan of sociale ongelijkheden dezelfde impact hebben op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren als op de gezondheid van volwassenen. Lopen jongeren uit sociaal achtergestelde milieus meer risico om een beroep te doen op geestelijke gezondheidszorg? Zijn er verschillen in het soort zorg dat ze het meest gebruiken? Tot slot willen we de veranderingen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren sinds het begin van de pandemie analyseren in het licht van sociale ongelijkheden.

3.2. Methode

Onze analyse heeft betrekking op de facturatiegegevens van gezondheidszorg die voor CM-leden terugbetaald is. We hebben de CM-leden ingedeeld in vier leeftijdsgroepen: 0 tot 5 jaar, 6 tot 11 jaar, 12 tot 14 jaar en 15 tot 17 jaar. Wanneer we het in dit artikel hebben over CM-leden, bedoelen we steeds de CM-leden jonger dan 18 jaar, tenzij we expliciet aangeven

dat het over alle CM-leden gaat. Alle cijfers, tabellen en figuren die in de rest van dit artikel worden voorgesteld, zijn gebaseerd op de CM-gegevens van leden tussen 0 en 17 jaar oud.

De CM-leden vertegenwoordigen momenteel ongeveer 40% van de Belgische bevolking (36,4% bij de 0-17-jarigen), maar de socio-demografische verdeling van de CM-leden is niet volledig identiek aan deze van de Belgische bevolking. De VT-rechthebbenden zijn ondervetegenwoordigd onder CM-leden jonger dan 18 jaar in vergelijking met de totale Belgische bevolking uit dezelfde leeftijdsgroep (in 2020 is 15% van de CM-leden VT-rechthebbende tegenover 21% bij de Belgische bevolking onder de 18 jaar). Om die reden kan een eventuele extrapolatie van onze cijfers naar de Belgische bevolking dus enigszins afwijken van de realiteit en dus een (onder)schatting vormen.

Om de evolutie vast te stellen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door kinderen in België, keken we naar de facturatiegegevens van CM-leden in drie sectoren: de ambulante psychiatrische en psychologische opvolging, de ziekenhuisopnames en dringende psychiatrische hulpverlening en de geneesmiddelen.

3.3. Ambulante psychiatrische en psychologische opvolging sector

We hebben alle ambulante verstrekkingen met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg geselecteerd die worden terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Hoewel huisartsen ook kunnen instaan voor de opvolging op vlak van geestelijke gezondheid, laten de facturatiegegevens dit niet toe dit te identificeren (de reden van een bezoek bij een huisarts staat niet op het zorgattest terugbetaald door de verzekeringsinstelling). Daarom valt de activiteit van huisartsen buiten het bestek van onze analyse. Vóór de invoering van de terugbetaling van psychologische raadplegingen in het kader van de hervorming van de "eerstelijnspsycholoog" in 2020, omvatten de geselecteerde ambulante verstrekkingen voornamelijk de prestaties van de psychiaters, namelijk:

- raadplegingen in de spreekkamer van de neuropsychiater en psychiater (categorie 1 in onderstaande tekst);
- psychotherapeutische behandeling in de spreekkamer van de psychiater (categorie 2);
- kinder- en jeugdpsychiatrie (categorie 3).

Deze laatste categorie omvat de psychotherapeutische behandeling van kinderen of jongeren onder de 18 jaar door de geneesheer-specialist in de psychiatrie, door middel van mediatietherapie. Deze verstrekkingen moeten altijd gepresteerd worden in aanwezigheid van een of meer volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding van het betrokken kind (deze laatste kan al dan niet aanwezig zijn).

Voor de psychotherapeutische behandeling van het kind zelf, zijn de prestaties opgenomen in categorie 2. Categorie 3 omvat ook psychiatrische evaluaties⁷, multidisciplinair overleg (al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding) en overleg tussen de psychiater en de psycholoog of orthopedagoog over de ambulante behandeling van de patiënt (zonder zijn aanwezigheid)⁸. Als gevolg van de lockdown in het kader van de COVID-19-pandemie, kunnen psychiaters deze prestaties nu via videoconferentie verrichten.

Sinds 1 april 2020 is het toepassingsgebied van de hervorming in de eerstelijnspsycholoog uitgebreid tot personen onder de 18 jaar. In het kader van deze hervorming wordt op voorschrift van de huisarts een terugbetaling van raadplegingen bij psychologen of orthopedagogen toegestaan voor depressieve, externe, sociale of angstproblemen, tot acht consulten per jaar. Ook deze prestaties worden meegenomen in de analyse.

3.4. Ziekenhuisopnames in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ)⁹ en spoedeisende psychiatrische hulp in ziekenhuizen

Om de evolutie van psychiatrische ziekenhuisopnames te analyseren, bekijken we de verblijven in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de verblijven in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). In algemene ziekenhuizen onderscheiden we voor onze analyse twee soorten psychiatrische diensten. Kinderafdelingen zijn bedoeld voor patiënten jonger dan 18 jaar, maar kunnen patiënten tot 23 jaar opnemen om de overgang naar diensten voor volwassenen mogelijk te maken. Deze meerderjarige patiënten vormen een zeer kleine minderheid en zijn niet opgenomen in onze analyse. Afdelingen voor volwassenen nemen dan weer minderjarige patiënten op vanaf 15 jaar.

Er zijn ook verschillende soorten plaatsen/bedden: residentiële ziekenhuisbedden (K-bedden voor kinderafdelingen), bedden voor daghospitalisatie (k1) en bedden voor nachthospitalisatie (k2). Deze verschillende verblijfstypes zijn allemaal opgenomen in onze analyse.

Bij een klassieke analyse van de evolutie van ziekenhuisopnames, kijken we naar de nieuwe opnames en de duur van ziekenhuisverblijven. Dit laat echter niet toe om de bezettingsgraad in deze diensten te beoordelen, hoewel het aantal plaatsen bekend en beperkt is. Daarom stellen wij hier een aanvullende analyse voor van de bezetting van de beschikbare bedden/plaatsen in PZ en PAAZ. Om deze statistiek te berekenen, bepaalden we het aantal CM-leden dat elke dag van het jaar werd geregistreerd (tussen hun opname- en ontslagdatum) en ook het gemiddelde per maand en vervolgens per jaar.

Voor de evolutie in het gebruik van dringende psychiatrische hulpverlening, hebben we ons gebaseerd op de facturatie van de erelonen voor het onderzoek in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de (neuro)psychiatrie opgeroepen door de arts die daar instaat voor de permanentie. Ook hebben we gekeken naar dringende psychiatrische interventies door psychiaters voor patiënten jonger dan 18 jaar (wetende dat deze door een behandelend arts moeten worden aangevraagd en plaatsvinden op een zaterdag, zondag, feestdag of na 21 uur en niet plaatsvinden op de dag van een ziekenhuisopname). Dit geeft dus slechts een gedeeltelijk beeld van dringende geestelijke gezondheidszorg, omdat in veel gevallen, hoewel de noodsituatie psychiatrisch van aard is, deze niet als zodanig wordt geregistreerd (bijvoorbeeld wanneer een psychiatrische ziekenhuisopname direct wordt overwogen na contact met de behandelende arts).

3.5. Geneesmiddelen voorgeschreven voor psychische aandoeningen

We analyseerden voor deze studie de gegevens over de geneesmiddelen voorgeschreven voor psychische aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald. We keken naar twee groepen geneesmiddelen van het tweede niveau volgens het anatomisch, therapeutisch en chemisch classificatiesysteem (*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System*)¹⁰: psychoanaleptica (N06) en psycholeptica (N05). We waren hier vooral geïnteresseerd in het aantal CM-leden voor wie dit soort medicatie is voorgeschreven en het volume van

7. De diepgaande psychiatrische beoordeling omvat, per sessie, ten minste één persoonlijk contact van ten minste 60 minuten met het kind of de jongere en/ of de persoon(en) die verantwoordelijk is(en) voor zijn of haar opleiding en dagelijkse begeleiding. Het kan ook worden gebruikt voor mogelijke contacten voor de heteroanamnese van derden en voor het geven van instructies aan derden (huisarts, onderwijsinstellingen, opvangcentrum) en voor de supervisie en gemeenschappelijke interpretatie van de noodzakelijke psychologische tests. De diepgaande psychiatrische beoordeling omvat, naast het diepgaand onderzoek van het kind of de jongere jonger dan 18 jaar, het opstellen van een gedetailleerd behandelplan, een of meer opiniegesprekken met de volwassene(s) die verantwoordelijk is(en) voor onderwijs en dagelijks toezicht en het starten van de behandeling (RIZIV, 2018).
8. Voorafgaand aan het consult specificeerde de psychiater de rol van de psycholoog of de orthopedagoog in een behandelplan dat werd opgesteld tijdens een grondige psychiatrische beoordeling, bemiddelingstherapie of ziekenhuisopname op een afdeling neuropsychiatrie van kinderen (afdeling K).
9. Zowel residentiële ziekenhuisopnames als dag- of nachthospitalisaties worden meegenomen in de analyse.
10. De ATC-classificatie categoriseert geneesmiddelen op basis van vijf niveaus: het eerste niveau of ATC1 classificeert geneesmiddelen volgens het orgaan waarop zij werken en het tweede niveau of ATC2 volgens de belangrijkste therapeutische eigenschappen. Het derde en vierde niveau of ATC3 en ATC4 komen overeen met chemische, farmacologische of therapeutische subgroepen, en op het vijfde niveau of ATC5 worden geneesmiddelen ingedeeld volgens een bepaalde chemische stof.

deze voorschriften, uitgedrukt in gedefinieerde dagelijkse doses (DDD), dit is de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is om een volwassen patiënt te behandelen voor de primaire indicatie voor dat geneesmiddel (zoals bepaald door de WHO).

3.6. Sociale ongelijkheden

Twee proxy's werden gebruikt om rekening te houden met sociale ongelijkheden en hun invloed op de geestelijke gezondheid:

- Het statuut "rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming" (VT) dat toelaat mensen met een laag inkomensniveau te identificeren;
- Fiscale gegevens over de statistische sectoren waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen, waarbij de methodologie van de in punt 2.4 bedoelde IMA-studie gebruikt wordt. (Avalosse, et al., *Inégalités sociales en santé*, 2019). De fiscale gegevens van 2018 (dit zijn de meest recente beschikbare gegevens) laten dus toe om het gemiddelde inkomensniveau van de woonsectoren te identificeren en vijf klassen te creëren. De sectoren "laagste", "laag", "midden", "hoog" en "hoogste" komen daarom overeen met het welvaartsniveau van de woonplaats van de leden.

3.7. Beperkingen van de studie

We kozen voor de gegevens over het gebruik van psychiatrische ambulante en ziekenhuiszorg en geneesmiddelen voor psychische problemen omdat dit in feite de belangrijkste (volledige en betrouwbare) gegevens zijn waarover ziekenfondsen beschikken. Maar alle zorg die niet terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, is ook niet opgenomen in onze gegevens. Hierdoor hebben we geen zicht op het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld slaap- en kalmeermiddelen) en zorg, zoals die van psychologen in de privépraktijk.

Onze gegevens bevatten ook geen informatie over bepaalde zorgvoorzieningen zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en de Services de santé mentale (SSM) die vallen onder en gefinancierd worden door de regionale¹¹ overheden. De CGG/SSM helpen in totaal 70.000 nieuwe mensen per jaar (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019) en zijn belangrijke spelers in geestelijke gezondheid. Ze bestaan uit multidisciplinaire teams (psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers) die gespecialiseerde ambulante zorg bieden, namelijk de opsporing, vroegdetectie en behandeling van psychische problemen (Mommerency, et al., 2011).

Op de eerstelijns wordt geestelijke gezondheidszorg ook geboden door huisartsen, het Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Kind en Gezin en door de centres psycho-médicosociaux (CPMS) / Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) en de wijkgezondheidscentra. Het is echter niet mogelijk om de geestelijke gezondheidsinterventies van deze organisaties en aanbieders te meten omdat ze ingebouwd zijn met in meer algemene praktijk. Er bestaan ook andere initiatieven waarvan we het gebruik niet kunnen kwantificeren, zoals TeJo in Vlaanderen, een vereniging die het tekort aan specialisten wil opvullen die jongeren toegankelijke en (gratis) professionele hulp bieden. In 2019 ondersteunden de vrijwilligersprofessionals van TeJo in Vlaanderen 2.528 jongeren onder de 20 jaar (TeJo, 2019).

De berekening van het gebruik van terugbetaalde zorg betekent dat het gebruik van een deel van het aanbod wordt gemeten, maar stelt ons niet in staat de vraag zoals uitgedrukt door de patiënt of zijn werkelijke behoeften te evalueren. Enerzijds beschikken wij immers niet over kwantitatieve indicatoren over de wachtlijsten die de omvang van de vraag zouden kunnen aangeven. Anderzijds kan de reële behoefte groter zijn dan de vraag, met name door het stigma dat nog steeds rust op de geestelijke gezondheid of de financiële ontoegankelijkheid van bepaalde diensten, waardoor patiënten en hun familie geen hulp zoeken. Ook bestaat het risico dat sommige behoeften door de mensen zelf niet worden gevoeld, bijvoorbeeld omdat ze worden ontkend.

4. Ambulante psychologische en psychiatrische opvolging

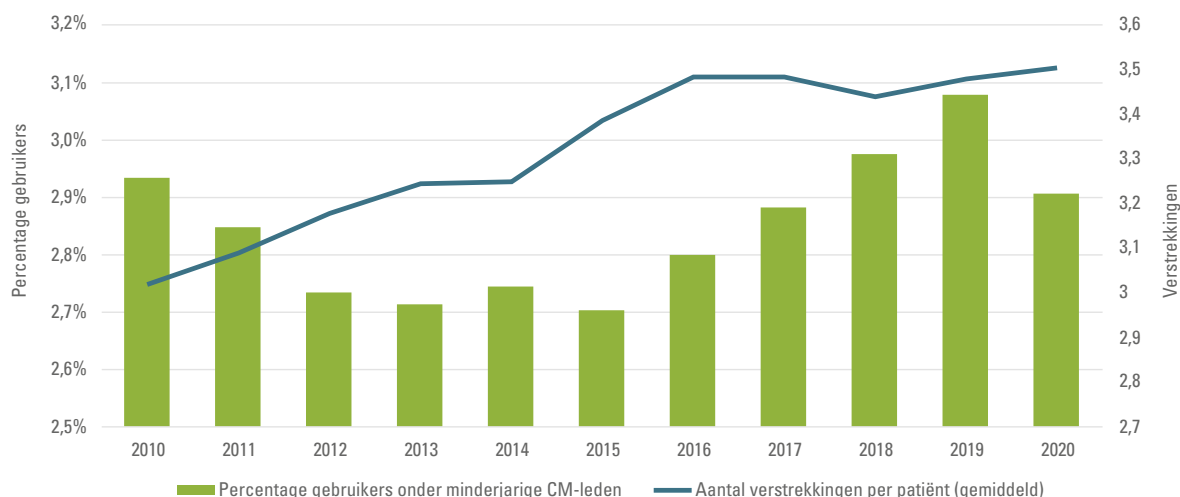
4.1. Evolutie van het aanbod aan en het gebruik van ambulante zorg door de psychiater in de afgelopen tien jaar

Om het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg te analyseren, hebben we rekening gehouden met het percentage patiënten dat deze zorg ontvangt onder CM-leden jonger dan achttien. Dit maakt het mogelijk om na te gaan of de aldus geïdentificeerde trends niet te maken hebben met veranderingen in het aantal CM-leden, dat van jaar tot jaar kan verschillen.

Wanneer we alle verstrekkingen analyseren die beschouwd kunnen worden als ambulante opvolging door een psychiater tussen 2010 en 2020, zien we een reeks belangrijke variaties (zie Figuur 1). Deze figuur laat toe de evolutie over tijd te zien van de gegevens op de twee verticale assen. De linker as geeft het aandeel CM-leden weer dat ambulante zorg ontvangt. De rechter as geeft het gemiddeld aantal verstrekkingen per pa-

11. Er zijn 65 CGG in Wallonië, 20 in Vlaanderen, 27 in Brussel (5 voor COCOF, 22 voor GGC) en één centrum in de Duitstalige Gemeenschap.

Figuur 1: Evolutie van het percentage CM-leden dat gebruik maakt van ambulante (neuro) psychiatrische opvolging en het gemiddelde aantal verstrekkingen per patiënt tussen 2010 en 2020 (0-17 jaar)



tiënt per jaar. Allereerst zien we dat het aandeel CM-leden dat gebruik maakt van dit soort zorg van 2010 tot 2013 afneemt, en vervolgens vanaf 2015 continu toeneemt. Daarnaast zien we dat het gemiddelde aantal verstrekkingen per patiënt gedurende de periode toeneemt, van 3 verstrekkingen per jaar in 2010 tot 3,5 in 2019 - de mediaan blijft stabiel met 2 verstrekkingen per patiënt per jaar.

De fluctuatie in figuur 1 tussen 2010 en 2015 is veeleer te wijten aan veranderingen in het aanbod van geestelijke gezondheidszorg dan aan veranderingen in de vraag. Na de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2015 en de invoering van nieuwe kinder- en jeugdpsychiatrische verstrekkingen vanaf 2013 (met name die voor overleg tussen artsen), zien we dus een aanzienlijke toename van de volumes in deze categorie (onafgebroken tussen 2010 en 2019) met meer evaluaties, mediatherapieën en multidisciplinair overleg. Daar tegenover staat een gestage afname van de verstrekkingen die alleen in de spreekkamer van de psychiater worden uitgevoerd (consultaties en psychotherapeutische sessies). Deze fluctuatie is dan ook te wijten aan de hervorming van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, met meer omvattende en geïntegreerde zorg, die aandacht besteedt aan de goede samenwerking tussen de verschillende actoren en de entourage van kinderen en jongeren (FOD Volksgezondheid, 2015).

In 2020 is er echter, zoals te zien is in figuur 1, sprake van een afname van het aandeel patiënten met toegang tot psychiatrische ambulante zorg.

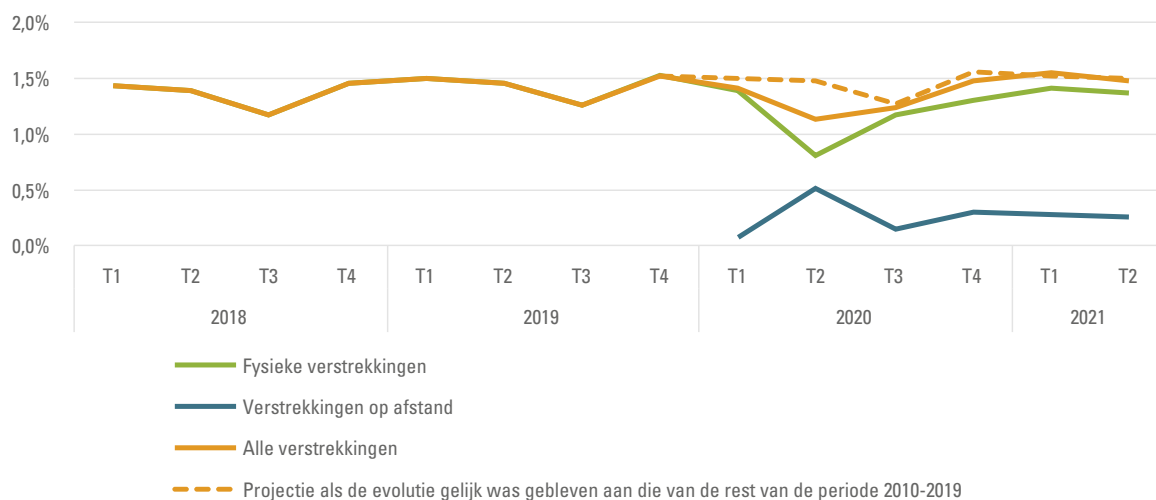
4.2. Evolutie van het gebruik van ambulante zorg in tijden van COVID-19

Figuur 2 laat per kwartaal de evolutie zien van het percentage CM-leden dat tussen 2018 en 2021 ambulant opgevolgd wordt bij de psychiater. Vanaf het eerste kwartaal van 2020, de periode die overeenkomt met het begin van de COVID-pandemie (medio maart 2020), is er een daling van het percentage patiënten dat zorg ontvangt in vergelijking met een prognose die is gemaakt voor de situatie waarbij de evolutie vergelijkbaar zou zijn gebleven met die van de periode 2010-2019.

Er is dan een grote kloof tussen deze projectie en het percentage patiënten dat toegang heeft tot zorg in het tweede kwartaal van 2020, wat overeenkomt met de periode van de eerste golf van de gezondheidscrisis in België, toen de overheden strikte inperkingsmaatregelen namen. Het verbod op niet-essentiële verplaatsingen, de angst bij de mensen zelf om zich te verplaatsen (vooral voor consultaties in ziekenhuizen), het besluit om “niet-dringende” zorg uit te stellen, kunnen allemaal factoren zijn die de drastische daling van het aantal patiënten met fysieke consultaties bij de psychiater, kunnen verklaren. Deze hypothesen moeten echter verder worden onderzocht.

De overheden hebben snel gereageerd door de terugbetaling van teleconsultaties in de verplichte verzekering toe te staan ter compensatie van de onmogelijkheid om naar de psychiater te gaan. In het 2^e kwartaal van 2020 hadden hierdoor 4.248 patiënten, of 0,5% van de CM-leden jonger dan 18 jaar, toegang

Figuur 2: Evolutie van het percentage CM-leden dat van 2018 tot 2021 gebruik maakt van ambulante opvolging, per kwartaal (0-17 jaar)



tot opvolging op afstand. Dit maakte het evenwel niet mogelijk om het gat met de projectie te dichten, zoals te zien is in figuur 2. Mogelijk hadden bijna 3.000 patiënten in deze periode geen toegang tot zorg.

Aan de andere kant sluit het percentage patiënten met toegang tot zorg vanaf het derde kwartaal van 2020 zich aan bij de prognose (schoolvakantieperiode en pandemische stilte). Dit is ook zo in het vierde kwartaal van 2020 wanneer nieuwe maatregelen met betrekking tot de pandemie zijn genomen. In het eerste kwartaal van 2021 overtreft het percentage patiënten dat zorg ontvangt lichtjes de voorspelling.

Ondanks de alarmerende oproepen van de vele geestelijke gezondheidsdiensten over de toegenomen behoefte aan geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren, bevestigen deze cijfers echter niet de hypothese van een explosie van de vraag als gevolg hiervan. Als enerzijds het aanbod niet uitgebreid wordt, of er is een tekort aan plaats en personeel in diensten, kan dit verklaren waarom de toename van de vraag niet wordt weerspiegeld in de gegevens. Anderzijds is het feit dat de lockdown de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk heeft verminderd een belangrijke beperking voor de interpretatie van gegevens van zorggebruik in relatie tot de veranderende vraag.

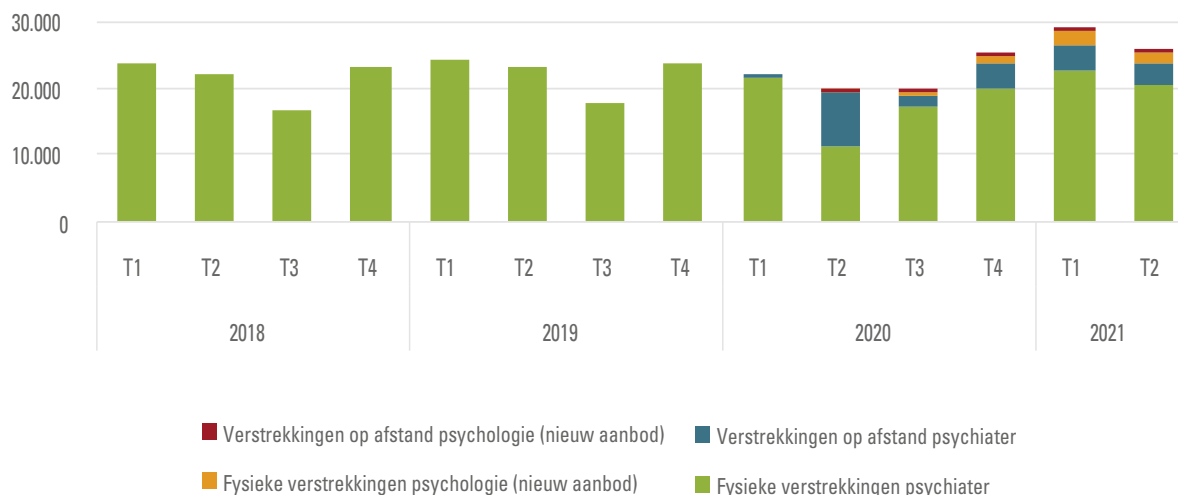
Gelijktijdig met de COVID-19-crisis is, in april 2020, de toepassing van de hervorming van de eerstelijnspsychologie uitgebreid tot de minderjarigen. Dit opende de mogelijkheid om onder een reeks voorwaarden de terugbetaling van psycholo-

gische consultaties te verkrijgen. Voor 18-jarigen worden momenteel echter weinig verstrekkingen geregistreerd, met 466 patiënten voor 1.888 (tele)consultaties in 2020 en 1.009 patiënten voor 4.328 (tele)consultaties in de eerste helft van 2021.

In het algemeen maken de invoering van nieuwe psychologische consultaties en de mogelijkheid van teleconsultatie voor zowel psychologische als psychiatrische consultaties, het niet mogelijk om het niveau van voorgaande jaren te bereiken, met een bijzonder duidelijk verschil in het tweede kwartaal (zie Figuur 3). Als de toename van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg gelijk was gebleven aan die in de periode 2010-2019, had er in het eerste kwartaal van 2020 een toename van het volume aan verstrekkingen met 1,6% moeten zijn ten opzichte van hetzelfde kwartaal van het voorgaande jaar. Er was echter een daling met 8,7%. De bevinding is hetzelfde voor het tweede kwartaal van 2020: er was een daling met 16,6% in plaats van een stijging met 2,1%. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat dit nieuwe verstrekkingen zijn en er een zekere 'opstarttijd' nodig is. Wanneer hervormingen worden doorgevoerd, vraagt het tijd voordat het aanbod bekend is bij het grote publiek en voordat zorgverleners bereid zijn om deze diensten aan te bieden. Ook op het vlak van teleconsultaties is een zekere aanpassing nodig aan de kant van de zorgverleners, die er misschien niet bij iedereen onmiddellijk is.

Daarentegen is er vanaf het einde van de lockdown in de zomer 2020, en dankzij de invoering van nieuwe geestelijke gezondheidsverstrekkingen, in het derde kwartaal van 2020 een

Figuur 3: Evolutie van het volume van verstrekkingen die worden terugbetaald in het kader van een ambulante opvolging tussen 2018 en 2021, per kwartaal (CM-leden 0-17 jaar)¹²



toename van het volume verstrekkingen in de ambulante GGZ met 8,7%, met 5,8% in het vierde en ook in het eerste kwartaal van 2021. De totale toename bedraagt 17,9%. In het eerste kwartaal van 2021 hebben in totaal 13.463 patiënten toegang tot dit type zorg, een stijging met 8,7% ten opzichte van 2019. We merken dan ook dat wanneer het aanbod van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg zich uitbreidt, we in onze gegevens meer patiënten tellen met een ambulante opvolging.

5. Ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening

5.1. Psychiatrische ziekenhuisopnames

Volgens cijfers van de FOD Volksgezondheid is het aantal verblijven in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren de voorbije jaren sterk gestegen, zowel in algemene ziekenhuizen als in psychiatrische ziekenhuizen (FOD Volksgezondheid, 2021).

Onze cijfers leiden tot dezelfde vaststelling met, tussen 2010 en 2019, een toename van nieuwe opnames met 20,9% in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en met 34,7% in psychiatrische

afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) (zowel residentiële ziekenhuisopnames als dag- of nachthospitalisaties zijn opgenomen in de analyse). In dezelfde periode is er een fluctuatie in de verblijfsduur met een afname van de mediane duur in PZ en een toename van de mediane duur bij kinderen in PAAZ. Er is echter geen significante verandering tussen 2019 en 2020: de mediane verblijfsduur in PZ neemt toe van 40 tot 41 hospitalisatiedagen per jaar per patiënt en blijft stabiel in kinder-PAAZ met 53 dagen. Wat betreft het aantal nieuwe opnames was er een grote daling in het tweede en vierde kwartaal van 2020, gevolgd door een stijging in het eerste kwartaal van 2021. Met de cijfers kunnen we dus een toenemend gebruik observeren, maar ze laten ons niet toe de beschikbaarheid van diensten te meten.

Voor onze studie keken we ook naar het gemiddelde aantal CM-leden jonger dan 18 jaar dat gelijktijdig in het ziekenhuis is opgenomen, wat overeenkomt met de gemiddelde bezetting van bedden/plaatsen tijdens het jaar (zie Figuur 4). We zien een gestage toename van het aantal bezette bedden/plaatsen. Waar we in 2020 een lichte daling waarnemen, die kan worden toegeschreven aan de COVID-19-crisis, zien we echter dat in 2021 een recordbezetting wordt bereikt met een gemiddelde van 249 (PZ) en 210 (PAAZ) bedden/plaatsen die per dag worden bezet door CM-leden. We wijzen erop dat de gegevens

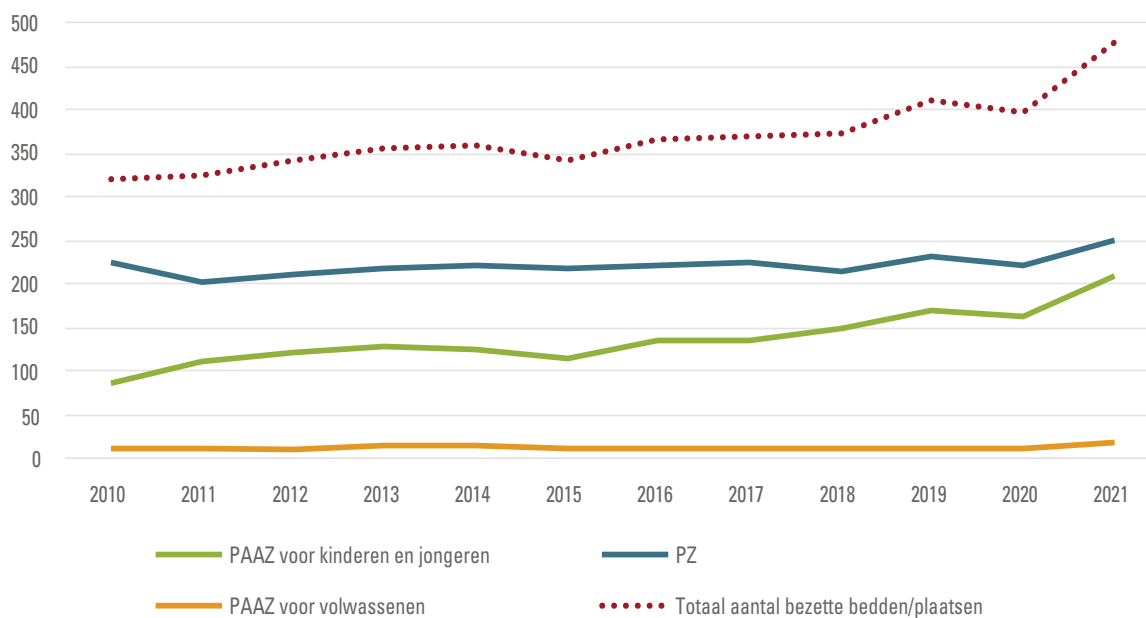
12. Wat betreft de raadplegingen is er een duidelijke trend tussen 2010 en 2019 tussen de verschillende kwartalen. Over het jaar is het aantal patiënten altijd lager tijdens het derde trimester, wat overeenkomt met de zomervakantieperiode, en hoger tijdens het vierde trimester, wat overeenkomt met de terugkeer naar school.

voor het jaar 2021 nog onvolledig zijn en kunnen variëren wanneer alle informatie beschikbaar is over ziekenhuisopnames en deze wordt opgenomen in onze databases. Tegelijkertijd wijzigt ook het aantal beschikbare bedden/plaatsen in PZ en PAAZ van 961 in 2010 naar 1.289 in 2020 (644 in Vlaanderen, 391 in Wallonië, 254 in Brussel) (FOD Volksgezondheid, 2021).

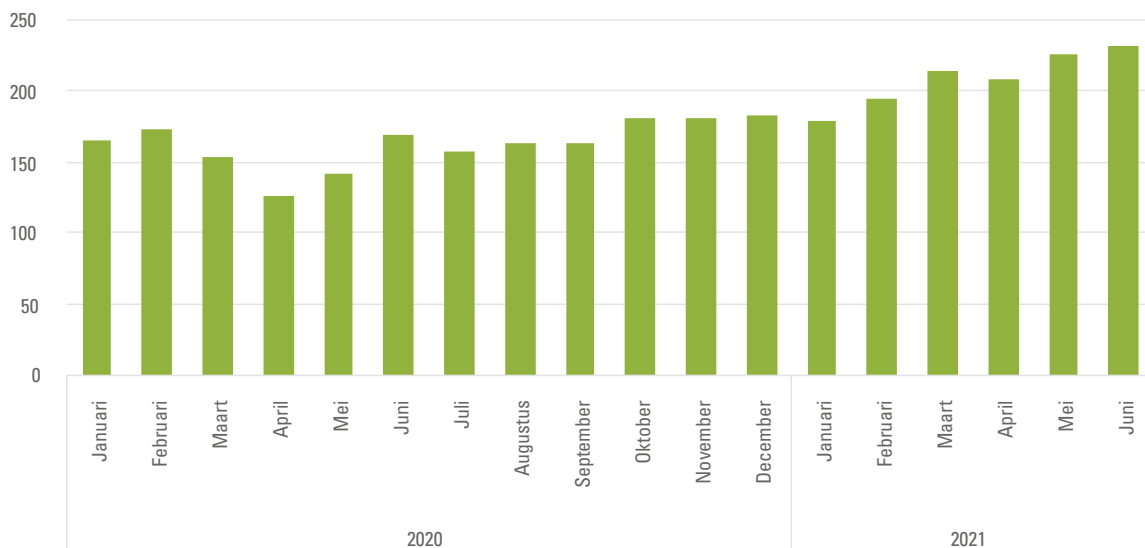
Hoe moeten we de CM-gegevens lezen? Op één januari 2020 bedraagt het aantal beschikbare bedden in de PZ in België voor kinderen jonger dan 18 jaar 687 en in de PAAZ 602 (FOD Volksgezondheid, 2021). In 2020 zien we echter dat gemiddeld 220 bedden bezet zijn door CM-leden in de PZ en 164 in de PAAZ. Wetende dat onze leden van 0 tot 17 jaar 36,4% van de Belgische patiënten van dezelfde leeftijdsgroep vertegenwoordigen (cijfers 2020), dat personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) ondervertegenwoordigd zijn onder CM-leden in vergelijking met de volledige Belgische bevolking in deze leeftijdsgroep en dat deze bezettingscijfers gemiddelden zijn over het jaar, betekent dit dat op een bepaalde dag, er een zeer groot risico is dat de beschikbare bedden/plaatsen allemaal bezet zullen zijn en dat patiënten die een psychiatrische ziekenhuisopname nodig hebben, niet zullen kunnen worden opgenomen. Zo bereiken we in 2020 een maximum op 28 januari met 250 bezette bedden/plaatsen in de PZ en op 26 november met 204 bezette bedden/plaatsen in de PAAZ door CM-leden.

Wanneer we de bezetting van de bedden/plaatsen op de afdelingen kinder(neuro)psychiatrie van algemene ziekenhuizen nader bekijken, zien we een significante afname tijdens de lockdown van maart tot mei 2020 (zie Figuur 5). Vanaf het derde kwartaal van 2020 tot het tweede kwartaal van 2021 neemt de bezetting gestaag toe. Deze ontwikkeling doorbreekt de trend van voorgaande jaren, gekenmerkt door een daling van de bezette bedden/plaatsen in het derde kwartaal. Deze periode komt overeen met de zomervakantie en vanuit dit oogpunt volgen ziekenhuisopnames het schooljaar. In het derde kwartaal van 2020 zien we een dergelijke daling echter niet. Integendeel, we zien een toename, die zou kunnen worden geïnterpreteerd als een inhaalbeweging van zorg die niet werd verleend tijdens de lockdown in het tweede trimester. De zeer sterke toename van bezette bedden/plaatsen in 2021 kan ook een aanwijzing zijn voor een toegenomen zorgbehoefte. Deze toename is zorgwekkend en kan een weerspiegeling zijn van de gevolgen van de COVID-19-crisis voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren, evenals het gevolg van een tijdelijke afname van de ambulante opvolging.

Figuur 4: Gemiddeld aantal CM-leden gelijktijdig opgenomen in het ziekenhuis tussen 2010 en 2021 (0-17 jaar)



Figuur 5: Gemiddeld aantal CM-leden dat in 2020 en 2021 gelijktijdig in het ziekenhuis is opgenomen in kinder-PAAZ (0-17 jaar)



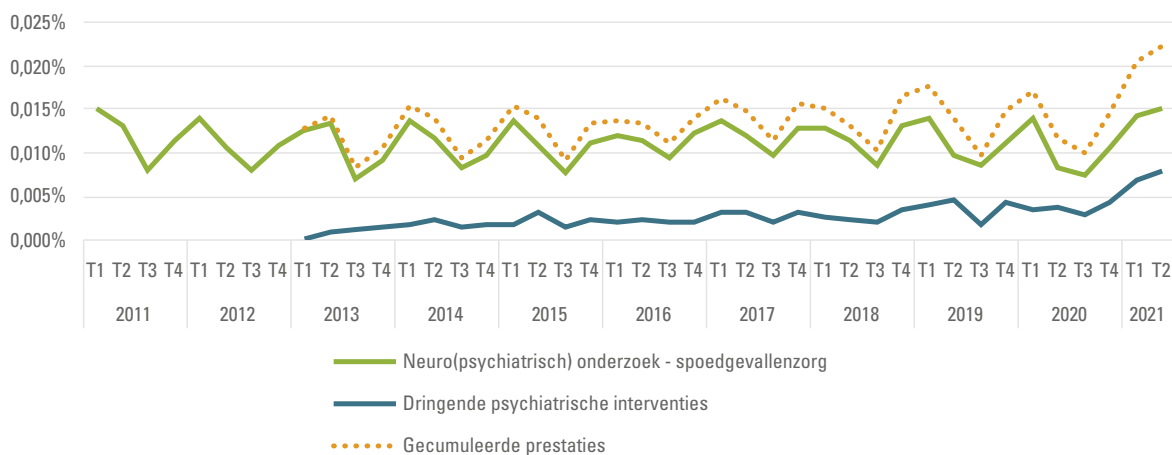
5.2. Dringende psychiatrische hulpverlening

Onder de CM-leden is er in 2020 een daling van het aantal patiënten dat op de spoeddienst wordt opgenomen en een (neuro) psychiatrisch onderzoek krijgt. Voor het ganse jaar gaat in totaal om 316 patiënten. Deze daling is vooral in het tweede en derde kwartaal opvallend (zie Figuur 6). Aan de andere kant is er in de eerste helft van 2021, hoewel de cijfers nog onvolledig kunnen zijn, al een duidelijke toename van spoedopnames, zowel wat betreft het aantal opnames als het aantal patiënten,

om vervolgens aantallen te bereiken die sinds 2011 niet meer zo hoog waren.

Daarnaast zijn dringende psychiatrische interventies door psychiaters in 2013 in de nomenclatuur opgenomen. Opgeteld bij de spoedopnames zien we dat de totale toename van het gebruik van dringende psychiatrische hulpverlening in 2021 zeer significant is (zie Figuur 6). Dit is ook wat we zagen bij de ziekenhuisopnames.

Figuur 6: Evolutie van het percentage CM-leden dat tussen 2010 en 2021 dringende psychiatrische hulp kreeg, per kwartaal (0-17 jaar)



6. Voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen

Wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen voor psychische problemen in 2020, zien we in de eerste plaats een voorspelbare daling van het aantal patiënten dat in de eerste helft van het jaar voorschriften krijgt. De cijfers bereiken een zeer laag niveau in het tweede kwartaal van dat jaar en stijgen vervolgens aanzienlijk in de winter, zonder echter het niveau van voorgaande jaren te bereiken. In 2020 zien we ook eerst een afname en vervolgens een toename van het totale volume van voorgeschreven geneesmiddelen, dat wil zeggen het totale volume van gedefinieerde dagelijkse dosissen (DDD). Deze trend volgt echter niet helemaal het afgenomen aantal patiënten aan wie deze geneesmiddelen worden voorgeschreven. Integendeel, het totale volume van de voorgeschreven dosissen blijft in 2020 vergelijkbaar met voorgaande jaren met een lichte stijging in het vierde kwartaal. Deze discrepantie tussen het aantal patiënten en het volume van de geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven, resulteerde in een toename van het gemiddelde volume van de geneesmiddelen die per patiënt worden voorgeschreven: het aantal patiënten neemt af, maar het volume van voorschriften neemt toe. Zo laat figuur 7 zien dat het gemiddelde volume per patiënt in 2020 met 17,3% toeneemt ten opzichte van 2019, ondanks de daling van het percentage CM-leden dat medicatie kreeg voorgeschreven voor psychische problemen (% gebruikers).

Wat betekent deze toename van het gemiddelde volume in de praktijk als het aantal patiënten afneemt of stabiel blijft? Dit kan betekenen dat geneesmiddelen voor een langere periode worden voorgeschreven en/of de voorgeschreven dosis wordt verhoogd. Voor patiënten die al worden gevolgd, kan dit een indicatie zijn voor een verslechtering van hun situatie. Voor nieuwe patiënten, kan dit betekenen dat er, in vergelijking met het verleden, een ernstiger klinisch beeld is op het moment dat geneesmiddelen worden voorgeschreven. Het klopt dat er een jaarlijks stijgende trend is wat het aantal voorschriften betreft: Het jaargemiddelde voor 2019 ligt 6% hoger dan dat van 2018. Toch overtreft de stijging in 2020 het verschil tussen de jaren 2019 en 2018. Dit suggereert een aanzienlijke impact van de pandemie op het toenemend aantal voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen.

In wat volgt kijken we naar de meer gedetailleerde gegevens voor het jaar 2020. Bij de geneesmiddelen die voor jonge patiënten werden voorgeschreven, richten we ons op:

- psychoanaleptica (met name psychostimulantia en antidepressiva): qua volume aan DDD zijn dit de meest voorgeschreven geneesmiddelen in België (in 2020 maken ze 80% uit van het totale volume aan geneesmiddelen dat wordt voorgeschreven aan jongeren onder de 17 jaar);

Figuur 7: Evolutie over de laatste tien jaar van het voorschrijven van geneesmiddelen voor psychische problemen (openbare en ziekenhuisapotheken; CM-leden 0-17 jaar)



- psycholeptica (antipsychotica, hypnotica en kalmerende middelen en anxiolytica): in 2020 kreeg gemiddeld 35% van de gebruikers van geneesmiddelen voor geestelijke gezondheidsproblemen dit soort geneesmiddelen voorgeschreven.

Voor *psychoanaleptica* kunnen we in 2020 een lichte stijging van het gemiddelde volume in DDD per patiënt vaststellen, vooral voor antidepressiva. Voor de voorgaande jaren kan echter een soortgelijke stijging worden vastgesteld. Zoals het KCE ook opmerkt, "hoewel in heel Europa een stijging wordt waargenomen van het aantal voorschriften van antidepressiva, blijven de Belgische cijfers beduidend hoger dan in andere Europese landen" (Devos, et al., 2019, p. 71).

Het zijn de *psycholeptica* die in 2020 meer worden voorgeschreven dan in voorgaande jaren in vergelijking met andere geneesmiddelen. In 2020 stijgt het gemiddelde volume voorschriften per patiënt met 37% ten opzichte van 2019. Terwijl het aantal patiënten met 23% daalt ten opzichte van het voorgaande jaar, stijgt het totale volume voorschriften met 6%.

a) Bij psycholeptica gaat het vooral om *hypnotica en kalmerende* middelen. Het aantal patiënten dat dit soort geneesmiddelen krijgt voorgeschreven, is in 2020 met 33% drastisch gedaald ten opzichte van 2019, terwijl de gemiddelde hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen per patiënt met

bijna 7% toeneemt. Volgens onze gegevens worden dit soort geneesmiddelen door ziekenhuisapotheken verstrekt aan ziekenhuispatiënten en ambulante patiënten. Waarschijnlijk weerspiegelen deze cijfers de aanzienlijke daling van het aantal ziekenhuisopnames in 2020. Merk op dat we het hier niet hebben over noodsituaties waarbij de situatie vergelijkbaar bleef met voorgaande jaren tot het laatste kwartaal van 2020, toen het gemiddelde volume hypnotica en kalmerende geneesmiddelen dat per patiënt werd voorgeschreven aanzienlijk steeg.

b) Het lijkt ons ook belangrijk om de evolutie in het voorschrijven van de andere groep psycholeptica - de *antipsychotica* te benadrukken. Dit type geneesmiddel wordt in principe voorgeschreven bij ernstige psychische problemen zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen, ASS en pervasieve ontwikkelingsstoornissen, evenals het syndroom van Tourette en chronische motorische tics. Uit CM-gegevens blijkt dat het gemiddelde DDD-volume per patiënt toeneemt met bijna 7%, terwijl het aantal patiënten in 2020 nauwelijks verandert (zie Figuur 8).

Elke verandering in het voorschrijven van antipsychotica vereist speciale aandacht, vooral bij kinderen en jongeren. Dit zijn zware medicamenteuze behandelingen met aanzienlijke bijwerkingen, die in ernstige (vaak chronische) gevallen worden voorgeschreven en waarvan de invloed op de gezondheid

Figuur 8: Evolutie van het aantal voorschriften voor antipsychotica in de afgelopen tien jaar (openbare en ziekenhuisapotheken; CM-leden 0-17 jaar)



en het leven van mensen in het algemeen niet mag worden onderschat. Daarom is de stijging van het gemiddelde volume antipsychotica dat per patiënt wordt voorgeschreven in vergelijking met het jaar daarvoor des te opvallender, aangezien volgens een rapport van het RIZIV op basis van gegevens van 2019, “de stijgende trend in DDD-consumptie [van alle leeftijden] die al enige tijd wordt waargenomen, sinds 2017 is afgevlakt”, en “antipsychotisch gebruik is de afgelopen drie jaar niet significant veranderd”, waarbij het aantal patiënten en het aantal DDD stabiel bleven (Directie Farmaceutisch Beleid, 2020, pp. 97-100).

De stijging van de gemiddelde hoeveelheid antipsychotica per patiënt is te zien voor alle leeftijdsgroepen van 0 tot 17 jaar, maar het is voor kinderen jonger dan 6 jaar en jongeren van 15 tot 17 jaar dat de sprong in 2020 het grootst was. Zo kan worden vastgesteld dat het gemiddelde volume de laatste drie jaar met bijna 50% is gestegen voor de eerste groep en met 30% voor de tweede.

Wat betreft het type voorschrijver zien we geen significante veranderingen in het jaar 2020. Over het algemeen is 60% van de voorschrijvers van antipsychotica in België huisarts en 40% specialist. In termen van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen (in DDD), schrijven specialisten echter in totaal 1,5 keer meer volume geneesmiddelen voor dan huisartsen. Dit wordt uiteraard verklaard door het feit dat specialisten meerdere patiënten volgen, terwijl een huisarts gemiddeld aan één patiënt per jaar antipsychotica voorschrijft. In 2020 waren het vooral specialisten in neurologie en psychiatrie die meer dan voorheen moesten voorschrijven. Kijken we naar de plaats van aflevering van de geneesmiddelen, worden de meeste antipsychotica via de publieke apotheken aan CM-leden bezorgd.

7. Sociale ongelijkheid en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg

7.1. Klassen van statistische woonsectoren

[Ambulante opvolging](#)

De analyse van de relatie tussen het gebruik van alle prestaties ambulante zorg met opvolging door een psychiater en de gegevens over statistische sectoren voor het jaar 2018 wijst op een sociale gradiënt. In de statistische sectoren met hoge inkomens, is de kans dat men gebruik maakt van zorg groter. Kinderen in de hoogste klasse hebben dus 12% meer kans om gebruik te maken van deze zorg ($= [102,1/91,6] - 1$) in vergelijking met kinderen in de laagste klasse. (zie Figuur 9). Het verschil is het meest zichtbaar in de statistische sectoren met de laagste inkomens, wat erop wijst dat financiële toegang een reëel probleem is in statistische sectoren waar de aangegeven inkomens onder het gemiddelde liggen. Boven een bepaald inko-

mensniveau is er geen verschil meer in gebruik van ambulante zorg.

Er dient ook opgemerkt te worden dat er ook een sociale gradiënt is in het voorkomen van psychische problemen, maar daar zien we net het tegenovergestelde. Hoe zwakker de sociaaleconomische positie, hoe meer gezondheidsindicatoren de neiging hebben te verslechteren (zie punt 2.4). Hoewel de minst goeude mensen net degenen zijn die deze zorg het meest nodig hebben, hebben ze minder kans om er gebruik van te maken. De omgekeerde wet van de zorg die het gebrek aan rechtvaardigheid in het zorgstelsel beschrijft, geldt dus ook voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (50 years of the inverse care law, 2021).

[Ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening](#)

Zoals we in punt 2.4. hebben gezien, toont een studie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) het bestaan aan van een uitgesproken sociale gradiënt voor psychiatrische ziekenhuisopnames voor de hele Belgische bevolking in 2016, met een extra risico van 149% voor personen die tot de laagste klasse behoren in vergelijking met personen die tot de hoogste klasse behoren (Avalosse, et al., 2019). We hebben deze oefening herhaald voor CM-leden jonger dan 18 jaar. De resultaten tonen dat er voor kinderen in de armste klasse een verhoogd risico van 32% is op ziekenhuisopname is ($= [116,6/88,5] - 1$) en dat dit risico, gezien het lineaire karakter van de relatie van de index met de klasse van statistische sectoren, bovendien sterk afhankelijk is van het inkomen van de bevolking (zie Figuur 10).

Aan de andere kant lijkt voor dringende psychiatrische hulpverlening de frequentie van het gebruik van de spoeddiensten en dringende psychiatrische interventies veeleer “egalitair” (geen gradiënt aanwezig).

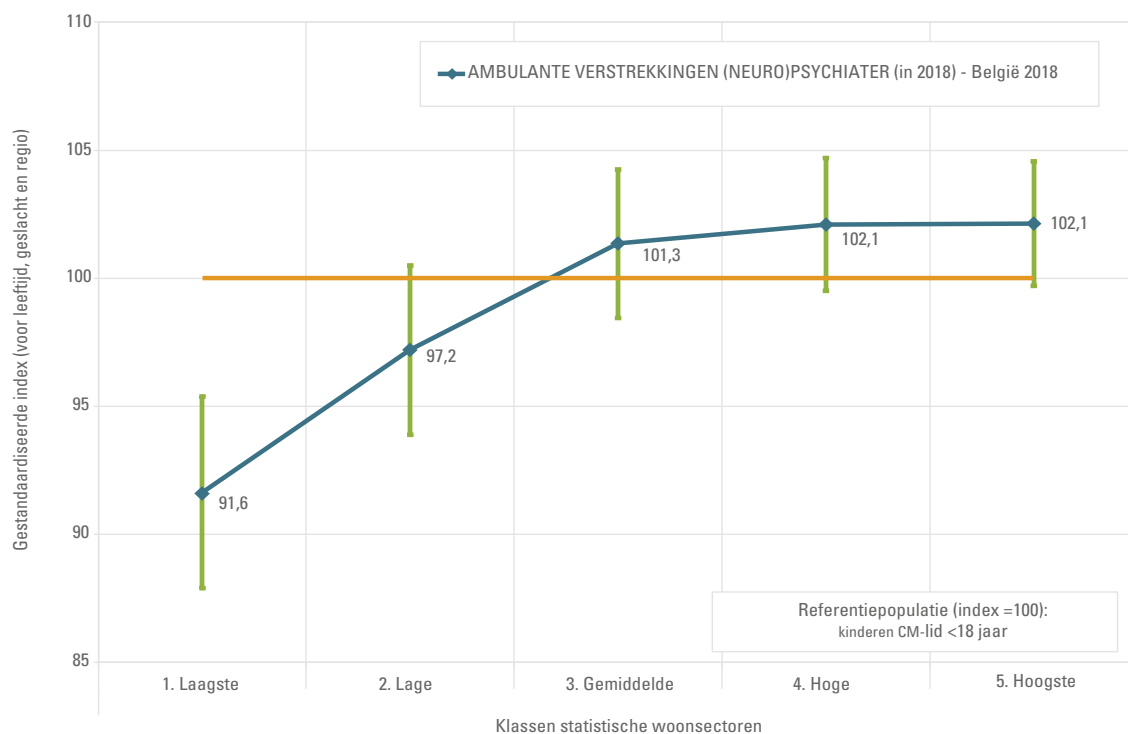
[Voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen](#)

Tot slot hebben we gekeken naar het voorschrijven van geneesmiddelen en meer specifiek van antidepressiva en antipsychotica. Daar waar de analyse niet aantoonde dat er in 2018 een sociale gradiënt was voor de voorschriften voor antidepressiva voor kinderen jonger dan 18 jaar, zien we wel een aanzienlijke impact van sociale ongelijkheid op het voorschrijven van antipsychotica.

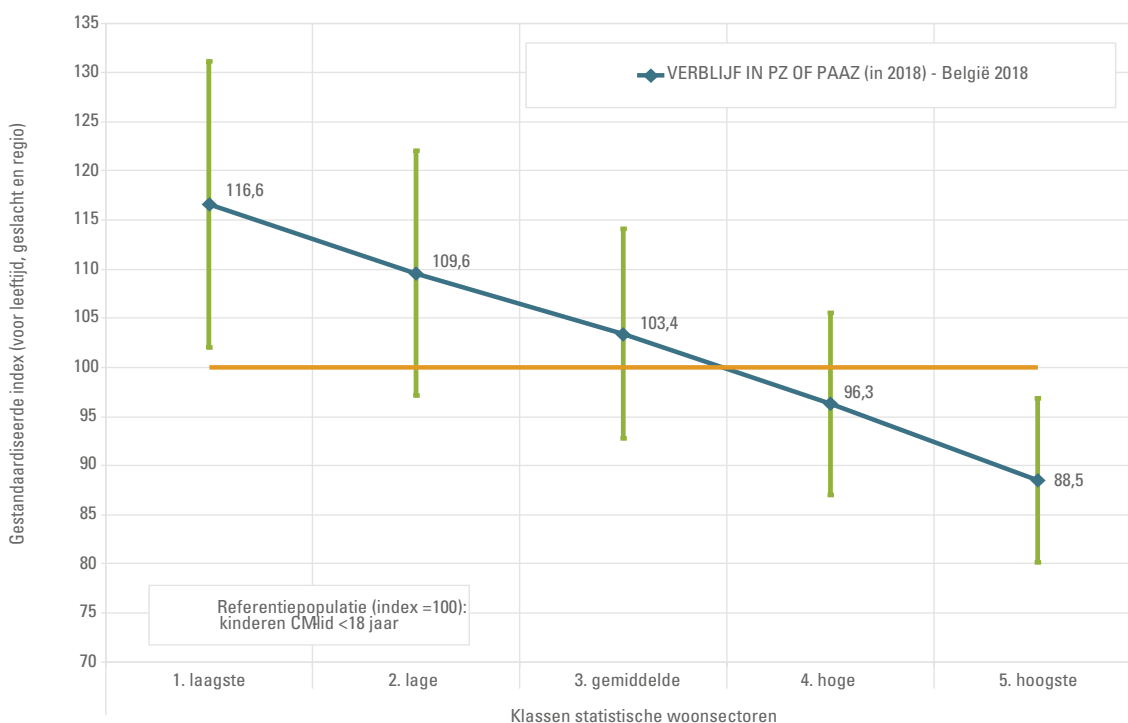
In 2018 hebben kinderen in de laagste inkomensklasse een extra risico van 37% ($[113,1/82,7] - 1$) om dit type geneesmiddel te gebruiken in vergelijking met kinderen in de hoogste klasse (zie Figuur 11). In 2016 was dit risico nog groter: 67%.

Hoewel het moeilijk is om het verschil in risico in 2020 precies te voorspellen, kan verondersteld worden dat dit verschil er nog steeds zal zijn, omdat sociale gradiënten over het algemeen zeer stabiel zijn over de tijd. Zo was in 2012 het risico

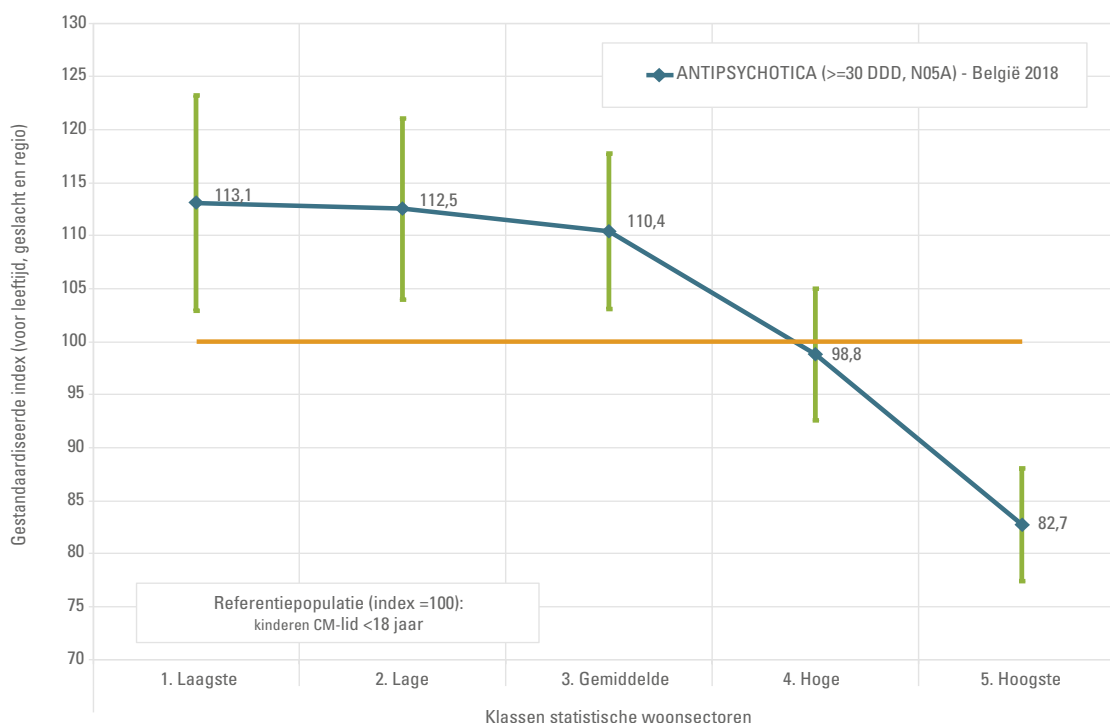
Figuur 9: Relatief risico op het gebruik maken van psychiatrische ambulante zorg per klasse van statistische sectoren (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



Figuur 10: Relatief risico om opgenomen te worden in PZ of PAAZ per statistische sector (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



Figuur 11: Relatief risico voor het gebruik van antipsychotica per statistische sector (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



in de Belgische bevolking (alle leeftijden samen) uit de minst goegede klasse om antipsychotica voorgeschreven te krijgen 114% hoger dan dat van de personen uit de hoogste klasse (Avalosse, Vancorenland, & Verniest, De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan., 2015, p. 31) en in 2016 was dit risico nauwelijks veranderd (112%).

7.2. VT statuut

De tweede indicator die ons in staat stelt om de relatie tussen sociaaleconomische status en het gebruik van zorg te analyseren, is het statuut “rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming”. Hierbij wordt het aantal VT-gebruikers van ambulante zorg vergeleken met het aantal niet-VT-gebruikers en het totale aantal CM-VT-leden met het aantal niet CM-VT-leden. Als het aandeel VT-leden hoger is onder de zorggebruikers dan in de populatie, betekent dit dat er een oververtegenwoordiging van leden met VT onder de zorggebruikers is en dus zij frequenter een beroep doen op deze zorg dan niet-VT-leden.

Uit de CM-gegevens blijkt dat het percentage VT-leden dat ambulante zorg consumeert niet veel hoger ligt dan het percentage VT-leden onder onze leden. Zo heeft in 2020 18% van de ambulante zorgvragers onder de 18 jaar recht op de ver-

hoogte tegemoetkoming, terwijl dit bij de CM-leden in dezelfde leeftijdsgroep 15% is (zie Tabel 1). Zoals we later zullen zien, is deze oververtegenwoordiging van leden met een verhoogde tegemoetkoming onder gebruikers van ambulante zorg gering in vergelijking met andere soorten zorg (hospitalisaties, dringende hulpverlening en consumptie van antipsychotica). We merken ook op dat het VT-statuuut geen belemmering vormt voor tele-/videoconsultaties, aangezien het aandeel VT-leden dat er toegang toe heeft vergelijkbaar is (19%).

Als we kijken naar het aandeel VT-leden onder CM-leden die opgenomen zijn in een PZ of PAAZ, zien we dat dit significant hoger is dan dat van alle CM-leden onder de 18 jaar (in 2020 29% tegenover 15%, zie Tabel 1). Dit is ook het geval voor dringende psychiatrische hulpverlening, met 25% VT-leden onder rechthebbenden in 2020. Aangezien personen met VT oververtegenwoordigd zijn onder de populatie die gehospitaliseerd is en die beroep doet op dringende hulpverlening, zou dit kunnen betekenen dat er een ongelijk risico is op het gebruik van dit soort zorg.

Wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen, zien we dat VT-leden oververtegenwoordigd zijn en dus vaker antipsychotica gebruiken dan niet-VT-leden en dit verschil stabiel blijft.

Tabel 1: Vergelijking van het aandeel VT-leden dat gezondheidszorg gebruikt met het aandeel VT-leden binnen de CM-leden (leden van 0 tot 17 jaar, gegevens 2018, 2019 en 2020)

Jaar	Type prestatie	Aandeel VT-rechthebbenden onder gebruikers van zorg	Aandeel VT-rechthebbenden onder CM-leden
2018	Prestaties psychiater	19%	15%
	Hospitalisatie	30%	
	Dringende hulpverlening	26%	
	Voorschrijven antipsychotica	34%	
2019	Prestaties psychiater	19%	
	Hospitalisatie	30%	
	Dringende hulpverlening	26%	
	Voorschrijven antipsychotica	34%	
2020	Prestaties psychiater en psycholoog	18%	
	<i>Fysieke prestaties</i>	18%	
	<i>Prestaties op afstand</i>	19%	
	Hospitalisatie	29%	
	Dringende hulpverlening	25%	
	Voorschrijven antipsychotica	33%	

8. Aandachtspunten

8.1. Onvoldoende kwantitatieve gegevens

Zoals we in dit artikel hebben gezien, stellen de beschikbare gegevens ons in staat een reeks bevindingen over het gebruik van het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren onder de aandacht te brengen. Maar ze laten niet toe op exhaustieve wijze het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te kwantificeren. De zorggebruiksgegevens waarover CM als beheerder van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging beschikt, omvatten immers geen gegevens over niet-terugbetaalde¹³ zorg en zorg die wordt verleend door diensten, instellingen of organisaties die niet worden gefinancierd door de federale ziekteverzekering of waarvan de gegevensregistratie niet systematisch is.

Bovendien kan aan de hand van de gegevens over het gebruik van de gezondheidszorg niet worden nagegaan wat de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg zijn. Dit geldt voor elke vorm van gezondheidszorg, aangezien in het algemeen een fractie van deze behoeften om diverse redenen niet ingevuld wordt: een deel van de behoeften wordt misschien niet opgemerkt of wanneer de behoefte door patiënten wordt waargenomen, wordt deze mogelijk uitgesteld omdat deze als niet-dringend wordt beschouwd of om andere redenen (zoals een financiële drempel). Als er dus een toename van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg wordt waargenomen, kan deze niet ondubbelzinnig toegeschreven worden aan de toename van de behoeften. Dit kan immers ook te wijten zijn aan een betere toegankelijkheid van bepaalde zorg of een betere detectie van psychische problemen, evoluties in zorgvormen of ongepaste zorg (zie over dit onderwerp het artikel "Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen" in ditzelfde nummer van CM-Informatie).

13. Namelijk dat de gegevens van de aanvullende verzekering ook bij de CM worden geregistreerd, maar dat ze moeilijk te analyseren zijn omdat de voordelen in de loop van de tijd evolueren en niet uniform zijn in de regio's. Zo hebben de Franstalige CM-leden sinds januari 2017 recht op een terugbetaling van psychologische consultaties zonder beperking van sessies, tegen een tarief van 15 euro per prestatie, met een plafond van 180 euro per jaar. In Vlaanderen daarentegen worden de sessies voor kinderen en jongeren terugbetaald tegen 50% van het consulttarief (met een maximum van 30 euro) en 75% voor VT (maximum van 45 euro). In totaal kunnen 24 sessies worden terugbetaald tijdens de levensduur van het lid.

Actoren in het veld van geestelijke gezondheid klagen aan dat het bestaande aanbod voldoende is om aan de groeiende vraag te voldoen, maar de gegevens waarover we beschikken, laten niet toe om dit met zekerheid te bevestigen, vooral omdat we in onze gegevens niet beschikken over indicatoren voor psychische nood of over de geestelijke gezondheidstoestand van de minderjarige bevolking.

Uit onze analyse volgt dat het noodzakelijk is aandacht te besteden aan de aard van de gegevens die de reflecties over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België voeden. Wij zijn van mening dat voorzichtigheid geboden is met betrekking tot de beschikbare cijfers, gezien ze onvolledig zijn, niet alleen op het vlak van omvang, maar ook op vlak van de mogelijkheid om een weerspiegeling te zijn van de reële behoeften. Vanuit dit oogpunt steunen wij het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de noodzaak van de oprichting van een barometer voor de geestelijke gezondheid (Hoge Gezondheidsraad, 2021b). In 2018 nam de gezondheidsenquête van Sciensano voor het eerst kinderen en jongeren op in hun steekproef (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Toch lijkt het ons belangrijk om niet alleen kwantitatieve gegevens te verzamelen, maar ook kwalitatieve gegevens, omdat deze het mogelijk maken om de interpretatie van de statistische gegevens (beschikbaar of die we hopen te verkrijgen via een barometer) scherper te stellen en aan te vullen.

8.2. Sociale ongelijkheid in geestelijke gezondheid

Onze studie maakt het mogelijk om enkele opmerkelijke vaststellingen te doen over sociale ongelijkheden op het gebied van geestelijke gezondheid. We hebben inderdaad aanzienlijke verschillen vastgesteld in het zorggebruik. Groepen met een lagere sociaaleconomische status (dit zijn VT-leden en leden die in statistische sectoren met de laagste inkomens wonen) hebben meer kans op geestelijke gezondheidsproblemen, maar maken ook vaker gebruik van bepaalde soorten zorg. Zo is het risico op het gebruik van antipsychotica en op ziekenhuisopname (PZ en PAAZ) – dit is zware zorg – veel groter voor wie in kansarme statistische sectoren woont. Bovendien zouden de verschillen tussen sociaaleconomische groepen nog groter zijn als ze zouden worden berekend op basis van individuele gegevens (dit is op basis van de inkomens van de huishoudens zelf en niet op basis van het mediane inkomen van de verblijfplaats). Evenzo, als we kijken naar het aandeel VT-leden onder de gebruikers van dit soort zorg, zien we dat VT-leden ruim oververtegenwoordigd zijn in verhouding tot het aandeel VT in de algemene bevolking. Zo heeft in 2020 33% van de gebruikers van antipsychotica, 29% van de gehospitaliseerde patiënten en 25% van de patiënten die dringende hulpverlening gebruiken recht op VT, terwijl dit het geval is voor slechts 15% van alle CM-leden jonger dan 18 jaar.

Anderzijds stelden we vast dat ambulante psychiatrische zorg significant minder wordt gebruikt door kinderen en jongeren

die in arme statistische woonsectoren wonen dan door kinderen en jongeren die in rijkere statistische woonsectoren wonen. Het gaat hier om individuele contacten van het kind met de psychiater in de vorm van consultaties, maar ook met de volwassenen die verantwoordelijk zijn voor de opvoeding van het kind en de prestaties die worden terugbetaald in het kader van de opvolging door de psychiater, zoals multidisciplinair overleg. Dit feit is des te alarmerender omdat de minder goeude klassen niet enkel evenveel ambulante zorg zouden moeten gebruiken als de meer goeude klassen, maar er eigenlijk meer gebruik van zouden moeten maken dan de laatste. Dit komt omdat de gezondheidsbehoeften van sociaal kwetsbare mensen groter zijn door de ongelijke verdeling van gezondheid in onze samenleving. Dit vraagt dan ook preventie initiatieven op vlak van preventie en gezondheidsbevordering met een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan de mate van sociale achterstand (beginsel van proportioneel universalisme).

Op basis van deze bevindingen kan worden verondersteld dat het de jongeren uit de lagere sociaaleconomische klassen zijn die sinds het begin van de pandemie zijn overgeschakeld op langere en/of zwaardere behandelingen. Zij zijn het die waarschijnlijk meer antipsychotica dan het jaar voordien voorgeschreven gekregen en meer in het ziekenhuis zijn opgenomen dan jongeren uit de meer goeude klassen. Met andere woorden, de gevolgen van de pandemie zijn zwaarder geweest voor jongeren die met een ongunstige sociale en economische situatie werden geconfronteerd.

8.3. Belang van de vier dimensies van preventie

De vaststelling dat de meest kansarme klassen meer risico lopen op een ziekenhuisopname of het gebruik van antipsychotica, en dat terzelfdertijd de kans kleiner is dat ze ambulant een specialist raadplegen, zijn volgens ons twee zijden van dezelfde medaille wanneer we dit feit analyseren vanuit het oogpunt van preventie. Waar preventie ontbreekt, komt er meer druk op curatieve zorg. Met preventie bedoelen we hier dus niet alleen de acties die in een vroeg stadium, bij detectie of tijdens een ziekte kunnen worden ondernomen (primaire, secundaire en tertiaire preventie), maar ook acties die rekening houden met het niet-medische kader van de situatie van de persoon (quaternaire preventie) (Sholokhova, 2020). Deze definitie van preventie volgt de brede definitie van gezondheid volgens dewelke leven in goede gezondheid afhankelijk is van meerdere factoren, waarvan de meeste, omdat ze niet door de persoon kunnen worden beheerst, niet biologisch, maar sociaal, economisch en omgevings- gebonden zijn.

Vanuit dit oogpunt kan een raadpleging met een eerstelijnszorgverlener of een specialist als preventief worden beschouwd in zoverre het enerzijds een bron van vroegtijdige opsporing van psychisch lijden kan zijn en zo mogelijks een ziekenhuisopname in de toekomst kan voorkomen (secundaire

preventie). Aan de andere kant biedt een raadpleging meer mogelijkheden om de sociale dimensie te integreren in de zorg. Omdat het een ontmoeting en uitwisseling is tussen de patiënt en de zorgverlener, stelt het de laatste in staat om zich bewust te worden van de specificiteit van de situatie van de eerste en om er later rekening mee te houden (quaternaire preventie). We kunnen ons daarom afvragen of zowel een behandeling met geneesmiddelen als ziekenhuisopname als oplossing hebben gediend waar psychotherapeutische behandeling voldoende had kunnen zijn, maar die niet kon worden aangeboden onder de omstandigheden van de gezondheids crisis. Deze hypothese, geformuleerd op basis van kwantitatieve gegevens, verdient het om kwalitatief te worden geverifieerd.

Dit geldt echter niet alleen voor kansarme bevolkingsgroepen. Zo is er sinds de 'tweede golf' van de pandemie een algemene daling van het aantal raadplegingen en een toename van ziekenhuisopnames en in het voorschrijven van antipsychotica. Hoewel het vermoeden bestaat dat dit vaker het geval is voor kwetsbare personen, lijkt het ons gerechtvaardigd te stellen dat het gebrek aan preventieve zorg geleid zou kunnen hebben tot een verhoogd risico op het gebruik van curatieve zorg in het algemeen. De trend naar meer curatieve zorg in de geestelijke gezondheidszorg, residentieel of door middel van geneesmiddelen, is echter niet zonder invloed op de levenskwaliteit van jongeren. Een behandeling met antipsychotica is een zware behandeling met heel wat bijwerkingen die de gezondheid van jongeren in de toekomst kan beïnvloeden (Cohen, et al., 2012). Een ziekenhuisopname is eveneens een ingrijpende gebeurtenis, met een aanzienlijke financiële last voor individuen en hun families.

8.4. Teleconsultaties als beperkte oplossing

Ook willen we de aandacht vestigen op het toenemend gebruik van teleconsultaties. Uit de cijfers blijkt een aanzienlijk gebruik van dit type zorg sinds het begin van de pandemie. Maar het lijkt ons belangrijk om het verschil te benadrukken tussen een teleconsultatie en een persoonlijke therapeutische ontmoeting. Hoewel teleconsultatie een waardevol instrument kan zijn voor het contact met een specifiek doelpubliek, zoals jongeren die gewend zijn aan interactie via een scherm, zijn het contact en verstandhouding met de gezondheidsprofessional die zich ontwikkelen tijdens een fysieke bijeenkomst een cruciale elementen in de opvolging van patiënten, zowel in termen van therapie en psychologisch herstel, als in termen van opvolging van een behandeling met geneesmiddelen (Fuchs, 2007). Dit geldt zowel voor de geestelijke gezondheidszorg als voor elke andere vorm van gezondheidszorg. Zo benadrukte het KCE in zijn rapport van juni 2020 dat "in de gezondheidszorg persoonlijk contact, lichamelijk onderzoek en menselijke en face-to-face communicatie immers de fundamenten" blijven (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020, p. 25). Deze aspecten zijn des te belangrijker voor een

diagnostisch proces, omdat de diagnose niet alleen is gebaseerd op de inventarisatie van de symptomen, maar ook op de analyse van de non-verbale taal van de patiënt, het aanvoelen van de professional en de algehele sfeer van de consultatie (Pallagrosi, Fonzi, Picardi, & Bondi, 2014).

We steunen de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad dat het noodzakelijk is "om een zo laagdrempelig mogelijk zorgaanbod te versterken, waarbij professionele hulp (o.a. financieel) toegankelijk wordt voor iedereen zonder het infectierisico te vergroten" en dat "daarbij kan gedacht worden aan een online aanbod" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10). Tegelijkertijd steunen we de opmerking van de Hoge Gezondheidsraad dat "bijzondere aandacht moet uitgaan naar de meest kwetsbare groepen die hiertoe [online aanbod] niet altijd de nodige toegang hebben" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10). Uit onze analyse blijkt inderdaad dat er een sociale gradiënt is in de toegang tot consultaties bij een (neuro)psychiater: kinderen in de hoogste klasse hebben 12% meer kans om dit type specialist te raadplegen dan kinderen in de laagste klassen (zie punt 4.3 en Figuur 4). We zijn het daarom eens met de mening van de Hoge Gezondheidsraad dat "de voorkeur dus uitgaat naar het uitwerken van een gemengde aanpak: zoveel mogelijk face-to-face behouden (zeker bij kwetsbare groepen) en online waar nodig" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10).

9. Besluit

In dit artikel gaven we eerst een stand van zaken van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Op basis van een reeks vaststellingen zoals de moeilijke toeleiding van patiënten naar het systeem, het te ziekenhuisgerichte aanbod, werd de sector onderworpen aan een hervorming die in 2015 werd geïnitieerd. Deze hervorming had tot doel organisaties, sectoren en beroepen te ontschotten en de kloof ertussen te dichten, het tekort aan thuiszorgdiensten te verhelpen en de capaciteit te versterken aan toegankelijke zorg in geval van crisis- en noodsituaties, reactief en effectief voor kinderen en jongeren.

Was de sector na deze hervorming voorbereid om te voldoen aan de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, die met de COVID-19-pandemie alleen maar is toegenomen? Eén van de bevindingen van ons onderzoek is dat het moeilijk is om deze vraag alleen aan de hand van cijfers te beantwoorden. Ten eerste missen we de middelen om de vraag in kaart te brengen en te kwantificeren. Dit geldt des te meer voor de werkelijke behoeften aan geestelijke gezondheidszorg. Het stigma rond psychische problemen en het gebrek aan bewustzijn van reële behoeften en aan aanvaardbaarheid bij de mensen zelf, zijn belangrijke barrières om tijdig professionele ondersteuning te zoeken.

Ten tweede blijven gegevens over het gebruik slechts partieel, omdat het aanbod zeer complex is. Door de complexiteit van de organisatie is het aanbod dus minder goed 'leesbaar', niet alleen voor patiënten, maar ook voor professionals.

Ondanks het meten van het gebruik aan de hand van partiële indicatoren, konden we toch veranderingen vaststellen die verband kunnen houden met de directe gevolgen van de COVID-19-pandemie voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Zo bewijst de onderbenutting van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in het tweede kwartaal van 2020 dat heel wat patiënten geen toegang hadden tot zorg (ondanks de invoering van teleconsultaties, een lovenswaardige, maar onvoldoende oplossing). Gezien de alarmerende signalen van professionals op het terrein over de toename van de psychische nood van kinderen, zouden dit ondergebruik en het uitstel van zorg waarvan dit ondergebruik een signaal is, rampzalige gevolgen kunnen hebben. Nu al stellen we een aanzienlijke en zorgwekkende

toename vast van het aantal bezette ziekenhuisbedden, daar waar het algemene zorggebruik begin 2021 geleidelijk weer de trend van de voorgaande jaren gaat volgen. Aangezien de sociale crisis nog lang niet voorbij is, kunnen we in de toekomst ook nog vertraagde effecten op de geestelijke gezondheid van de bevolking verwachten.

Deze oefening in het kwantificeren van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren was een primeur voor de CM-studiedienst en toont aan dat het belangrijk is om hier speciale aandacht aan te besteden. Om de gevolgen van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren beter te analyseren, is het echter noodzakelijk om ook kwalitatieve gegevens te verzamelen. Dit kan onder meer door de professionals op het terrein, die in direct contact staan met kinderen te interviewen (niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook alle personen die kinderen op school en daar buiten begeleiden).

Bibliografie

- 50 years of the inverse care law. (2021). *The Lancet*, 397(10276), 767.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Inter mutualistische Agentschap (IMA).
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, S. (2015). De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. *CM-Informatie*(262), 26-39.
- Azria, E., Sauvegrain, P., Blanc, J., Crenn-Hebert, C., Fresson, J., Gelly, . . . Regnault. (2020). Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48, 847-849.
- Benoit, J.-P. (2020). COVID-19. La pédopsychiatrie à l'épreuve du confinement. *Enfance & Psy*, 6-9.
- Catheline, N., Berthaut, E., Bon-Saint-Côme, M., Carretier, E., Coq, J., Delvenne, V., . . . Raynaud, J. (2021). COVID 19 : Comment la pédopsychiatrie s'adapte en ces temps d'adversité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(1), 1-3.
- Cohen, D., Bonnot, O., Bodeau, N., Consoli, A., & Laurent, C. (2012). Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(3), 309-316.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19 : révision 2021*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Couffinal, A., Dourgnon, P., Grignon, M., Jusot, F., & Naudin, F. (2004). *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Directie Farmaceutisch Beleid, D. v. (2020). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses. MORSE. Rapport 2020 (gegevens 2019)*. RIZIV. Retrieved from https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE%20_apport_gegevens_tot_2019.pdf
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14-20.
- FOD Volksgezondheid. (2015). Protocolakkoord van 30 maart 2015 gesloten tussen de federale regeringen en deelstaten houdende goedkeuring van een gids voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. FOD Volksgezondheid.

- FOD Volksgezondheid. (2021). *Blikvanger Gezondheidszorg. Geestelijke Gezondheidszorg. Editie 2021*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- FOD Volksgezondheid, V. v. (2021). *Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg - Editie 2021*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2018). *Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Brussel*. Brussel: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/3. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Psychosociale opvang tijdens de COVID-19-pandemie: kinderen & jongeren*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Klaric, M. (2020). *Coronavirus en Belgique : les unités psychiatriques surchargées*. RTBF.
- Koener, B., Deschietere, G., & de Becker, E. (2015). Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(7), 482-489.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3.
- Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021). *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020*. UClouvain & Universiteit Antwerpen.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: KCE Reports 318Bs.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Mommerency, G., Van Den Heede, K., Verhaeghe, N., Swartenbroekx, N., Annemans, L., Schoentjes, E., & Eyssen, M. (2011). *Organisation van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht*. Brussel: KCE Reports 170B.
- Newlove-Delgado, T., McManus, S., Sadler, K., Thandi, S., Vizard, T., Cartwright, C., & Ford, T. (2021). Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *Lancet Psychiatry*.
- Pallagrosi, M., Fonzi, L., Picardi, A., & Bondi, M. (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology*, 47(2), 111-118.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Kurup, *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 115-134). Geneva: World Health Organization.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression : Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- RIZIV. (2018). *Nomenclatuur van de gneeskundige verstrekkingen. Hfst.II - Art. 2 - Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen*. Brussel: Officiële coördinatie van 01-12-2018.
- Sholokhova, S. (2020). Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*(283).
- TeJo. (2019, 01 20). *Jaarverslag Tejo 2019*. Retrieved from <https://tejo.be/wp-content/uploads/2020/01/20190120-Jaarverslag-TEJO-2019.pdf>
- Un collectif de psychiatres et des pédopsychiatres. (2021, 01 27). Carte blanche: «Les adolescents sont en souffrance majeure, sans aucune perspective d'amélioration». *Le soir*.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.