

De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg

Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België

Clara Noirhomme — CM-studiedienst

Marc Dispas en Pierre Smith — Sciensano, Afdeling Epidemiologie en Volksgezondheid

Samenvatting

In januari 2024 wordt een nieuwe overeenkomst psychologische zorg ondertekend tussen het RIZIV en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. Hiermee wordt het werk voortgezet dat in 2019 was gestart. Het belangrijkste doel van de overeenkomst is psychologische zorg toegankelijker te maken, zowel financieel als op het vlak van de organisatie van de zorg. Dit is dus een goed moment om de balans op te maken van de eerste jaren van uitvoering van deze overeenkomst en van haar plaats in het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. Daarom schetst deze studie vooreerst de stand van zaken van de geestelijke gezondheidszorg in België, zowel in termen van behoeften (BELHEALTH-enquête van Sciensano), als in termen van zorgaanbod en het gebruik ervan (CM-analyse). De resultaten van de BELHEALTH-enquête van februari 2023 wijzen op een hoog niveau van onbeantwoorde psychologische noden (*unmet needs*) in de Belgische bevolking, vooral bij financieel kwetsbaren, vrouwen en jongeren. Het stigma dat aan geestelijke gezondheid kleeft en de problemen van financiële toegankelijkheid vormen nog al te vaak hinderpalen voor de toegang tot de zorg. Een CM-analyse toont dan weer aan dat de ambulante psychiatrische diensten verzadigd zijn en dat heel vaak psychotrope geneesmiddelen gebruikt worden zonder enige andere vorm van opvolging.

Op basis van deze inventaris van de behoeften en van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg, analyseren we vervolgens de reikwijdte van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg en formuleren we enkele hypothesen over de evolutie van het gebruik ervan.

Zorgt ze voor een betere toegang tot de psychologische zorg? Wat zijn de sterke punten en wat zijn de vooruitzichten voor verbetering? Om deze vragen te beantwoorden, kijkt deze studie naar de manier waarop de zorg is georganiseerd, de evolutie van het aanbod, het gebruik ervan, het profiel van de gebruikers en de types verstrekkingen die voorzien zijn. Ze toont aan dat, hoewel de overeenkomst recent is, het aandeel van de bevolking dat er gebruik van maakt exponentieel toeneemt. Mensen in moeilijker levensomstandigheden raadplegen vaker een geconventioneerde psycholoog (dit is een psycholoog die zorg verleent binnen het kader van de overeenkomst), wat erop kan wijzen dat de overeenkomst de toegang tot psychologische zorg inderdaad verbetert.

Hoewel de overeenkomst nog moet evolueren en meer bekendheid moet krijgen om al haar doelstellingen te bereiken, besluiten wij de studie met te bevestigen dat ze haar rechtmatige plaats heeft binnen het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België. Door de vele actuele crisissen wordt de geestelijke gezondheid van de bevolking nog steeds op de proef gesteld. In die context vormt deze overeenkomst een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid en is het essentieel dat we deze verder uitrollen en blijven opvolgen.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheidszorg, beantwoorde en onbeantwoorde noden, gebruik van de psychologische zorg, overeenkomst, terugbetaling, kwetsbare groepen, kwantitatieve studie

1. Inleiding

1.1. Het evoluerend landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België

De geestelijke gezondheidszorg, die lange tijd zeer hospitalocentrisch georganiseerd was, onderging de voorbije decennia talrijke hervormingen. In de jaren 1970 werden de Psychiatrische Afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) erkend, evenals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) die ook gesubsidieerd werden. Hierdoor was een raadpleging bij een psycholoog mogelijk tegen een lager tarief en dus in functie van de financiële middelen van patiënten. In de jaren 1990 werden vervolgens Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW) opgericht waardoor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen buiten psychiatrische ziekenhuizen konden wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en psychiatrische thuiszorg, evenals 'overlegplatformen voor geestelijke gezondheid' voor de regionale coördinatie (per provincie) van de verschillende voorzieningen. Ondanks verschillende hervormingen, bleef het residentiële karakter van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in de jaren 2000 domineren. In 2010 werd een nieuwe fase in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg gelanceerd, in de vorm van experimentele projecten, ook gekend als 'artikel 107-projecten'. Deze hadden opnieuw tot doel de overgang te maken van een ziekenhuissysteem naar een ambulante aanpak, gericht op de re-integratie in de samenleving van mensen die lijden aan psychische aandoeningen. In de loop der jaren werden in het kader van de artikel 107-hervorming bedden in psychiatrische instellingen bevroren en werden de vrijgekomen middelen onder andere (en vooral) gebruikt voor mobiele equipes en de intensivering van de ziekenhuiszorg (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019).

Deze 'artikel 107-hervorming' blijkt echter onvoldoende, aangezien het voornamelijk initiatieven zijn die zich richten op de zorg en begeleiding van mensen met relatief ernstige problemen (zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen en ernstige depressie). In 2016 werd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD Volksgezondheid), waarin een **organisatie- en financieringsmodel werd voorgesteld voor de professionele opvang en behandeling voor veelvoorkomende en meer gematigde psychologische problemen** (zoals

milde of matige depressie, angststoornissen, enz.) in de Belgische gezondheidszorg. Volgens het rapport is "voor courante en matige vormen van psychologisch lijden, toch de meerderheid van de problemen, [...] de bestaande aanpak vandaag verre van afdoende. De sector vormt voor de doelgroep een compleet onoverzichtelijk kluwen, met wachttijden (zeker in gesubsidieerde structuren) die zelfs de meest gemotiveerden ontmoedigen, en met weinig financieel haalbare oplossingen. Eigenlijk zijn psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva en kalmeermiddelen) één van de enige gemakkelijk toegankelijke therapeutische opties voor mensen met angst- en depressieve stoornissen. [...] Recente bronnen tonen aan dat voor depressieve klachten een psychotherapeutische aanpak minstens even efficiënt en zelfs duurzamer is dan een farmacologische en dat de combinatie van deze therapieën de beste resultaten oplevert. Maar **omdat psychotherapie niet wordt terugbetaald, is deze behandeling niet toegankelijk voor het grootste deel van de bevolking**" (Kohn, et al., 2016).

Dit rapport schetst daarmee de contouren van de overeenkomst psychologische zorg zoals we die vandaag kennen en stelt een model met twee niveaus voor: een eerste, generalistisch niveau ('eerstelijns psychologische zorg'), dat breed toegankelijk is, om zonder beperking vaak voorkomende en gematigde psychische problemen op te vangen, en een tweede niveau ('gespecialiseerde psychologische zorg'), dat toelaat gespecialiseerde zorg te verlenen aan diegenen voor wie het eerste niveau ontoereikend is.

Sinds maart 2019 kunnen consulten klinische psychologie dus terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, maar enkel voor patiënten tussen 18 en 65 jaar met een matig ernstig psychisch probleem van angst, depressie of alcoholgebruik waarvoor een beperkt aantal eerstelijns psychologische sessies kan volstaan, met een maximum van vier sessies (verlenging toegestaan) en op voorschrift van de huisarts of psychiater (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Sinds april 2020 is terugbetaling mogelijk zonder leeftijdsbeperking. Vanaf 2022 neemt de overeenkomst het voorstel over om ambulante psychologische zorg te structureren in eerstelijns en gespecialiseerde zorg. Het aantal sessies wordt uitgebreid en de toegangsvoorwaarden worden versoepeld: geen voorschrift meer nodig en geen beperking tot specifieke psychische problemen.

1.2. Behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid

Uit de gezondheidsenquête van Sciensano blijkt dat in België geestelijke gezondheidsproblemen, en in het bijzonder angst- en depressieve stoornissen, behoren tot de meest voorkomende ziekten in de algemene bevolking. In 2018 leed ongeveer een op de tien mensen aan een angststoornis en/of een depressieve stoornis (Sciensano, 1997-2018). De Belgische nationale ziektebelastingstudie, uitgevoerd door Sciensano, benadrukte ook dat in 2019 psychische aandoeningen de belangrijkste oorzaak waren van de ziektebelasting, meer specifiek in termen van verloren gezonde levensjaren (Sciensano, 2022). Bovendien zijn geestelijke gezondheidsproblemen niet gelijkmatig verdeeld over de Belgische bevolking en zijn sommigen er gevoeliger voor, zoals mensen in een zwakkere sociaaleconomische positie. Dit getuigt van grote persisterende gezondheidsongelijkheden. Helaas heeft de COVID-19-pandemie deze problemen verergerd bij de algemene bevolking en in het bijzonder bij kwetsbare groepen zoals jongeren, vrouwen en kansarmen. In maart 2022 schatte het COVID-19-gezondheidsonderzoek van Sciensano dat ongeveer één op de vier mensen in de algemene bevolking een angst- en/of depressieve stoornis had (Gisle, et al., 2022).

Vandaag moeten we vaststellen dat het landschap van de geestelijke gezondheidszorg in België eerder georganiseerd is op basis van het aanbod dan op basis van de behoeften aan of de vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Vaak wordt het gebrek aan gegevens voor een degelijke opvolging van de geestelijke gezondheidsbehoeften van de Belgen op lokaal niveau aangehaald als verklaring voor de onmogelijkheid om de performantie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg te meten (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Zonder de pretentie te hebben dit volledig te ondervangen, wil het Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn (BELHEALTH), momenteel georganiseerd door Sciensano, de evolutie van de geestelijke gezondheid en het welzijn van de volwassen bevolking in België volgen om de langetermijnpact van de COVID-19-pandemie te onderzoeken. Een van de onderzoeksdoelstellingen van BELHEALTH, die in dit artikel zal worden behandeld, is de evaluatie van de zelfgerapporteerde geestelijke gezondheidsbehoeften van individuen, en nagaan of ze al dan niet gebruik hebben gemaakt van geestelijke gezondheidszorg.

1.3. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

De invoering van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg in het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België in 2022, lijkt ons een goede gelegenheid voor een stand van zaken van de evolutie van het gebruik van alle terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg (ambulante zorg, psychiatrische hospitalisatie, psychotrope geneesmiddelen, enz.). We bestudeerden daarvoor het gebruiksniveau, het type gebruikte zorg en de evolutie ervan in de afgelopen jaren. Dit gebeurde op basis van de gegevens over het zorggebruik door de CM-leden, die 40% van de Belgische bevolking vertegenwoordigen en geëxtrapoleerd kunnen worden naar de totale bevolking.

Het merendeel van de personen met geestelijke gezondheidsproblemen lijdt aan milde tot matige stoornissen en voor hen werd voor de nieuwe overeenkomst weinig zorg terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Een antwoord op deze problemen kan worden gevonden in de eerstelijns psychologische zorg, aangeboden onder de nieuwe overeenkomst. Dankzij gegevens over het zorggebruik door de CM-leden, kunnen we hiervan al een eerste evaluatie maken. Hoewel deze gegevens ons geen informatie verschaffen over de diagnose van de mensen die toegang hebben tot de zorg of over de verbeteringen in hun gezondheidstoestand, stellen ze ons wel in staat de evolutie in het gebruik van de psychologische zorg aangeboden onder de overeenkomst te analyseren en na te gaan of er verschillen in gebruik zijn naargelang de doelgroep (geslacht, inkomensniveau, leeftijd, gewest, maar ook eerder gebruik van zorg) en naar gelang het type zorg (eerstelijns of gespecialiseerde psychologische zorg, *outreach* in de leefomgeving, groepssessies, enz.).

Dit onderzoek heeft dus tot doel om, vanuit de geestelijke gezondheidsbehoeften van de algemene bevolking, geïdentificeerd door Sciensano, het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te beoordelen, zowel globaal als meer specifiek voor de nieuwe overeenkomst psychologische zorg. Met behulp van de recente BELHEALTH-studie van Sciensano, inventariseren we eerst de ervaren behoeften aan psychologische hulp, onbeantwoorde behoeften (*unmet needs*) en belemmeringen bij de toegang tot zorg (deel 2). Aan de hand van een analyse van de CM-gegevens, kunnen we vervolgens een overzicht maken van het landschap van de geestelijke gezondheid in België en het gebruik van de verschillende terugbetaalde behandelingen beoordelen (deel 3). Daarna gaan we dieper in op de nieuwe overeenkomst psychologische zorg en de evolutie

ervan, met aandacht voor de evolutie van de aanbod en het gebruik ervan, evenals voor het profiel van de patiënten die er gebruik van maken. Dit gebeurt met behulp van zowel de gegevens uit de BELHEALTH-studie van Sciensano als de gebruiksgegevens van CM. Ook de soorten zorg komen aanbod: eerstelijns of gespecialiseerde zorg, aantal en type sessies (deel 4). Vervolgens bespreken we de resultaten en belichten we de kloof tussen de behoefte aan zorg, het zorgaanbod en het gebruik ervan (deel 5). Tot slot geven we een reeks aanbevelingen rond de toekomst van de overeenkomst (deel 6).

2. Ervaren behoeften aan psychologische hulp en onbeantwoorde behoeften

2.1. Methodologie

Het doel van de BELHEALTH-studie van Sciensano is om de evolutie van de geestelijke gezondheid en het welzijn van de volwassen bevolking in België op te volgen om de langetermijnpact van de COVID-19-pandemie te onderzoeken. In deze studie worden de resultaten van de BELHEALTH-studie geanalyseerd aan de hand van de volgende vragen: 1. Wat is de omvang van de behoeften aan psychologische hulp ervaren door de Belgen in februari 2023? 2. Welk aandeel van deze personen verklaart wel of geen gebruik te hebben gemaakt van geestelijke gezondheidszorg? 3. Wat is het sociodemografisch profiel van de personen die verklaren een geconventioneerde eerstelijnspsycholoog te hebben geraadpleegd?

De BELHEALTH-studie is gebaseerd op een online vragenlijst die drie of vier keer per jaar wordt afgenomen. De steekproef bestaat uit 12.391 volwassenen. Voor deze analyse gebruiken we de gegevens die in februari 2023 zijn verzameld. De gedetailleerde methodologie van de BELHEALTH-studie is beschikbaar in de gepubliceerde rapporten (Sciensano, 2023).

De ervaren behoefte aan psychologische hulp¹ werd gemeten aan de hand van de volgende vraag: “Hebt u in de afgelopen 6 maanden, sinds augustus 2022, behoefte

gehad aan professionele ondersteuning op het vlak van geestelijke gezondheid?” De deelnemers konden vervolgens aangeven of ze wel of niet psychologische hulp hadden gekregen, en zo niet, toelichten waarom (meerdere antwoorden mogelijk). Tot slot werd aan de deelnemers gevraagd of ze een consult hadden gehad bij een geconventioneerde eerstelijnspsycholoog: “Sinds 1 januari 2022 is de hervorming van de psychologische zorg aan de gang. Sindsdien hebben volwassenen recht op de terugbetaling van 8 individuele sessies per jaar (11 euro/sessie) of 5 groepsessies per jaar (2,5 euro/sessie) bij een eerstelijns geconventioneerde psycholoog. Heb je gebruik gemaakt van de sessies die vergoed kunnen worden?”

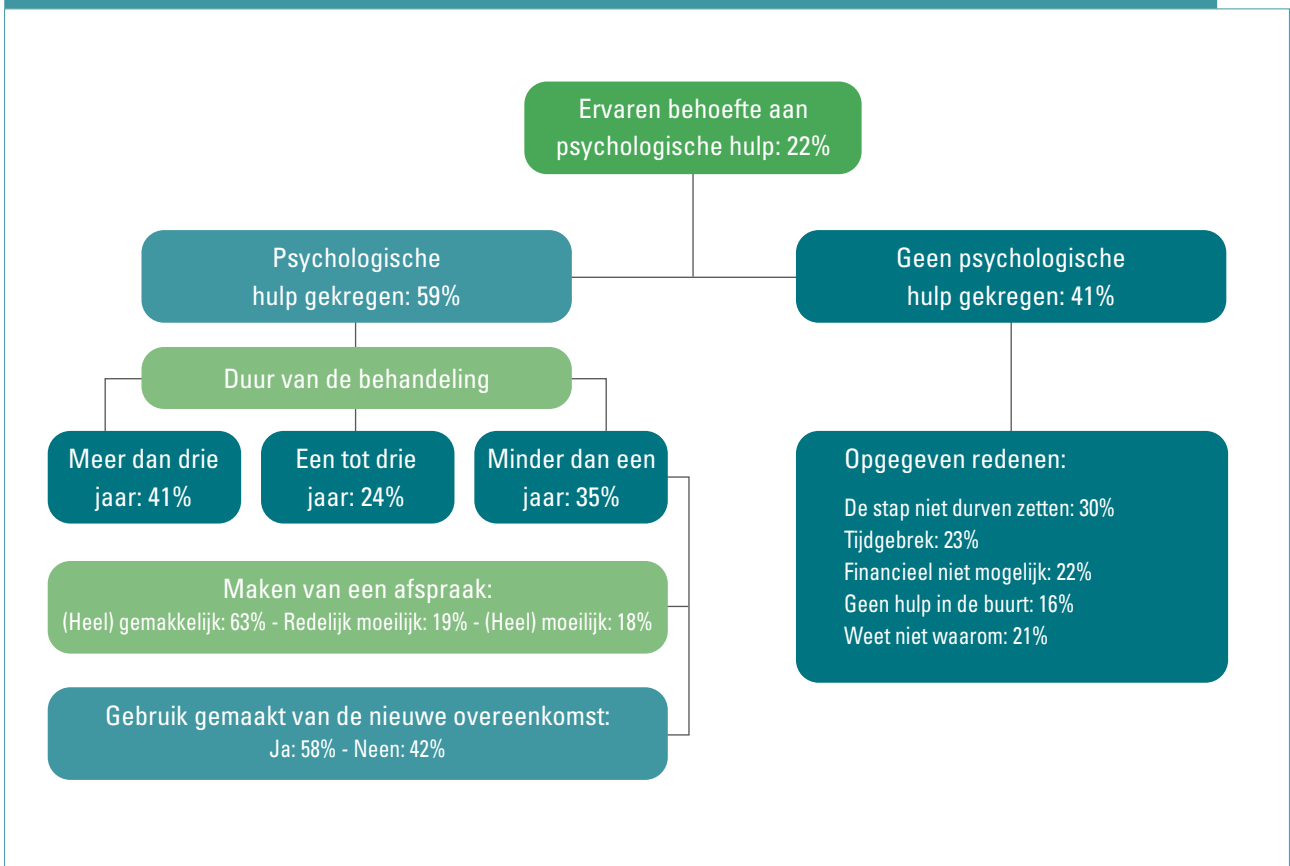
Er werden statistische analyses uitgevoerd met behulp van RStudio en SAS software. In tegenstelling tot de resultaten in de BELHEALTH-rapporten die op de Sciensano-website zijn gepubliceerd, zijn de resultaten in dit artikel niet gewogen omdat sommige subgroepen te klein waren. Aangezien de BELHEALTH-studie gebaseerd is op een gelegenhedssteekproef of *convenience sample*, is het belangrijk erop te wijzen dat de resultaten niet volledig representatief zijn voor de algemene bevolking. Van de 12.391 personen die werden gecontacteerd om deel te nemen aan het onderzoek in februari 2023, vulden 8.276 de volledige vragenlijst in (67%). In totaal is 59% van de respondenten vrouw en slechts 7% is tussen 18 en 29 jaar (25% tussen 30 en 54 jaar, 34% tussen 55 en 64 jaar en 34% ouder dan 65 jaar). De meerderheid van de respondenten woont in Vlaanderen (63%), gevolgd door Wallonië (27%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10%).

2.2. Resultaten

Figuur 1 toont de uitsplitsing van personen die aangaven behoefte te hebben aan psychologische hulp (1.838 personen, dit is 22% van de respondenten) in twee subgroepen: een eerste die zei het afgelopen jaar hulp te hebben ontvangen (59%) en een tweede die zei geen hulp te hebben ontvangen (41%). De groep die psychologische hulp kreeg is vervolgens opgedeeld in drie groepen op basis van de duur van de behandeling, zoals door hen zelf aangegeven. Het gebruik van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg is geëvalueerd voor de groep mensen die maximaal een jaar psychologische hulp hadden ontvangen (vanaf februari 2022). Daarvan gaf 58% aan een beroep te hebben

1 De BELHEALTH-studie meet niet alleen de ervaren behoeften, dit zijn zelfgerapporteerde behoeften, maar meet ook het niveau van angst of depressie. Als respondenten geen behoefte aan psychologische hulp uiten, maar wel hoog scoren op de angst- of depressieschalen, dan gaat het om niet-ervaren problemen. We spreken dan van onderrapportering van geestelijke gezondheidsproblemen.

Figuur 1: Beantwoorde en onbeantwoorde behoefte aan psychologische hulp en zelfgerapporteerd gebruik van psychologische zorg (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



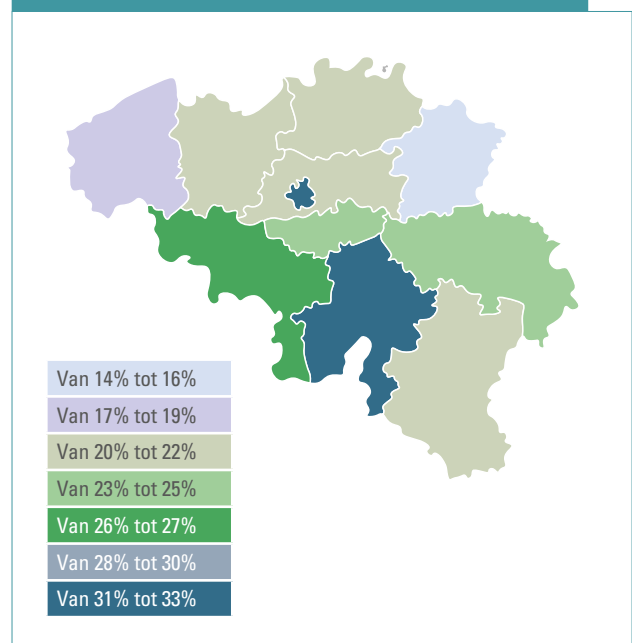
gedaan op een geconventioneerde psycholoog. Ook gaf 63% van de mensen die het afgelopen jaar psychologische hulp hadden ontvangen aan dat ze geen moeite hadden voor het maken van een afspraak. Tot slot, van degenen die zeiden psychologische hulp nodig te hebben maar nog geen enkele hulp gekregen hadden, waren de belangrijkste redenen: de stap niet durven zetten (30%), tijdgebrek (23%) en het zich financieel niet kunnen veroorloven (22%).

2.2.1. Geografische verschillen

Het Brussels Gewest heeft het hoogste aandeel deelnemers dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp. Daarna volgen in dalende volgorde: de provincies Namen, Henegouwen, Luik en Waals-Brabant. Over het algemeen zien we een lager aandeel deelnemers met een ervaren geestelijke gezondheidsbehoefte in de Vlaamse provincies (zie Figuur 2).

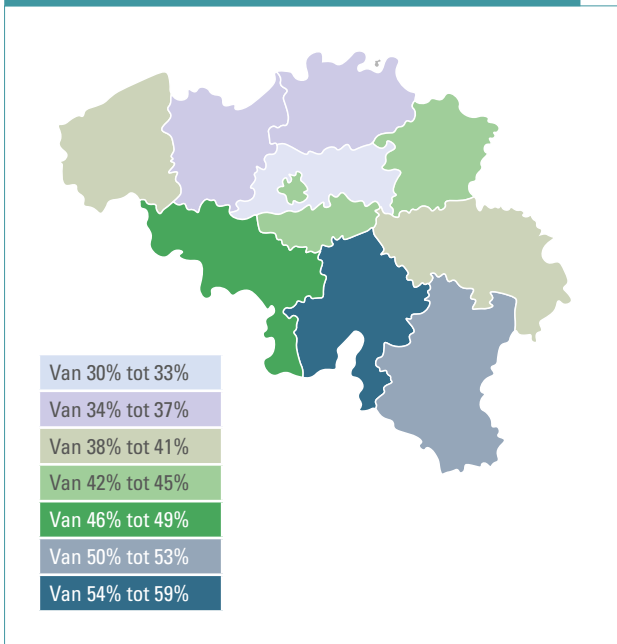
Wat de onbeantwoorde behoeften betreft, ligt het aandeel over het algemeen hoger in de Waalse provincies dan in de Vlaamse. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ligt dit aandeel rond het gemiddelde, hoewel de ervaren be-

Figuur 2: Aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp, per provincie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



hoeften hoog zijn. De provincie Namen heeft het hoogste aandeel onbeantwoorde behoeften, in dalende volgorde gevolgd door de provincies Luxemburg, Henegouwen en Waals-Brabant (zie Figuur 3).

Figuur 3: Aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp, maar waarvan de behoefte onvervuld is, per provincie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



2.2.2. Verschillen naar leeftijd, geslacht en financiële situatie

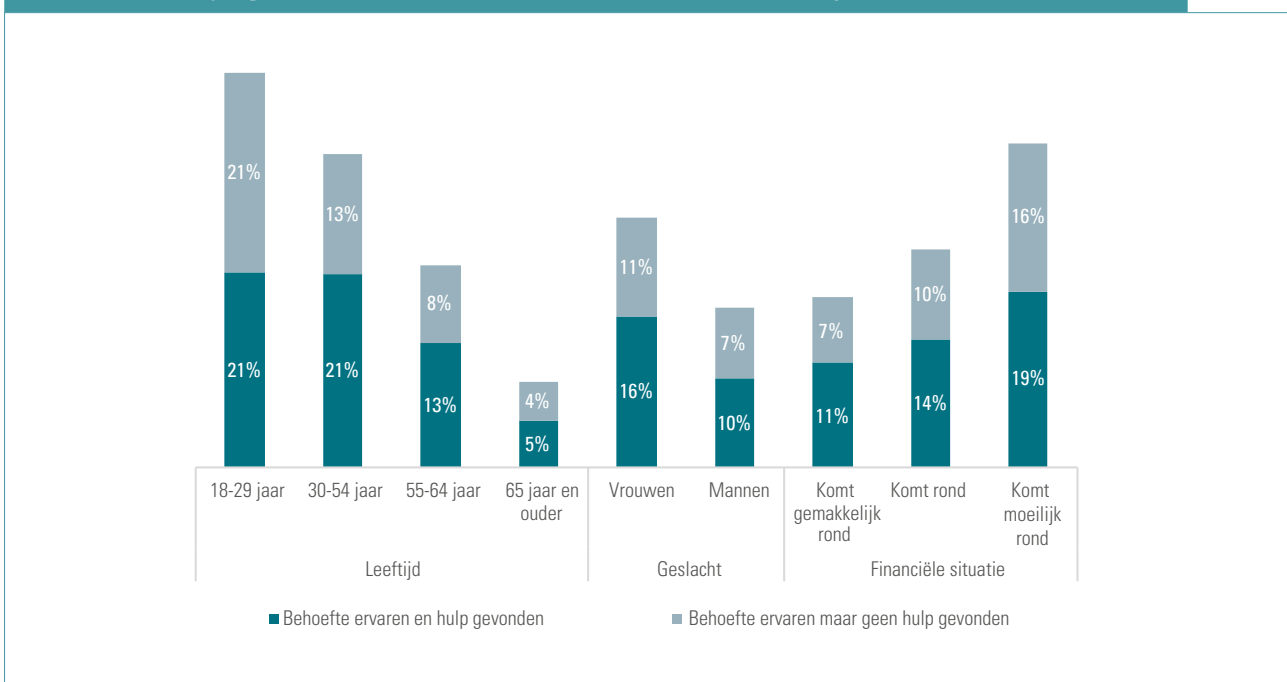
Om na te gaan of er groepen zijn met een grotere geestelijke gezondheidsbehoefte, maar ook meer onbeantwoorde behoeften, toont figuur 4 het aandeel respondenten met een ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord) volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie.

We zien vooreerst dat de ervaren behoefte aan psychologische hulp groter is bij bepaalde groepen: jongeren tussen 18 en 29 jaar (42%), vrouwen (27% tegenover 17% bij mannen), en mensen met financiële problemen (35%).

Vervolgens, wat de onbeantwoorde behoeften betreft, zien we dat 51% van de 18-29-jarigen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp, aangaf dat ze geen hulp hadden gekregen. Dit aandeel is ook hoog bij mensen van 65 jaar en ouder (46%), bij mannen (44% tegen 40% bij vrouwen) en bij mensen met financiële problemen (46%).

Het is echter belangrijk er rekening mee te houden dat, hoewel het aandeel met onbeantwoorde behoeften hoger is bij mannen, vrouwen nog steeds vaker onbeantwoorde behoeften hebben gezien hun grotere geestelijke gezondheidsbehoefte. Het is inderdaad zo dat 27% van de vrouwen deze behoefte uit, en daarvan 40% geen toegang heeft tot hulp, wat overeenkomt met 11% van de vrouwen

Figuur 4: Ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord), per leeftijd, geslacht en financiële situatie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



(zie Figuur 4). Daarentegen uit 17% van de mannen deze behoefte, en wordt die in 44% van de gevallen niet vervuld, wat overeenstemt met 7% van de mannen. De twee subgroepen met het hoogste percentage onbeantwoorde behoeften zijn jongeren (21% van de 18-29-jarigen) en mensen met financiële problemen (16%).

Cumulatie van risicofactoren

We hebben gezien dat vrouwen significant vaker ($p < 0,0001$) aangeven psychologische hulp nodig te hebben, net als jongeren en mensen met financiële problemen. Hierbij is het cumulatieve karakter van deze risico's belangrijk: in combinatie verhogen de factoren leeftijd, geslacht en financiële situatie niet alleen het risico op geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook op toegangsproblemen.

Zo zien we dat het aandeel respondenten dat aangeeft behoefte te hebben aan psychologische hulp toeneemt naarmate hun financiële situatie verslechtert. In de groep vrouwen tussen 18 en 29 jaar stijgt het aandeel met een ervaren behoeften van 45% voor wie gemakkelijk rond kan komen, naar 52% voor wie het financieel moeilijker heeft, en naar 66% voor wie de meeste moeite heeft om rond te komen (zie Figuur 5). **Bijna zeven op de tien vrouwen tussen 18 en 29 jaar in een kwetsbare situatie ervaren een behoefte aan psychologische hulp**, wat veel meer is dan voor vrouwen in het algemeen (27%), voor de totale groep mensen met financiële problemen (35%) of jongeren in het algemeen (42%) (zie Figuur 4).

Het verband tussen de leeftijd van de deelnemers en hun ervaren behoeften verschilt (lichtjes) volgens geslacht. Bij vrouwen zien we dat de behoeften in de verschillende groepen afnemen met stijgende leeftijd. Bij mannen is de ervaren behoefte aan psychologische hulp over het algemeen hoger in de leeftijdsgroepen 30-54 en 55-64 jaar.

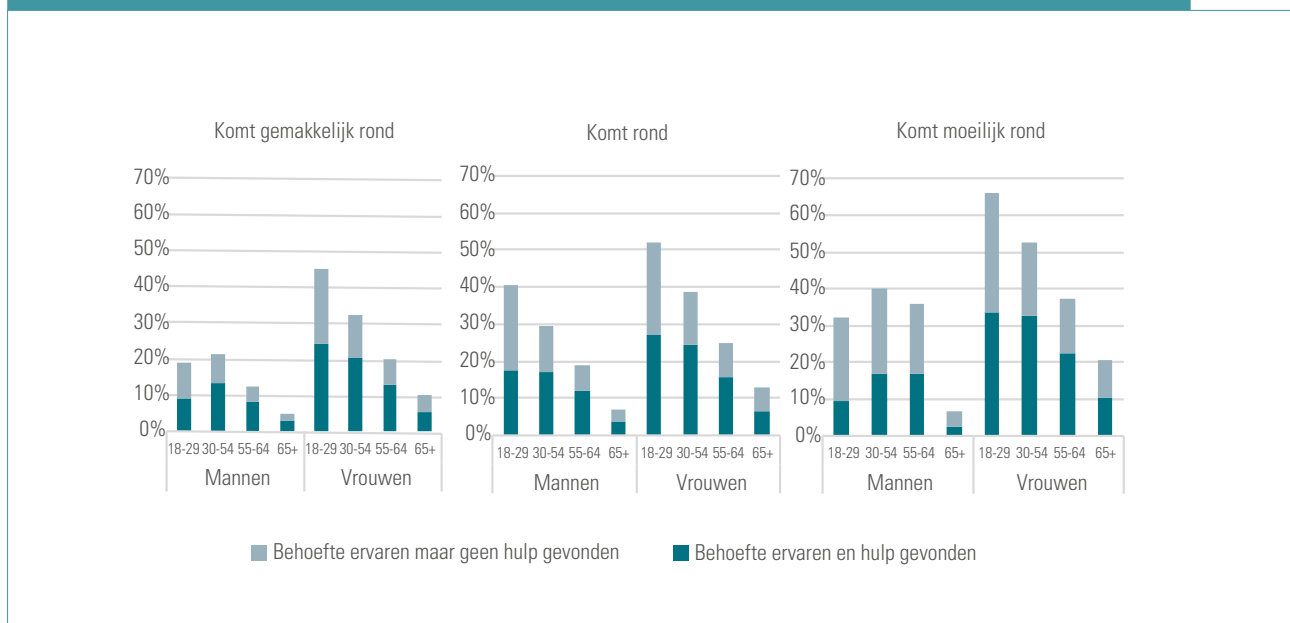
We stellen eveneens vast dat het aandeel mensen dat geen psychologische hulp kreeg systematisch afneemt naarmate hun financiële situatie verbetert en naarmate ze ouder worden. De meest kwetsbare groepen lijken vrouwen te zijn, vooral tussen 18 en 29 jaar, maar ook tot 54 jaar (ongeacht hun financiële situatie) en mannen tussen 18 en 54 jaar met financiële problemen.

Aangehaalde redenen om geen hulp in te roepen

Tabel 1 toont de redenen die respondenten gaven waarom hun behoeften onbeantwoord bleven.

- De meest opgegeven reden is **“de stap niet durven zetten”** (30%). Dit aandeel is vooral hoog onder de jongste respondenten: 53% van de mensen onder de 30 jaar vermeldt deze reden. Mannen geven deze reden ook vaker op dan vrouwen (34% tegenover 29%), net als mensen in een goede financiële situatie in vergelijking met mensen in een moeilijke financiële situatie (35% tegenover 24%).

Figuur 5: Verdeling van de ervaren behoefte aan psychologische hulp (beantwoord en onbeantwoord) volgens het gemak om rond te komen, per leeftijdscategorie en geslacht (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)



- **Tijdgebrek** om beroep te doen op zorg wordt vermeld door 23% van de respondenten met onbeantwoorde behoeften. Dit aandeel is hoger onder 18-29-jarigen (31%) en 30-54-jarigen (32%). Mensen met financiële problemen noemen deze reden het minst vaak (14%).
- De **financiële drempel** om een beroep te doen op gezondheidszorg wordt door 22% van de respondenten genoemd. Dit aandeel is hoger onder de 18-29-jarigen (24%), onder vrouwen (23% tegenover 19% onder mannen), en is extreem hoog onder mensen met financiële problemen (52% van hen zegt dat ze geen gebruik hebben gemaakt van gezondheidszorg omdat het financieel onmogelijk was, vergeleken met slechts 4% van de mensen zonder financiële problemen).
- De **afwezigheid van hulp in de buurt** (gemiddeld 16%) wordt vaker genoemd naarmate de leeftijd toeneemt: terwijl slechts 8% van de jongste mensen dit als reden opgeeft, zijn het de oudste mensen die het vaakst een gebrek aan zorg in de buurt ervaren (21%). Er zijn geen significante verschillen naar geslacht of inkomensniveau.
- Tot slot weet 21% van de respondenten met onbeantwoorde behoeften niet waarom ze geen beroep deden op geestelijke gezondheidszorg. Dit aandeel is hoger onder 65-plussers (34%) en mensen met een goede financiële situatie (25%).

Tabel 1: Door respondenten opgegeven redenen om geen gebruik te maken van gezondheidszorg bij ervaren behoefte (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)

		Durf de stap niet te zetten	Geen tijd	Financieel onmogelijk	Geen hulp beschikbaar in de buurt	Weet niet waarom
Alle respondenten met onbeantwoorde behoeften (n = 752)		30%	23%	22%	16%	21%
Leeftijd	18-29 jaar	53%	31%	24%	8%	17%
	30-54 jaar	32%	32%	22%	15%	18%
	55-64 jaar	21%	14%	22%	17%	20%
	65 jaar en ouder	20%	3%	20%	21%	34%
Geslacht	Vrouwen	29%	23%	23%	15%	21%
	Mannen	34%	24%	19%	16%	21%
Financiële situatie	Komt gemakkelijk rond	35%	25%	4%	15%	25%
	Komt rond	30%	25%	24%	16%	20%
	Komt moeilijk rond	24%	14%	52%	16%	15%

3. Landschap van de geestelijke gezondheidszorg: gebruik van zorg

Na een inventarisatie van de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de Sciensano-enquête, stellen de CM-gegevens ons in dit derde deel in staat om een beeld te schetsen van de grootteorde van het gebruik van alle geestelijke gezondheidszorg door de CM-leden en van de evolutie ervan tussen 2010 en 2022.

3.1. Methodologie

We betrekken in onze analyse alle geestelijke gezondheidszorg die door de **verplichte ziekteverzekering (ZIV)** wordt vergoed. Het gaat om gegevens die routinematig door CM worden verzameld als onderdeel van haar rol als medebeheerder van de ZIV. Dit omvat verschillende soorten zorg:

- residentiële zorg, zoals ten minste één verblijf in een Initiatief voor Beschut Wonen (IBW) of een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT);
- ziekenhuisopnames (in psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen);
- ambulante of residentiële revalidatieprogramma's (gespecialiseerd in de behandeling van psychotische patiënten, psychosociale revalidatie, werken met personen met verslavingsproblemen (alcohol, drugs, enz.));
- spoedeisende hulp (opname op een spoedafdeling met tussenkomst van een psychiater of opname op de afdeling van een psychiatrische voorziening, hetzij in spoed, hetzij voor het toedienen van antidepressiva via een infuus);
- het gebruik van geneesmiddelen (antidepressiva of anti-psychotica);
- zorg die we beschouwen als 'ambulant', dus zorg niet verleend tijdens een ziekenhuisopname, zoals de opvolging door een psychiater (consulten, psychotherapie sessies of overleg over de behandeling van patiënten) of door een geconventioneerde psycholoog (overeenkomst psychologische zorg), maar ook door een mobiele equipe, in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) voor psychische problemen en in het kader van ondersteuningsprojecten voor ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften.

We nemen we in de analyse ook de zorg op waarvoor een financiële tegemoetkoming bestaat in het kader van de **aanvullende verzekering (AV) van CM**. Het gaat hier om sessies psychologische zorg² die niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering.

Om de financiële toegang tot de zorg te verbeteren, voorziet de verplichte ziekteverzekering (ZIV) in een speciale regeling voor gezinnen met een laag inkomen: het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuu). Dankzij dit statuut zijn de terugbetalingen van de verplichte ziekteverzekering hoger en betalen patiënten minder remgeld. In deze analyse gebruiken we dit statuut om de economisch meest kwetsbare groepen te identificeren.

3.1.1. Beperkingen

In 2022 telde CM bijna 4,6 miljoen leden of 40% van de Belgische bevolking. Deze studie is dus gebaseerd op een zeer grote steekproef, maar waarvan de kenmerken niet helemaal overeenstemmen met deze van de Belgische bevolking. Er moet immers rekening mee worden gehouden dat de CM-ledenpopulatie iets ouder is dan de totale Belgische bevolking (24% van de CM-leden is ouder dan 65 jaar, tegenover 21% van de totale Belgische bevolking) en dat het aandeel met VT-statuu lager is (15% van de CM-leden, in vergelijking met 19% van alle verzekerden in België). Dit laatste wordt vooral verklaard door het feit dat CM een groter marktaandeel heeft in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel, waar het aandeel met VT-statuu net hoger is: 16% van de Vlamingen heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming, tegenover 21% van de Walen en 32% van de Brusselaars (bron: IMA Atlas, 2021). Om deze verschillen weg te werken, stellen we de resultaten over het zorggebruik dus voor niet in termen van volumes of aandeel binnen de groep van gebruikers, maar als percentage gebruikers binnen de CM-leden, volgens leeftijd, geslacht, VT-statuu en gewest. Op deze manier kunnen deze gegevens geëxtrapoleerd worden naar de totale Belgische bevolking.

Aan de hand van gebruiksgegevens kunnen we achterhalen welk percentage van onze leden gebruik maakt van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. De beperking van deze aanpak is dat we geen gegevens hebben over niet-terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg. Het gaat dan onder meer om bepaalde geneesmiddelen zoals ben-

2 De voorwaarden voor het toekennen van een financiële tegemoetkoming verschillen naargelang de christelijke mutualiteit waartoe je behoort. Meer informatie over de Vlaamse mutualiteiten vind je op www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/psychologische-zorg. Voor Franstalige en Duitstalige mutualiteiten, meer informatie op www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psy.

zodiazepines (anxiolytica), maar ook psychologische zorg verleend door psychologen in een privé-setting - buiten de nieuwe overeenkomst psychologische zorg - waarvoor leden bij CM geen terugbetaling vragen in het kader van de aanvullende verzekering (bekend als 'non-take-up'). De personen in deze situatie, zijn dus niet opgenomen in de analyse.

Wat betreft de aflevering van geneesmiddelen zijn er ook beperkingen inzake de gebruiksgegevens: deze zijn gebaseerd op de aflevering van psychotrope geneesmiddelen (gefactureerd per volledige doos in apotheken of per eenheid in woonzorgcentra) op basis van een doktersvoorschrift, maar het is niet mogelijk om te weten of de geneesmiddelen daadwerkelijk door de patiënten werden ingenomen.

3.2. Gebruik van geestelijke gezondheidszorg

3.2.1. Globaal gebruik van zorg

Tussen 2010 en 2022 zien we een toename in het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg (ZIV en AV): het percentage CM-leden dat gebruik maakt van geestelijke gezondheidszorg stijgt van 12% in 2010 tot meer dan 15% in 2022 (zie Figuur 6). Onder de verschillende soorten zorg, blijft het percentage leden dat in een ziekenhuis wordt opgenomen, in PVT of IBW verblijft en gebruik maakt van spoedeisende zorg stabiel. Het percentage leden dat medicatie gebruikt (antidepressiva en antipsychotica) en in hetzelfde jaar niet door een psycholoog of psychiater is gevolgd ('geen ambulante opvolging') stijgt lichtjes. De meest opvallende stijging zien we echter in het gebruik van ambulante zorg: van 2,6% van de CM-leden in 2010 (respectievelijk 1,5% in combinatie met medicatie en 1,1% zonder enige andere vorm van geestelijke gezondheidszorg), naar 5,6% in 2022 (respectievelijk 2,4% en 3,2%). Het is dus vooral door de toename van het gebruik van ambulante zorg dat het globale gebruik van geestelijke gezondheidszorg toeneemt.

Deze stijging houdt rechtstreeks verband met de evolutie van de terugbetaling van ambulante zorg. Psychologische zorg (door een psycholoog of orthopedagoog) wordt nu terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering, en dit sinds 2019 in het kader van de 'overeenkomst psychologische zorg'. Ter compensatie van het feit dat er geen enkele terugbetaling was van psychologische zorg,

maakte CM vanaf 2017 werk van het uniformiseren van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van de verschillende CM-ziekenfondsen en is geïnvesteerd in de terugbetaling van psychologische zorg (tegemoetkomingen zijn nu geharmoniseerd, zowel in Vlaanderen als in Wallonië).

Ter herinnering, de gegevens die we hier analyseren zijn cijfers over het gebruik van de zorg. Deze laten niet toe de behoefte aan zorg te beoordelen. Ze weerspiegelen eerder het aanbod en de evolutie van de terugbetaling. Het huidige aanbod volstaat niet om alle behoeften te beantwoorden, en omdat het aanbod van terugbetaalde ambulante zorg toeneemt, neemt het gebruik toe, maar in een mate die nog steeds onder de behoeften ligt, zoals bijzonder goed werd aangetoond in de analyse van de onbeantwoorde behoeften in punt 2.2. van deze studie.

Figuur 6 laat ook zien welke geestelijke gezondheidszorg door het grootste aantal mensen wordt gebruikt. We zien dat dit geneesmiddelen zijn (antidepressiva en antipsychotica): in 2022 werden ze gebruikt door 12% van de CM-leden. Het is vooral opvallend dat deze geneesmiddelen het vaakst worden gebruikt (in 75% van de gevallen) zonder dat er sprake is van enige andere vorm van geestelijke gezondheidszorg – ambulant of een andere vorm van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg.

Laten we eens kijken naar een behandeling met geneesmiddelen zonder ambulante psychologische opvolging, wat verre van triviaal is. In een onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie bij de behandeling van depressie, alleen of in combinatie met antidepressiva, stelt het KCE immers dat antidepressiva bij voorkeur niet alleen moeten worden voorgeschreven, omdat ze minder effectief zijn op de lange termijn dan in combinatie met psychotherapie (Karyotaki, et al., 2014). De studie preciseert dat bij depressie psychotherapie in combinatie met antidepressiva de voorkeursoptie is, maar dat als patiënten deze aanpak niet willen, psychotherapie als eerste keuze moet worden aangeboden. Op het moment van schrijven in 2014 benadrukten de auteurs ook het feit dat patiënten in België niet de volledige vrijheid hadden om deze keuze te maken, aangezien antidepressiva relatief gemakkelijk toegankelijk zijn en terugbetaald worden, terwijl psychotherapie maar (gedeeltelijk) was terugbetaald indien uitgevoerd door een psychiater.

Er moet echter worden opgemerkt dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg sterk verschilt naar **leeftijds-**

groep, geslacht en het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut). De overgrote meerderheid van de kinderen (jonger dan 18) maakt inderdaad alleen gebruik van ambulante zorg, namelijk psychotherapie door psychiaters of psychologen (zie Figuur 7). Binnen deze leeftijdsgroep zijn er verschillen naar geslacht - jongens maken iets meer gebruik van zorg dan meisjes - en naar economische situatie - kinderen met VT-statuut maken meer gebruik van psychotrope geneesmiddelen en zware zorg (hospitalisatie, spoedeisende zorg, enz.).

Ook is te zien dat het gebruik van alleen psychotherapie afneemt met de leeftijd en dat het alleen voorschrijven van antidepressiva of antipsychotica juist toeneemt met de leeftijd. Als geestelijke gezondheidszorg dus het meest wordt gebruikt bij de groep van 65-plussers (in 2022 bijna 21% van de 65-plussers van CM), is dit voornamelijk te wijten aan het hoge gebruik van antidepressiva in deze groep³. De verschillen in gebruik naar geslacht en VT-statuut zijn ook opvallend. Ten eerste komt het gebruik van antidepressiva veel vaker voor bij vrouwen, vooral naarmate ze ouder worden, maar ook als ze VT-er zijn. In 2022 gebruikt meer dan één op de vier vrouwen ouder dan 65

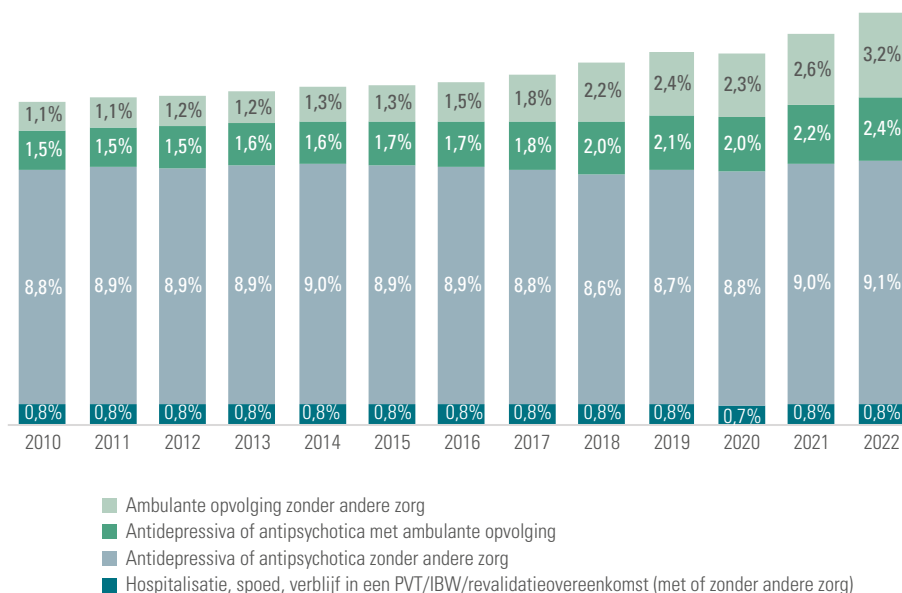
jaar met een laag inkomen geneesmiddelen zonder enige andere vorm van opvolging voor geestelijke gezondheidszorg (28%, zie Figuur 7).

We zien ook dat het gebruik van ambulante zorg vaker voorkomt bij vrouwen, waarbij een aanzienlijk percentage vrouwen tussen 18 en 29 jaar een beroep doet op ambulante zorg in 2022 (9% bij niet-VT-ers en 11% bij VT-ers, waarvan 6% zonder medicatie en 5% met medicatie). In deze leeftijdsgroep gebruiken bijna twee keer zoveel vrouwen als mannen antidepressiva en/of antipsychotica.

Het percentage gebruikers van ambulante zorg is ook hoog onder de VT-ers van 30 tot 54 jaar (zowel bij mannen als bij vrouwen) en het vaakst in combinatie met een voorschrift voor geneesmiddelen. We zien ook dat VT-ers meer gebruik maken van zware zorg (hospitalisatie, spoedeisende hulp, enz.), in alle leeftijdscategorieën en voor beide geslachten, maar vooral bij mannen van 30 tot 54 jaar.

Achter de gebruikscijfers voor alle CM-leden (zie Figuur 6) gaan dus twee realiteiten schuil die de nodige aandacht vragen. Ten eerste is de evolutie van het gebruik van am-

Figuur 6: Evolutie van het percentage CM-leden met terugbetaling voor geestelijke gezondheidszorg tussen 2010 en 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



3 Er moet echter op worden gewezen dat studies aantonen dat antidepressiva ook 'off-label' (buiten hun indicaties of voor andere indicaties) worden gebruikt, met name bij ouderen (Gers, Petrovic, Perkisas, & Vandewoude, 2018). Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica is ook het onderwerp geweest van een CM-studie, die verontrustende verschillen laat zien tussen het niveau van medicatie in en buiten woonzorgcentra voor vergelijkbare niveaus van afhankelijkheid (Noirhomme & Lambert, In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica, 2020).

bulante zorg groter in de leeftijdsgroepen 0-17 jaar en 18-29 jaar, en vooral bij vrouwen: terwijl in 2010 13% van de gebruikers van ambulante zorg vrouwen onder de 30 jaar waren - met of zonder medicatie - vertegenwoordigen zij nu 21% van de gebruikers (2022). Achter de toename van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg in de totale bevolking, gaat dus de toename schuil van het gebruik bij vrouwen onder de 30 jaar.

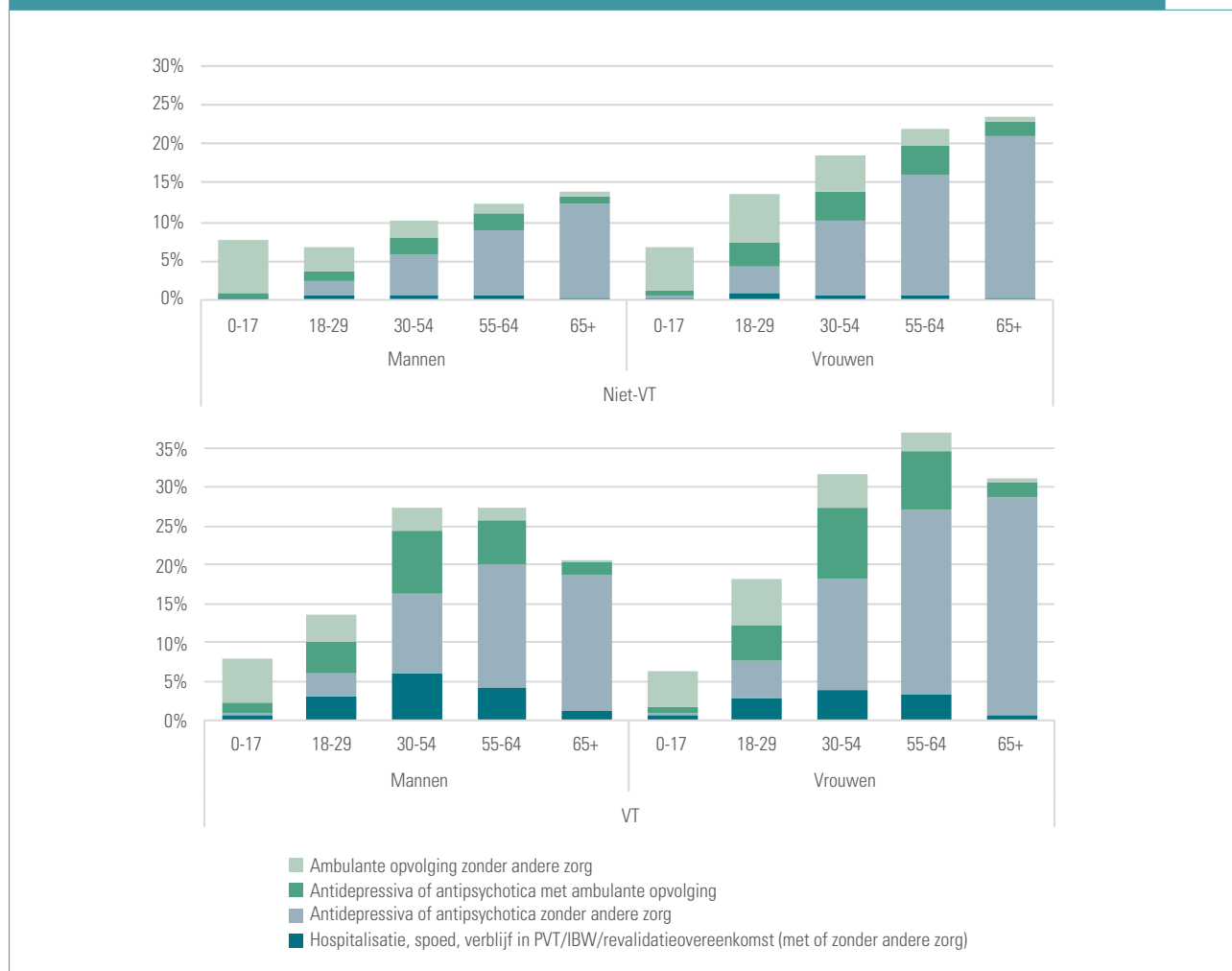
Ten tweede zijn de mensen die psychotrope geneesmiddelen voorgeschreven krijgen - met of zonder ambulante opvolging - voornamelijk mensen uit de oudste leeftijdsgroep (in 2022 is 48% van de gebruikers van antidepressiva en/of antipsychotica ouder dan 65) en meer specifiek vrouwen (33% van alle gebruikers zijn vrouwen ouder dan 65). Het is opvallend dat voor veel gebruikers van geestelijke

gezondheidszorg medicatie het enige antwoord is op hun gezondheidsbehoeften. Dit is het geval voor 87% van de 65-plussers. Het cijfer is ook hoog voor de andere groepen: 68% van de 55-64-jarigen, 49% van de 30-54-jarigen en 26% van de 18-29-jarigen.

3.2.2. Gebruik van ambulante zorg

Tot nu toe spraken we over de 'ambulante opvolging', die een reeks verschillende verstrekkingen (en zorgverleners) omvat, en een zorgaanbod in evolutie. Om de analyse te vereenvoudigen, worden hierna drie soorten terugbetaalde ambulante zorg in beschouwing genomen, die 93% van het volume aan verstrekkingen ambulante geestelijke gezondheidszorg⁴ vertegenwoordigen: zorg verleend door de psychiater (consulten, psychotherapie sessies en andere

Figuur 7: Percentage CM-leden dat in 2022 een terugbetaling ontvangt voor geestelijke gezondheidszorg, naar leeftijdsgroep, geslacht en VT-status (Bron: CM, juli 2023)



4 De psychologische opvolging door mobiele equipes, als onderdeel van de overeenkomsten voor ambulante revalidatie (CAR) en ondersteuningsprojecten voor ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften, die was opgenomen in de algemene analyse om het percentage CM-leden te bepalen dat geestelijke gezondheidszorg ontvangt en die kan worden beschouwd als ambulante zorg, is hier niet opgenomen en vormt de resterende 7%.⁵ Dit houdt in dat de risico's en kosten over een grotere groep gespreid worden.

verstrekkingen met betrekking tot de ambulante opvolging van patiënten), psychologische zorg terugbetaald door de AV van CM en psychologische zorg vergoed door de ZIV onder de nieuwe overeenkomst psychologische zorg.

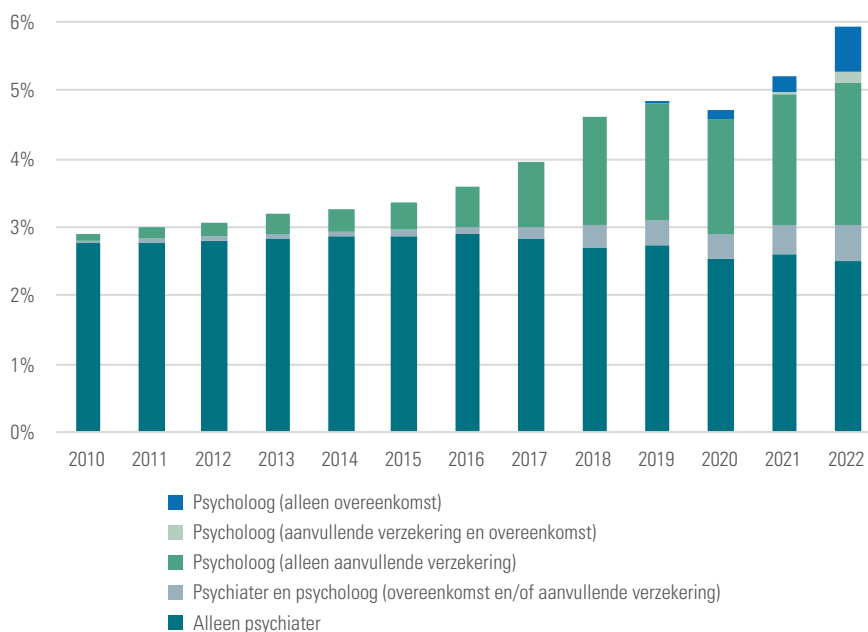
Als we kijken naar de evolutie in het gebruik van deze soorten zorg (zie Figuur 8), stellen we drie belangrijke zaken vast.

Ten eerste zien we in de loop der tijd **geen evolutie in het gebruik van de zorg door psychiaters**. Dat het gebruik stabiel is, komt niet doordat de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg of de vraag ernaar niet verandert, maar doordat het aanbod van psychiaters verzadigd is, zoals we meer in detail zullen zien in punt 3.2.3.

Ten tweede zien we geleidelijk en vooral vanaf 2018, een **evolutie in het gebruik van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van CM (AV)**. Zo maakte in 2022 meer dan 2,6% van de CM-leden gebruik van deze tegemoetkoming. We willen hier wel preciseren dat deze evolutie ons niet toelaat om te evalueren of het gebruik van psychologische zorg toeneemt, omdat men er gebruik van kan

maken zonder terugbetaling door de aanvullende verzekering van CM, maar wel om vast te stellen dat de financiële toegankelijkheid van deze zorg toeneemt. Zonder dit voordeel en zonder terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering, zouden de leden immers de volledige kosten van deze zorg moeten betalen. De terugbetaling door CM blijft echter beperkt en de kosten voor de patiënten zijn hoog: na terugbetaling betalen patiënten gemiddeld 42,7 euro per raadpleging in de privépraktijk van de psycholoog en VT-ers gemiddeld 35,7 euro (Noirhomme, 2022, p. 44). Het gebruik van dit voordeel toont dus aan dat de behoefte bestaat en dat de invoering van structurele terugbetalingsmechanismen noodzakelijk is. De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen, kan worden gezien als een 'voorportaal' van de verplichte ziekteverzekering met een tijdelijke maar noodzakelijke dekking voor zorg die niet door de verplichte ziekteverzekering wordt gedekt, voordat deze in de ZIV wordt geïntegreerd. Het gezondheidszorgsysteem en de dekking door de verplichte ziekteverzekering moeten gebaseerd zijn op de behoeften van de bevolking en niet op de beschikbaarheid van het aanbod. Hoe groter de mutualisering⁵, hoe toegankelijker het systeem zal zijn.

Figuur 8: Evolutie van het percentage CM-leden dat een terugbetaling ontvangt voor ambulante psychiatrische/psychologische consulten tussen 2010 en 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



5 Dit houdt in dat de risico's en kosten over een grotere groep gespreid worden.

Ten derde zien we met de komst van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg **een toenemend gebruik van psychologische zorg terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering**: hoewel eerstelijns psychologische zorg al sinds 2019 onder bepaalde voorwaarden wordt vergoed, zien we vooral vanaf 2022 een significant gebruik van psychologische zorg, die op grotere schaal wordt terugbetaald. In 2022 maakte bijna 1% van de CM-leden er gebruik van en neemt het aantal patiënten dat wordt behandeld exponentieel toe.

3.3. Aanbod van ambulante zorg

3.3.1. Beschikbaarheid van zorgverleners

Het aantal praktiserende⁶ psychiaters weerspiegelt de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg - en vooral de beschikbaarheid ervan⁷. Dit aantal is de afgelopen jaren echter nauwelijks veranderd: van 1.890 psychiaters met een erkende praktijk in 2013 naar 2.011 psychiaters in 2021, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,69%, wat lager is dan de stijging van 1,56% voor artsen in het algemeen (RIZIV, 2021). Dit betekent dat er in België 0,17 psychiaters per 1.000 inwoners zijn. Deze dichtheid is stabiel gebleven sinds 2000 en ligt lager dan het Europese gemiddelde (0,19/1000) (Devos, et al., 2019).

Er zijn geen gegevens beschikbaar om de lengte van de wachttijden voor toegang tot zorg door psychiaters te beoordelen op nationaal niveau. In Vlaanderen registreren de CGG die afhangen van de Vlaamse overheid wel de wachttijden. Deze centra werken in multidisciplinaire teams met psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. Dankzij deze registratie kunnen we vaststellen dat bijna de helft van alle patiënten een maand of langer moet wachten op een eerste afspraak bij een CGG (44% in 2017), een percentage dat in de loop der tijd is gestegen (30% in 2009) (Devos, et al., 2019).

Daarnaast toont een recente studie over wachttijden in Vlaanderen in de geestelijke gezondheidszorg, uitgevoerd in het kader van de *Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGG)*, dat wachttijden en een inschrijvingsstop ook vaak voorkomen bij psychiaters in

privépraktijken. Meer dan de helft van de deelnemende psychiaters (61%) aanvaardt momenteel geen nieuwe patiënten meer en voor bijna de helft (43%) bedraagt de wachttijd minstens anderhalf jaar. Voor andere zorgverleners is de situatie minder catastrofaal: bij ongeveer de helft van de psychologen (49%), orthopedagogen (51%) en psychotherapeuten (58%) is binnen de maand een ontmoeting mogelijk. De kostenfactor speelt hier echter een belangrijke rol: voor veel mensen is psychotherapie door een privétherapeut geen optie. Bovendien blijkt de situatie ernstiger voor de doelgroep kinderen en jongeren, voor wie het aandeel zorgverleners met een wachttijd van minder dan een maand lager is dan bij volwassenen (Rens & Van den Broeck, 2021).

Het feit dat het gebruik van ambulante psychiatrische zorg niet wijzigt, heeft dus niets te maken met de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg die over de hele bevolking toeneemt - zoals blijkt uit de lange wachtlijsten -, maar is de loutere weerspiegeling van de verzadiging van het aanbod van psychiaters. Om deze verzadiging te verlichten, concluderen Rens & Van den Broeck onder andere dat het belangrijk is om de terugbetaling voor psychotherapie uit te breiden (Rens & Van den Broeck, 2021). De overeenkomst psychologische zorg schrijft zich sinds haar aanvang in 2019 in dit streven in om het aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met milde tot matige psychische klachten te versterken en psychiaters in staat te stellen zich te richten op patiënten met complexe en ernstige psychische aandoeningen en ziekten.

Wanneer we de activiteit van psychiaters nader bekijken aan de hand van de CM-gegevens, zien we bovendien dat slechts een derde van de psychiaters vrijwel uitsluitend ambulante werkt⁸. Bij de psychiaters die in belangrijke mate ambulant werken (meer dan 500 ambulante verstrekkingen per jaar voor CM-leden), heeft het grootste deel van de gefactureerde verstrekkingen nog steeds betrekking op de opvolging van gehospitaliseerde patiënten. Als we de CM-gegevens extrapoleren naar de totale Belgische bevolking (de CM-leden vertegenwoordigen 40% van de bevolking), schatten we dat psychiaters die in belangrijke mate ambulant werken, per dag gemiddeld zes verstrekkingen van ambulante opvolging leveren. Het gaat dan voornamelijk om psychotherapie, waarvoor per

6 Psychiaters zijn artsen die zich hebben gespecialiseerd in de psychiatrie; ze kunnen ook een aanvullende opleiding hebben gevolgd in een subspecialisme van de psychiatrie (bijvoorbeeld kinderpsychiater). Neuropsychiaters en neurologen vallen hier niet onder.

7 Er zijn vier dimensies van toegankelijkheid van gezondheidszorg: gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid en beschikbaarheid (Càs, 2021).

8 Om te worden beschouwd als een psychiater die bijna uitsluitend ambulant werkt, gaan we ervan uit dat die minder dan 200 ziekenhuisprestaties en meer dan 200 ambulante prestaties per jaar voor CM-leden moet uitvoeren.

verstrekking minstens 45 minuten beschikbaarheid voor de patiënt nodig is. Als we daar de opvolging van gehospitaliseerde patiënten bij optellen, blijft er niet veel tijd over op een dag.

Door de evolutie van de werklust van psychiaters met ambulante dienstverlening te analyseren (consulten, psychotherapie, evaluaties, overleg tussen professionals, enz.), stellen we ook vast dat er steeds meer tijd wordt besteed aan de psychotherapeutische behandeling van kinderen, en bijgevolg het totale aantal uren dat psychiaters aan volwassenen besteden, daalt (zie Figuur 9). Het gebrek aan beschikbare tijd voor de behandeling van volwassenen is dus een bijkomende verklaring voor de verzadiging van de ambulante psychiatrische diensten.

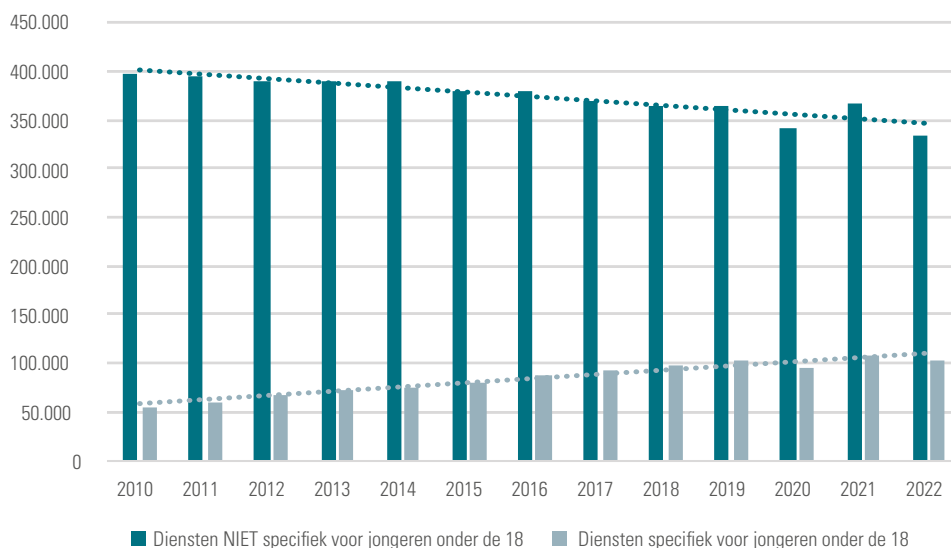
3.3.2. Aandeel van elk type zorg

In 2010 bestond de terugbetaalde ambulante geestelijke gezondheidszorg bijna uitsluitend uit zorg verleend door

psychiaters (zie Figuur 10). Gaandeweg neemt de zorg door psychologen en orthopedagogen een steeds belangrijker deel in van het landschap van de terugbetaalde ambulante zorg aan CM-leden, door de investering hierin door CM en de totstandkoming van de overeenkomst psychologische zorg. Zo vertegenwoordigen de psychologische zorg die door de AV aan CM-leden wordt terugbetaald en de ambulante zorg die wordt geleverd door de psychiater in 2021 respectievelijk 47% van het totale volume van de zorg, en de verstrekkingen geleverd in het kader van de overeenkomst 5%. In 2022 zien we vooral een evolutie in de overeenkomst psychologische zorg: de geleverde verstrekkingen vertegenwoordigen 15% van het totale volume.

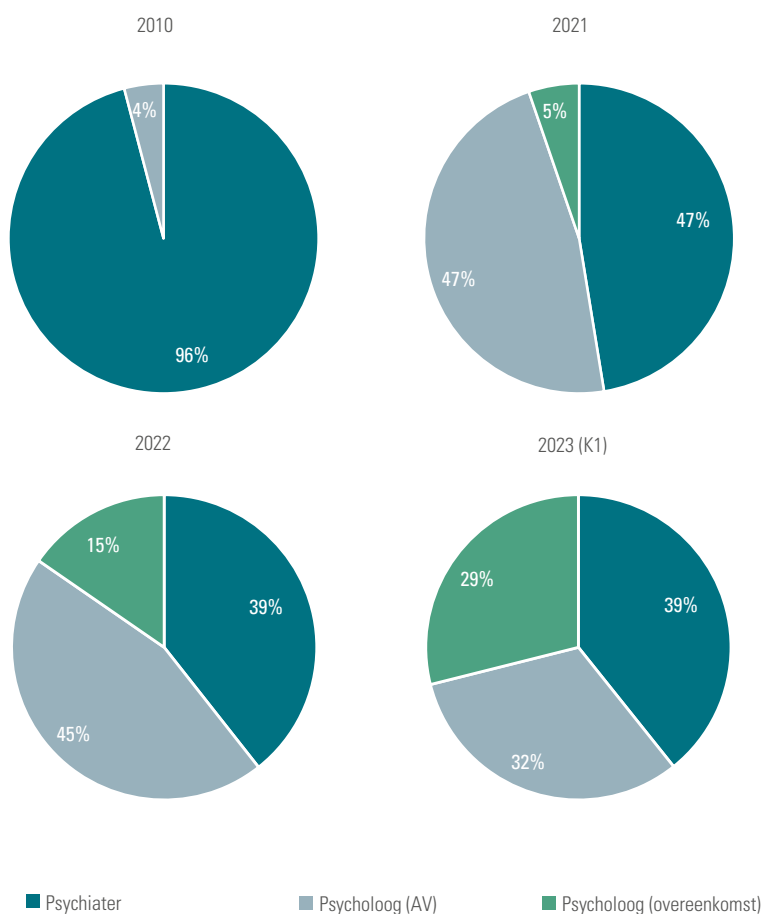
Gezien de exponentiële groei van het gebruik in 2022 is het moeilijk om het gebruik van de overeenkomst psychologische zorg in 2023 te voorspellen. We kunnen echter al zien dat in het eerste kwartaal van 2023 de zorg die onder de overeenkomst wordt terugbetaald 29% uitmaakt van de gefactureerde verstrekkingen.

Figuur 9: Evolutie van de som van het aantal gewerkte uren door psychiaters in ambulante psychiatrische zorg, al dan niet specifiek voor min 18-jarigen, voor CM-leden, tussen 2010 en 2022 (benadering⁹ op basis van CM-gegevens, juli 2023)



⁹ Deze benadering is gebaseerd op de wettelijke duur van de verstrekkingen (bijvoorbeeld 45 minuten voor een psychotherapie sessie) en gaat ervan uit dat een standaardconsult gemiddeld 15 minuten duurt.

Figuur 10: Uitsplitsing van de terugbetaalde verstrekkingen in het kader van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



4. Focus op de overeenkomst psychologische zorg

4.1. Werking van de overeenkomst

De nieuwe ‘overeenkomst psychologische zorg’ werd voorgesteld in overleg met het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de hele sector van de geestelijke gezondheidszorg, en op 26 juli 2021 goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het RIZIV. Uitgangspunt was het protocolakkoord van 2 december 2020 over een “gecoördineerde aanpak voor

de versterking van het psychisch zorgaanbod, in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die het zwaarst getroffen zijn door de COVID-19-pandemie”, dat door alle ministers bevoegd voor volksgezondheid werd goedgekeurd (RIZIV, 2022). Het gaat hier om een nieuwe fase in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, met name de verdere ontwikkeling van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg dicht bij de leefomgeving van de burger en in samenwerking met de eerstelijnsactoren (RIZIV & Volksgezondheid, 2021). Hierna gaan we verder in op vier principes van de overeenkomst: de *quadruple aim*, de territoriale planning, het onderscheid tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, en het aspect van de *outreach* en de vindplaatsen.

4.1.1. Quadruple aim

De overeenkomst is gebaseerd op het principe van de *quadruple aim*: (1) patiëntervaring: de best mogelijke kwaliteit van zorg voor elke patiënt, (2) de gezondheid van de bevolking: het maximaliseren van de bijdrage aan de gezondheid van de gehele bevolking, (3) kostenreductie, toegespitst op de gemeenschap (niet alleen op individuen), (4) het welzijn van het zorgteam, rekening houdend met de arbeidsomstandigheden van de verzorgers/ondersteuners.

Het doel is dus om toegankelijke zorg te bieden, op lokaal niveau en dicht bij de burger, aangepast aan de persoonlijke situatie, behoeften en mogelijkheden van de patiënten en hun omgeving (aangepaste zorg), en die deel uitmaakt van een bredere eerstelijnszorg als onderdeel van een geïntegreerd multidisciplinair eerstelijnszorgsysteem. De idee is dus om een geïntegreerde, globale, lokale, toegankelijke en multidisciplinaire aanpak te bevorderen, zodat men zich bewust is van de middelen die lokaal beschikbaar zijn in de verschillende sectoren/domeinen, de partners op gelijke voet beschouwt, de continuïteit van de zorg verbetert en overleg en coördinatie worden aangemoedigd, rekening houdend met de administratieve en geografische realiteit van de gewesten en gemeenschappen (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

De volksgezondheidsbenadering richt zich op de hele bevolking en patiënten worden gezien in hun sociaaleconomische context. Ze is eerder gericht op primaire preventie dan op behandeling (Thornicroft & Tansella, 2009). Op basis van wetenschappelijke kennis, praktische haalbaarheid en de zorgvraag van de rechthebbende en diens context, is het doel van de overeenkomst dan ook om te streven naar de ontwikkeling van soorten interventies die een maximaal effect hebben op de bevolking, zoals interventies die rechtstreeks in de gemeenschap plaatsvinden, een groepsaanbod, met een prioritaire focus op kinderen en jongeren, vroegtijdige interventie en detectie.

4.1.2. Territoriale planning

Het aanbod wordt gefinancierd en gepland op territoriale basis. Volgens een logica van *population-based management* wordt het Belgisch grondgebied verdeeld in 32 netwerken – 11 netwerken ‘kinderen en jongeren’ en 21 netwerken ‘volwassenen’¹⁰. Elk netwerk heeft een specifiek vastgelegd maximumbudget. Het budget wordt vast-

gelegd op basis van het aantal inwoners, de aanvangsleeftijd en prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en de sociaaleconomische situatie (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

Het gaat hier om iets nieuws in België: de zorg wordt op lokaal niveau georganiseerd, binnen de grenzen van een gesloten enveloppe, in tegenstelling tot andere soorten terugbetaalde zorg. Laten we de tandartsen als voorbeeld nemen: zodra ze gediplomeerd zijn, krijgen ze een RIZIV-nummer en kunnen ze beslissen om zich te vestigen waar ze willen en zich al dan niet te conventioneren (en dus om al dan niet de tarieven toe te passen die in de overeenkomst met het RIZIV voor de tandartsensector zijn vastgelegd). Als ze beslissen zich niet te conventioneren, worden hun behandelingen toch terugbetaald door de verplichte verzekering (naast het tarief dat door de ZIV wordt gedekt, worden eventuele supplementen die de zorgverlener in rekening brengt, aan de patiënt doorgerekend). Onder de nieuwe overeenkomst psychologische zorg daarentegen zijn het de netwerken die de zorgverleners conventioneren op basis van de lokale behoeften.

De overeenkomst wordt daarom op een meer lokaal niveau geïmplementeerd, aangezien zij bepaalt (artikel 11) dat de netwerken voor kinderen/jongeren en volwassenen gezamenlijk op provinciaal niveau een overeenkomst sluiten met de lokale partnerships, waarin afspraken worden gemaakt over de verdeling van de beschikbare middelen op basis van de risicostratificatie van de populatie om te komen tot een evenwichtige verdeling van de beschikbare capaciteit voor eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in het werkgebied van het netwerk. We kunnen daarom verwachten dat elk netwerk voor de uitvoering van de overeenkomst verschillende strategieën zal implementeren, afhankelijk van de lokale specifieke kenmerken, bijvoorbeeld op het vlak van geestelijke gezondheidsbehoeften en zorgaanbod.

4.1.3. Eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg

Het doel van de overeenkomst is om zorg te verlenen aan mensen met milde tot matige psychische problemen via eerstelijns psychologische zorg - naar schatting 52% van de geestelijke gezondheidsproblemen bij volwassenen in België - en met matige tot matig ernstige problemen via gespecialiseerde psychologische zorg - naar schatting 27% van de geestelijke gezondheidsproblemen. Voor de

¹⁰ De netwerkkaarten zijn beschikbaar op de RIZIV-website: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/eerstelijns-gespecialiseerde-psychologische-zorg-netwerk-geestelijke-gezondheidszorg.aspx>.

overige 21% - de complexe en ernstige geestelijke gezondheidsproblemen en stoornissen – is het niet de bedoeling dat deze onder de nieuwe overeenkomst vallen, maar onder de andere gespecialiseerde geestelijke gezondheidsfuncties (mobiele equipes, ambulante psychiatrische zorg, enz.) (RIZIV & Volksgezondheid, 2021).

In het kader van de overeenkomst is de eerste individuele sessie gratis en biedt deze de mogelijkheid om de situatie van de patiënt te verduidelijken. Afhankelijk van de intensiteit van de zorg die nodig blijkt, kunnen patiënten eerstelijns psychologische zorg krijgen, doorverwezen worden naar gespecialiseerde psychologische zorg of naar een andere vorm van hulp en zorg. Sessies kunnen individueel of in groepsverband worden georganiseerd.

4.1.4. *Outreach* en vindplaatsen

De overeenkomst wil de drempel voor de toegang tot psychologische zorg zoveel mogelijk verlagen. Het doel is om de gebruikers tegemoet te gaan en hen zorg te bieden die aansluit bij de realiteit van hun situatie. De locatie is daarom zeer ruim gedefinieerd. Dit kan in de praktijk van de zorgverlener zijn of diensten die specifiek gericht zijn op geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis, een CGG, enz.). De overeenkomst voorziet ook in de mogelijkheid van *outreaching*, namelijk zorgverlening buiten de bovengenoemde locaties en het rechtstreeks bezoeken van de zorggebruikers. *Outreaching* kan plaatsvinden op school, op het werk, in jeugdcentra, wijkgezondheidscentra, enz., maar ook bij de gebruiker thuis als de persoon niet in staat is zich te verplaatsen.

De term 'vindplaats' verwijst naar een feitelijke of online plaats waar mensen met psychische problemen samenkomen voor andere doeleinden dan psychologische ondersteuning, zoals materiële of sociale hulp, algemene zorg of vrijetijdsactiviteiten: deze plaatsen verlagen dus de drempel. Er kunnen dan psychologische behoeften worden vastgesteld en mensen kunnen worden toegeleid naar passende psychologische zorg. Het is ook een plaats die intersectorale en multidisciplinaire samenwerking met andere (eerstelijns) zorgverleners en zorgactoren vergemakkelijkt. Deze plaatsen kunnen OCMW's zijn, kinder- en jeugddiensten, jeugdbeschermingsdiensten, CLB's, huisartsen, geriaters, lokale dienstencentra, enz. (RIZIV, 2022).

4.2. Methodologie

Voor de analyse van de overeenkomst psychologische zorg maken we gebruik van verschillende gegevensbronnen. De gegevens van de RIZIV-rapporten over de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg laten ons toe de evolutie van het aanbod te analyseren (aantal geconventioneerde zorgverleners) en van het zorggebruik (aantal patiënten dat onder de overeenkomst valt en dus zorg ontvangen heeft, cumulatief berekend). De evolutie van het zorggebruik wordt ook geanalyseerd met behulp van de CM-gegevens. Deze maken het mogelijk details te geven over het aantal patiënten dat zorg ontvangen heeft en over het volume van gefactureerde verstrekkingen door psychologen en orthopedagogen per maand en per jaar van verstrekking, en dat teruggaand tot 2020, dus vóór de huidige versie van de overeenkomst.

Aan de hand van de BELHEALTH-enquête maken we een vergelijking tussen de patiënten die een niet-geconventioneerde psycholoog hebben geraadpleegd en deze die een geconventioneerde psycholoog hebben geraadpleegd, om zo de specificiteit na te gaan van de groep die gebruik maakt van de overeenkomst. De CM-gegevens stellen ons ook in staat om verder te gaan in de analyse door het profiel van de patiënten die gebruik maken van de overeenkomst te bekijken (leeftijd, geslacht, VT-statuuat, regio), evenals hun eerder zorggebruik.

Met behulp van de CM-gegevens analyseren we ook welke soorten zorg het meest worden gebruikt: eerstelijnszorg of gespecialiseerde zorg, individuele of groepssessies, videoconsulten en *outreach*. We kijken eveneens naar het gemiddeld en mediaan aantal sessies over een periode van twaalf maanden. Om het aantal sessies over deze periode te beoordelen, is het noodzakelijk om alleen die patiënten mee te nemen die meer dan twaalf maanden geleden met hun behandeling zijn begonnen. Aangezien de laatst beschikbare gegevens dateren van juni 2023, nemen we alleen patiënten op die tussen januari en juni 2022 met hun opvolging zijn begonnen. Het gaat om 14.516 patiënten in de netwerken 'volwassenen' en 2.954 patiënten in de netwerken 'kinderen en jongeren'.

4.3. Evolutie van het eerstelijnsaanbod

We stellen vast dat het aantal psychologen en orthopedagogen dat deelneemt aan de overeenkomst psychologische zorg in de periode van januari 2022 tot mei 2023 bijna verviervoudigd is, van 1.083 tot 3.867 geconventio-

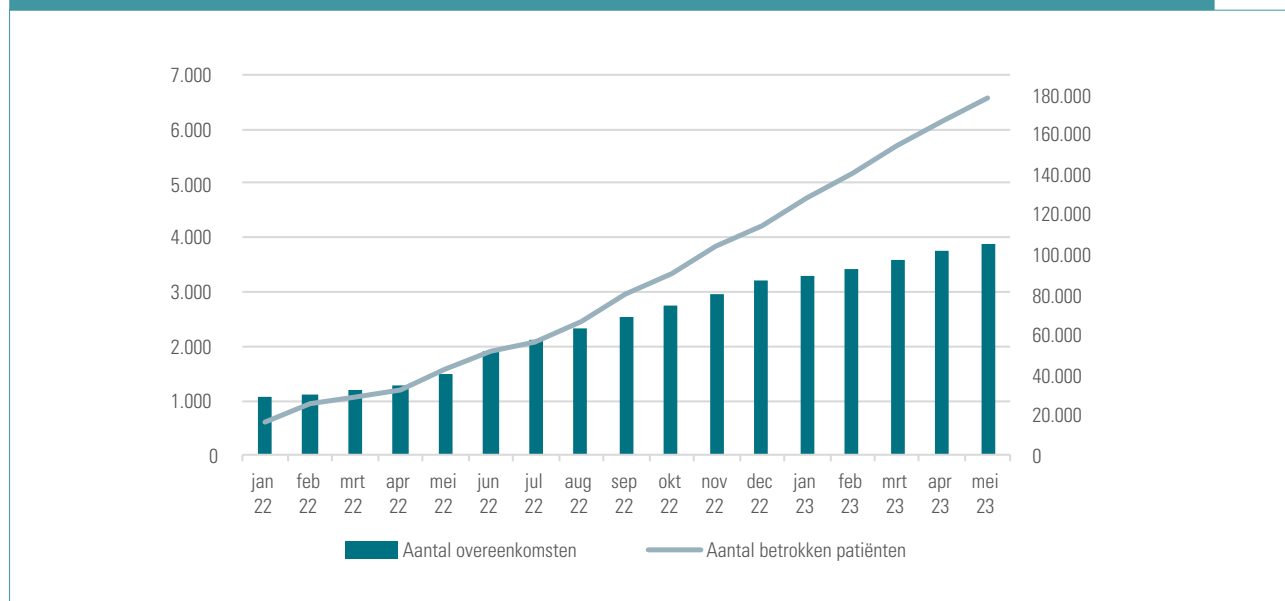
neerde zorgverleners (zie Figuur 11). Volgens de gegevens van het RIZIV neemt het aantal patiënten dat valt onder de overeenkomst exponentieel toe: van 16.316 patiënten in januari 2022 tot 178.425 in mei 2023, meer dan een vertienvoudiging.

Uit de CM-gegevens blijkt ook dat er in de eerste zes maanden van 2023 meer patiënten werden opgevolgd dan in het ganse jaar 2022: van de 88.440 patiënten die CM-lid zijn en die sinds de invoering van de overeenkomst werden opge-

volgd, zijn er tussen januari en juni 2023 56.565 patiënten opgevolgd, wat al meer is dan de 44.474 patiënten die in 2022 werden opgevolgd.

Aan de hand van de CM-gegevens kunnen we ook nagaan hoe het volume van de verstrekkingen toeneemt. Eerst is er een zwakke toename tot december 2021. Vervolgens is er een stijging vanaf begin 2022 tot augustus en dan een intensivering vanaf september 2022, wanneer het aantal gefactureerde verstrekkingen voor CM-le-

Figuur 11: Evolutie van het aantal geconventioneerde psychologen/orthopedagogen en het aantal patiënten binnen de overeenkomst tussen januari 2022 en mei 2023 (RIZIV-gegevens, mei 2023)



Figuur 12: Vergelijking tussen het maandelijks volume aan verstrekkingen gefactureerd door psychologen in het kader van de overeenkomst en verstrekkingen gefactureerd door psychiaters in het kader van de ambulante opvolging (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



den de grens van 28.000 overschrijdt (zie Figuur 12). Het volume van de verstrekkingen gepresteerd in maart 2023 was dus zes keer hoger dan in januari 2022 (van 7.477 naar 45.399 verstrekkingen). Meer nog, de evolutie van het gebruik van psychologische zorg neemt zodanig toe dat het volume van de ambulante consulten door psychiaters wordt ingehaald. Bovendien zien we dat de psychologische zorg de normale schommelingen van de psychiatrische zorg door het jaar heen volgt (meer verstrekkingen buiten de periodes van de schoolvakanties), wat de verschillen in volume tussen de maanden verklaart.

4.4. Profiel van de patiënten

4.4.1. Profiel van de patiënten onder de deelnemers aan de BELHEALTH-studie

De gegevens uit de BELHEALTH-enquête van Sciensano laten zien welk aandeel van de respondenten met een ervaren behoefte aan psychologische hulp, ook daadwerkelijk toegang kreeg tot die hulp (alle duurtijden en zorgverleners samen), en welk aandeel het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde psycholoog heeft geraadpleegd en welk aandeel een **geconventioneerde psycholoog**, volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie (zie Tabel 2).

Een eerste vaststelling is dat 59% van de mensen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp toegang had tot zorg (alle duurtijden en alle zorgverleners samen). Dit aandeel is lager bij de groep van 18-29-jarigen (49%), bij mannen (56% tegenover 60% bij de vrouwen) en bij mensen met financiële problemen (54%).

Wat het gebruik van psychologische zorg betreft, heeft eenzelfde aandeel mensen met een ervaren behoefte aan psychologische hulp het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde psycholoog dan wel een geconventioneerde psycholoog geraadpleegd (8%). Bij de jongeren raadpleegde een iets hoger aandeel een geconventioneerde psycholoog dan een niet-geconventioneerde psycholoog (8% tegenover 6%), net als bij de 65-plussers (8% tegenover 5%). Het aandeel mannen dat een geconventioneerde psycholoog geraadpleegde was iets lager (6% tegenover 8%). Het grootste verschil tussen de twee groepen heeft te maken met de financiële situatie: er hebben meer mensen met financiële problemen gebruik gemaakt van psychologische zorg binnen de overeenkomst dan daarbuiten (8% tegenover 3%), wat erop kan wijzen dat de nieuwe overeenkomst de toegang tot psychologische zorg voor kwetsbaren verbetert.

Tabel 2: Aandeel respondenten met een ervaren behoefte aan hulp die toegang hadden tot de zorg (alle zorgverleners samen) en in het afgelopen jaar een niet-geconventioneerde of een geconventioneerde psycholoog raadpleegden, volgens leeftijd, geslacht en financiële situatie (Bron: BELHEALTH-enquête Sciensano, 2023)

		Ervaren behoefte aan psychologische hulp	Toegang tot zorg (alle zorgverleners en duurtijden samen)	Gebruik van psychologische zorg buiten de overeenkomst gedurende minder dan een jaar	Gebruik van psychologische zorg enkel onder de overeenkomst
Alle respondenten		1.838	1.086 (59%)	140 (8%)	142 (8%)
Leeftijd	18-29 jaar	203	100 (49%)	13 (6%)	16 (8%)
	30-54 jaar	931	574 (62%)	77 (8%)	73 (8%)
	55-64 jaar	421	260 (62%)	36 (9%)	31 (7%)
	65+ jaar	283	152 (54%)	14 (5%)	22 (8%)
Geslacht	Vrouwen	1302	784 (60%)	98 (8%)	108 (8%)
	Mannen	536	302 (56%)	42 (8%)	34 (6%)
Financiële situatie	Komt gemakkelijk rond	634	389 (61%)	68 (11%)	47 (7%)
	Komt rond	933	550 (59%)	65 (7%)	74 (8%)
	Komt moeilijk rond	271	147 (54%)	7 (3%)	21 (8%)

4.4.2. Profiel van de patiënten onder de CM-leden

Sinds de start van de implementatie in 2019, maakten 88.440 CM-leden gebruik van psychologische zorg onder de nieuwe overeenkomst, wat neerkomt op 1,9% van alle CM-leden. Wanneer we deze cijfers analyseren volgens geslacht, leeftijd, recht op het VT-statuut en gewest, zien we kleine verschillen tussen de groepen. Zo is in de groepen waarvoor we eerder een grotere zorgbehoefte vaststelden, het gebruik het hoogst: binnen de totale CM-populatie zien we meer vrouwen (2,5%) dan mannen (1,4%) onder de gebruikers, maken meer personen met het VT-statuut gebruik van zorg (2,5%) en is de leeftijdsgroep met het hoogste aandeel gebruikers de leeftijdsgroep 18-29 jaar (3,2%, tegenover 2,7% gebruikers in de leeftijdsgroep 30-54 jaar en 2,1% in de leeftijdsgroep 0-17 jaar), (zie Tabel 3). Er is dus een convergentie tussen de gebruiksgegevens van CM en de resultaten van de BELHEALTH-enquête van Sciensano.

Volgens het statuut 'rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming'

Het doel van de overeenkomst is om psychologische zorg breder toegankelijk te maken, met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen (RIZIV, 2023). De CM-gegevens bevestigen dat deze doelstelling wordt gehaald. Van de gebruikers van de overeenkomst heeft 20% het VT-statuut, wat een hoger aandeel is dan in de totale CM-populatie (15%). Er is echter nog ruimte voor verbetering, aan-

gezien de drempels waarmee deze doelgroepen worden geconfronteerd bij de toegang tot diensten groter zijn in alle dimensies van toegankelijkheid (zie Noirhomme, 2022).

Ter vergelijking: in 2022 heeft slechts 12% van de CM-leden die gebruik hebben gemaakt van de tegemoetkoming voor psychologische zorg in het kader van de aanvullende verzekering het VT-statuut. Dit kan worden verklaard door het feit dat, ondanks de CM-tussenkost (tot gemiddeld 15,2 euro per sessie), de eigen bijdrage voor patiënten voor een sessie zeer hoog blijft, met een gemiddelde van 42,7 euro (niet-VT-patiënten) of 35,7 euro (VT-patiënten) in 2021 (Noirhomme, 2022). In de nieuwe overeenkomst blijven de eigen uitgaven beperkt tot 11 euro en tot 4 euro voor VT-patiënten, en tot 2,5 euro voor groepssessies, wat de betaalbaarheid van psychologische zorg aanzienlijk verbetert. Men kan zich echter afvragen of de betaalbaarheid voor VT-patiënten niet nog beter zou zijn als er geen of een nog beperkter remgeld zou zijn. Volgens het KCE-rapport waarin het vergoedingsmodel voor psychologische zorg onder de loep is genomen, "zijn de actoren op het terrein [...] het er unaniem over eens dat de te betalen bedragen geen obstakel mogen vormen voor behandeling, maar dat de financiële bijdrage wel een algemeen principe is van elke therapie, die bijdraagt tot de motivatie van de patiënten" (Kohn, et al., 2016, p. 33). Het rapport stelt echter lagere remgeldbedragen voor dan die welke momenteel van kracht zijn: 6 euro per sessie / 1,5 euro voor VT-ers voor eerstelijns psychologische zorg en 12 euro per sessie / 3 euro voor VT-ers voor gespecialiseerde psychologische

Tabel 3: Percentage CM-leden dat gebruik maakte van psychologische zorg sinds de start van de overeenkomst, volgens geslacht, VT-statuut, regio en leeftijd (Bron: CM-gegevens, juli 2023)

		% van CM-leden dat gebruik maakte van zorg	Aantal gebruikers
Alle leden		1,9%	88.440
Geslacht	Vrouwen	2,5%	57.885
	Mannen	1,4%	30.555
Statuut	VT	2,5%	17.428
	Niet-VT	1,8%	71.012
Regio	Vlaanderen	1,9%	64.292
	Wallonië	2,2%	20.669
	Brussel	2,1%	3.479
Leeftijd	0-17 jaar	2,1%	16.889
	18-29 jaar	3,2%	19.597
	30-54 jaar	2,7%	38.283
	55-64 jaar	1,4%	8.733
	65 jaar	0,5%	4.938

zorg (naar analogie van de tarieven die worden toegepast voor consulten bij huisartsen en psychiaters).

Daartegenover staat dat we bij de zorg die betaalbaarder is omdat ze wordt vergoed door de verplichte ziekteverzekering (bijvoorbeeld antidepressiva en consulten of psychotherapie bij een psychiater), een hoger aandeel VT-ers zien (in 2022 heeft 27% van de gebruikers van antidepressiva en 30% van de patiënten die ambulante worden opgevolgd, het VT-statuuut). Dit grotere gebruik houdt ook verband met de slechtere geestelijke gezondheidstoestand van kwetsbare bevolkingsgroepen.

Volgens de regio

Het percentage CM-leden dat psychologische zorg ontvangt in het kader van de nieuwe overeenkomst verschilt zeer weinig volgens de regio¹¹. Sinds de lancering maakte 1,9% van de Vlaamse leden, 2,1% van de Brusselse leden en 2,2% van de Waalse leden er gebruik van (zie Tabel 3). Wanneer we de evolutie in het zorggebruik tussen januari 2022 en februari 2023 analyseren, zien we dat het percentage CM-leden dat zorg ontving aanvankelijk hoger was in Wallonië en Brussel en dat de trend vervolgens omkeert

(zie Figuur 13). Deze kleine regionale verschillen tonen aan dat de implementatie in de regio's enigszins verschilt, wat volkomen normaal is aangezien elk netwerk zijn eigen manier heeft om zijn aanbod te implementeren.

Nieuwe patiënten

Om meer te weten te komen over het profiel van de patiënten die gebruik maken van psychologische zorg in het kader van de nieuwe overeenkomst, kunnen we ook kijken naar de soorten zorg waarop ze een beroep deden voordat ze met hun psychologische behandeling begonnen. De CM-gegevens leren dat 44% van de patiënten die gebruik maakten van de overeenkomst psychologische zorg, in de twee jaar voorafgaand aan de start van hun behandeling in het kader van de overeenkomst geen ander type geestelijke gezondheidszorg¹² ontvingen. Ze kunnen dus beschouwd worden als 'nieuwe patiënten', die voordien geen toegang hadden tot terugbetaalde psychologische zorg (zie Figuur 14). Dit cijfer is hoger bij de jongeren onder de 18 (56% nieuwe patiënten) en lager bij de VT-ers (slechts 35% ontving de afgelopen twee jaar geen geestelijke gezondheidszorg, wat wijst op een verslechtering van de geestelijke gezondheidstoestand bij mensen met financiële problemen).

Figuur 13: Percentage CM-leden dat psychologische zorg ontvangt in het kader van de overeenkomst, evolutie tussen januari 2022 en februari 2023 per regio (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



11 Om de evolutie van het zorggebruik per regio te beoordelen, zou het misleidend zijn om de analyse te beperken tot het volume van de verstrekkingen of het aantal patiënten per regio, aangezien het aantal inwoners niet gelijkmatig verdeeld is over de drie regio's. De analyse van het percentage gebruikers onder de CM-leden in elke regio daarentegen, geeft een meer nauwkeurige en meer gedetailleerde analyse.

12 Ongeacht of het gaat om ambulante zorg of andere zorg die wordt vergoed door de ZIV of de AV van CM, zoals vermeld in de methodologie in punt 3.1.

Als we kijken naar de soorten zorg gebruikt in de twee jaar voorafgaand aan het gebruik van de overeenkomst, zien we eerst de psychologische zorg met tegemoetkoming van de AV van CM (20% van de patiënten gebruikte enkel dit type zorg), consulten/psychotherapie bij psychiaters (19%) en psychotrope geneesmiddelen gebruikt zonder ambulante opvolging (16%). In totaal kreeg 34% van alle patiënten behandeld in het kader van de overeenkomst minstens één antidepressivum voorgeschreven in de twee jaar voorafgaand aan het begin van hun behandeling.

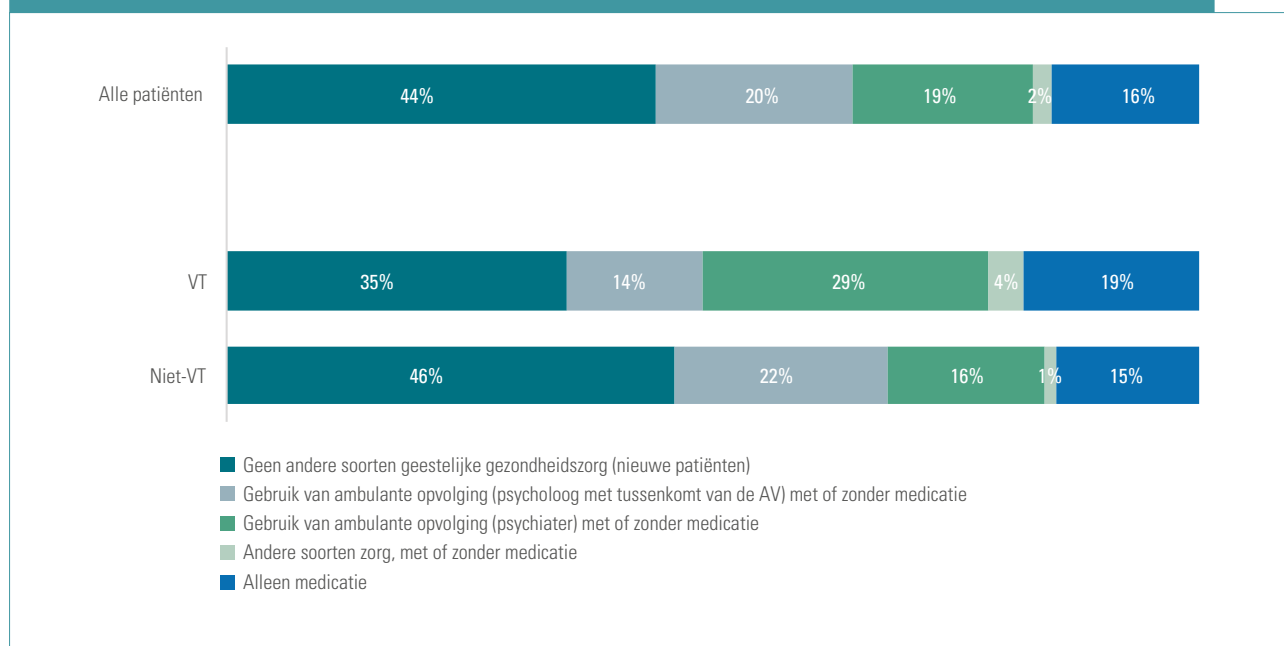
Hoewel VT-patiënten vaker gebruik maakten van zorg voordat ze aan hun traject begonnen, laat figuur 14 zien dat ze minder gebruik maakten van psychologische zorg en meer van psychiatrische zorg (29%) en van enkel psychotrope medicatie (19%).

We keken eveneens welk aandeel patiënten ook geestelijke gezondheidszorg ontving nadat ze begonnen waren met psychologische opvolging via de overeenkomst. Omdat de gegevens zeer recent zijn, hebben we voor deze opvolging geen uitsluitingsperiode bepaald: alle patiënten die in 2022 met opvolging begonnen, worden meegenomen in de analyse, en we nemen ook alle andere geestelijke gezondheidszorg mee die ze gebruikten vanaf de eerste dag van de opvolging in het kader van de overeenkomst tot juni 2023 (als het traject in het kader van de overeenkomst in december 2022 begon, kan de onderzochte periode dus relatief kort zijn).

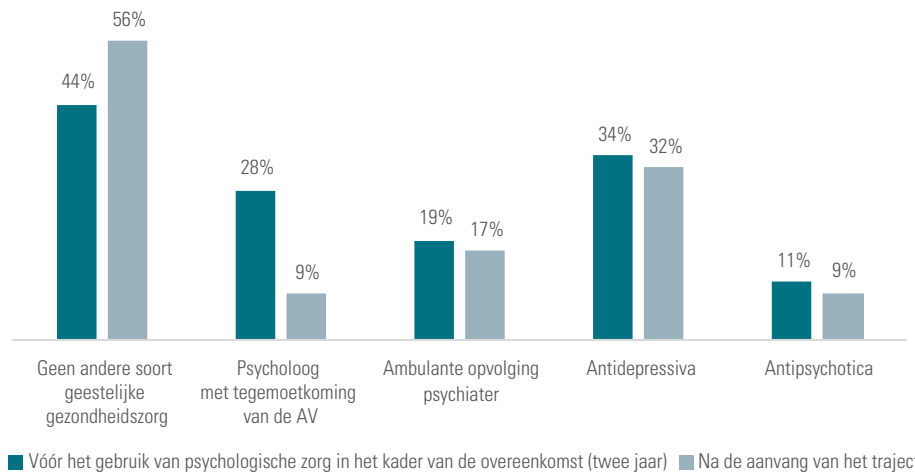
Een meerderheid van de patiënten (56%) gebruikte geen andere vorm van geestelijke gezondheidszorg na de aanvang van de psychologische zorg in het kader van de overeenkomst. Van de behandelingen die de patiënten nog gebruikten na de aanvang van de psychologische zorg, blijven antidepressiva (32%) en ambulante zorg door de psychiater (17%) de meest gebruikte behandelingen. Bij de gebruikers van de overeenkomst zien we een relatief grote daling in het gebruik van de tegemoetkoming voor psychologische zorg van de aanvullende verzekering van CM: vóór het gebruik van de overeenkomst maakte 28% van de patiënten gebruik van dit voordeel, na het starten van de opvolging in het kader van de overeenkomst was dat nog slechts 9% (zie Figuur 15). Deze daling zou verklaard kunnen worden door een overstap naar het geconventioneerde aanbod, waar de eigen bijdrage beperkter is. Bij deze analyse is echter voorzichtigheid geboden, aangezien het ook mogelijk is dat patiënten opnieuw gebruik maken van het de tegemoetkoming van de AV van CM zodra de limiet van de sessies onder de overeenkomst bereikt is. Het zou interessant zijn dit in de toekomst op te volgen.

Als we het traject van de CM-leden volgen, zien we bovendien dat 25% van wie antidepressiva gebruikte, 41% van wie naar de psychiater ging en 41% van wie antipsychotica gebruikte, deze zorg niet meer gebruikt na de aanvang van de psychologische behandeling in het kader van de nieuwe overeenkomst.

Figuur 14: Percentage gebruikers van de overeenkomst die (geen) andere zorg hadden in de twee jaar voorafgaand aan het begin van hun traject van psychologische zorg, voor trajecten gestart in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



Figuur 15: Vergelijking tussen het percentage gebruikers van de overeenkomst die (geen) andere soorten zorg gebruiken in de twee jaar voorafgaand aan en in de periode volgend op de start van het traject, voor trajecten gestart in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



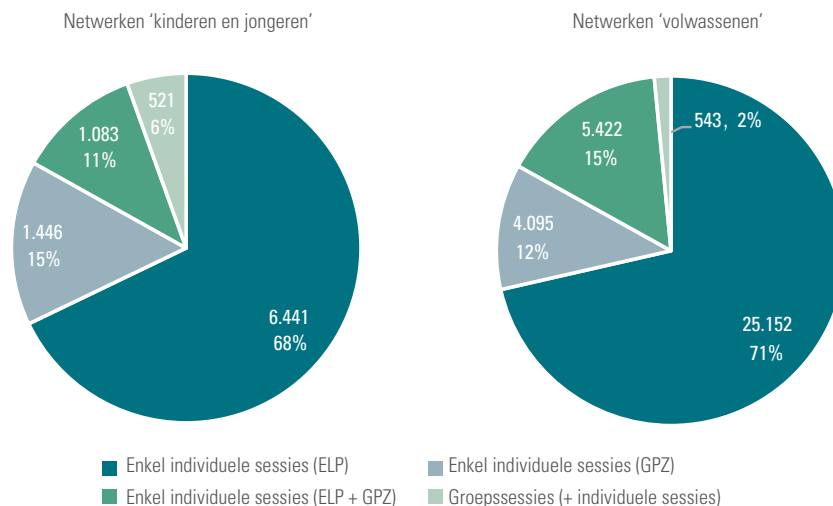
4.5. Soorten behandelingen en aantal sessies

4.5.1. Eerstelijnszorg versus gespecialiseerde zorg

De analyse mag echter niet worden vereenvoudigd en gereduceerd tot een loutere causaliteit en een reddings-effect van de psychologische zorg in het kader van de overeenkomst. Het kan zijn dat ook een verbetering in de gezondheidstoestand van patiënten de reden is dat ze overwogen om psychologische zorg te gebruiken in plaats van zwaardere zorg.

Van de CM-leden die in 2022 gebruik maakten van psychologische zorg via de netwerken 'volwassenen', ontvingen in totaal 34.699 patiënten enkel individuele sessies, dat is 98% (waarvan 71% eerstelijns psychologische zorg (ELP), 12% gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ), en 14% individuele sessies in beide soorten functies (ELP + GPZ)) en 2% individuele sessies gecombineerd met groepssessies (zie Figuur 16).

Figuur 16: Patiënten die gebruikmaken van eerstelijns psychologische zorg (ELP) en gespecialiseerde psychologische zorg (GPZ) in 2022 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



In de netwerken 'kinderen en jongeren' maakten 9.491 patiënten enkel gebruik van individuele sessies, dat is 95% (waarvan 69% bij ELP, 16% bij GPZ en 10% bij individuele sessies in beide soorten functies (ELP+ GPZ)) en 5% van individuele sessies gecombineerd met groepsessies.

In 2022 zoekt dus een overgrote meerderheid van patiënten psychologische zorg via individuele sessies, en meestal in de eerstelijns gezondheidszorg. Bij de beoordeling van het feit dat het gebruik van groepsessies nog steeds beperkt is, moet er rekening mee worden gehouden dat deze sessies pas sinds januari 2022 kunnen worden geattesteerd en dat zorgverleners tijd nodig hebben om dit aanbod in te voeren. Deze verdeling moet dus in de toekomst worden opgevolgd.

4.5.2. Aantal sessies

Het maximum aantal toegestane sessies verschilt naargelang de zorg wordt verleend in de netwerken 'kinderen en jongeren' of in de netwerken 'volwassenen', naargelang het type zorg (eerstelijns psychologische zorg of gespecialiseerde psychologische zorg) en naargelang het type sessie (individueel of in groep) (zie Tabel 4). Groepsessies kunnen worden gecombineerd met individuele sessies en het is ook mogelijk om sessies in de functie eerstelijnszorg en in de functie gespecialiseerde zorg te combineren. Als de quota bereikt zijn, is het nog steeds mogelijk voor de zorgverlener om extra sessies te factureren (in de factura-

tie vermeld met een specifieke pseudocode). Deze maxima worden berekend over een periode van twaalf maanden vanaf de eerste verstrekking.

Als we de groepsessies meerekenen, zijn er veel terugbetalingsopties voor het berekenen van het maximumaantal toegestane sessies. Om te kijken naar het aantal sessies dat door patiënten werd bijgewoond over een periode van twaalf maanden, is het daarom eenvoudiger om alleen te kijken naar de individuele sessies, die de meerderheid van de uitgevoerde sessies uitmaken. In zowel de netwerken 'volwassenen' als 'kinderen en jongeren' is het globale gemiddelde acht individuele sessies per patiënt en de mediaan zeven individuele sessies (zie Tabel 5). Dat betekent dat 50% van de patiënten gebruikmaakt van meer dan zeven terugbetaalde sessies over een periode van twaalf maanden.

Als we de verdeling van het aantal sessies van naderbij bekijken, zien we dat in de netwerken voor volwassenen 33% van de patiënten meer dan acht sessies heeft en in de netwerken voor kinderen en jongeren 28% van de patiënten meer dan tien sessies, wat het aanbevolen aantal individuele sessies in de functie eerstelijnszorg is.

Wanneer patiënten alleen zorg ontvangen in een van de twee functies, is het mediane/gemiddelde aantal sessies per jaar vijf in de functie eerstelijnszorg en elf in de functie gespecialiseerde zorg. Verder volgde 29% van de pa-

Tabel 4: Toegestaan aantal sessies per patiënt over een periode van 12 maanden binnen de overeenkomst (bron: RIZIV)

		Individuele sessies	Groepsessies
Netwerken 'kinderen en jongeren' (tot en met 23 jaar)	SPL	Maximaal 10 sessies	Maximaal 8 sessies
	GPZ	Gemiddeld 10 sessies (maximaal 20)	Maximaal 15 sessies
Netwerken 'volwassenen' (vanaf 15 jaar)	SPL	Maximaal 8 sessies	Maximaal 5 sessies
	GPZ	Gemiddeld 8 sessies (maximaal 20)	Maximaal 12 sessies

Tabel 5: Aantal individuele sessies per patiënt over een periode van 12 maanden (opvolging gestart tussen 1/1/2022 en 30/06/2022) (Bron: CM-gegevens, juli 2023)

	Netwerken 'volwassenen'				Netwerken 'kinderen en jongeren'			
	Alle soorten van zorg	ELP	GPZ	ELP + GPZ	Alle soorten van zorg	ELP	GPZ	ELP + GPZ
Aantal patiënten	14.516	9.133	1.119	4.264	2.954	1.839	302	813
Aantal sessies - mediaan	7	5	11	13	7	5	11	13
Aantal sessies - gemiddelde	8	5	11	13	8	5	11	14

tiënten die tussen 1 januari 2022 en 30 juni 2022 met een psychologische opvolging begonnen waren, een traject van eerstelijns psychologische zorg gecombineerd met gespecialiseerde zorg (binnen de eerstvolgende twaalf maanden). Dit betekent dat voor 29% van de patiënten eerstelijns psychologische zorg - of het toegestane aantal sessies - niet voldoende was. Voor deze patiënten is het mediane aantal sessies dertien, wat betekent dat voor 50% van hen meer dan dertien sessies per jaar nodig zijn.

We benadrukken hier wel dat het analyseren van het gebruik van een behandeling ons geen indicatie geeft van de geestelijke gezondheidstoestand van patiënten. Kijken naar het aantal sessies is daarom niet voldoende om conclusies te trekken over de effectiviteit van de opvolging, en het feit dat de opvolging stopt, betekent niet noodzakelijk dat het beter gaat met de patiënt.

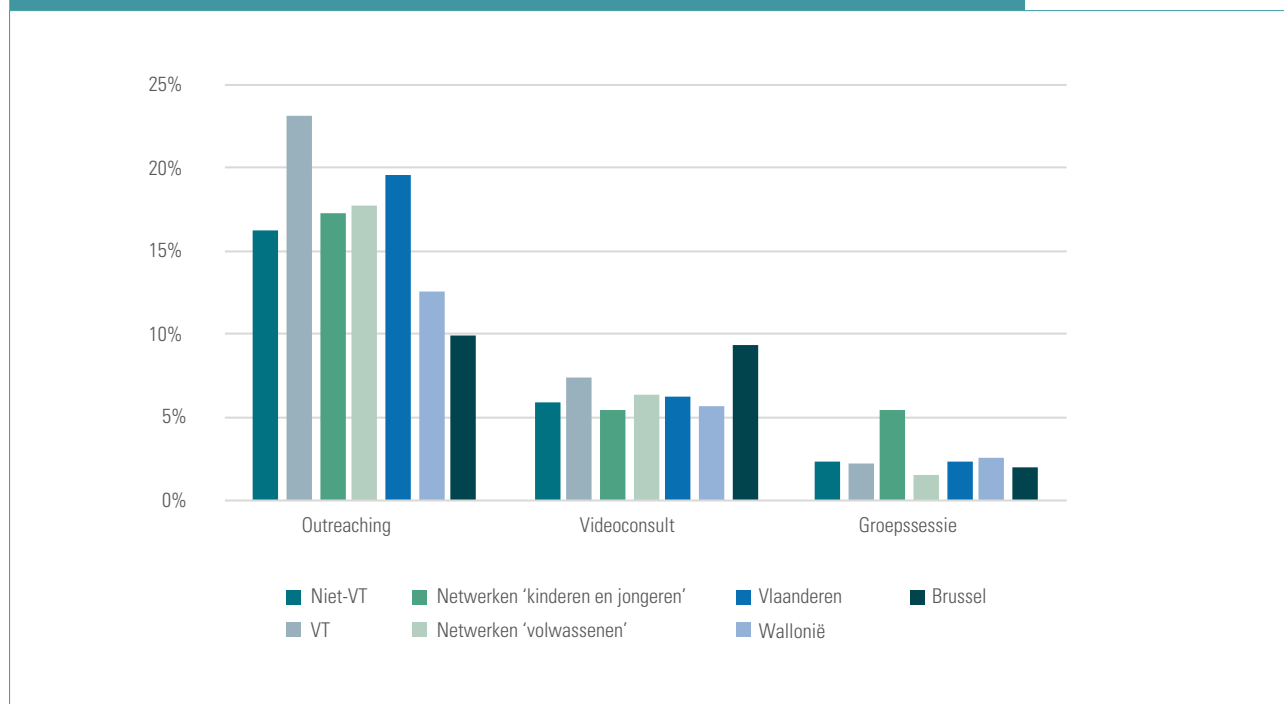
4.5.3. Soorten sessies

In 2022 heeft 98% van de CM-leden die gebruikmaken van psychologische zorg (overeenkomst) de psycholoog of orthopedagoog gezien tijdens individuele sessies in de praktijk van de zorgverlener, 18% tijdens individuele sessies in *outreaching*, 6% tijdens videoconsulten en 2% tijdens groepsessies. Er zijn geen significante verschillen naar leeftijd, VT-statuut, geslacht of regio in het gebruik

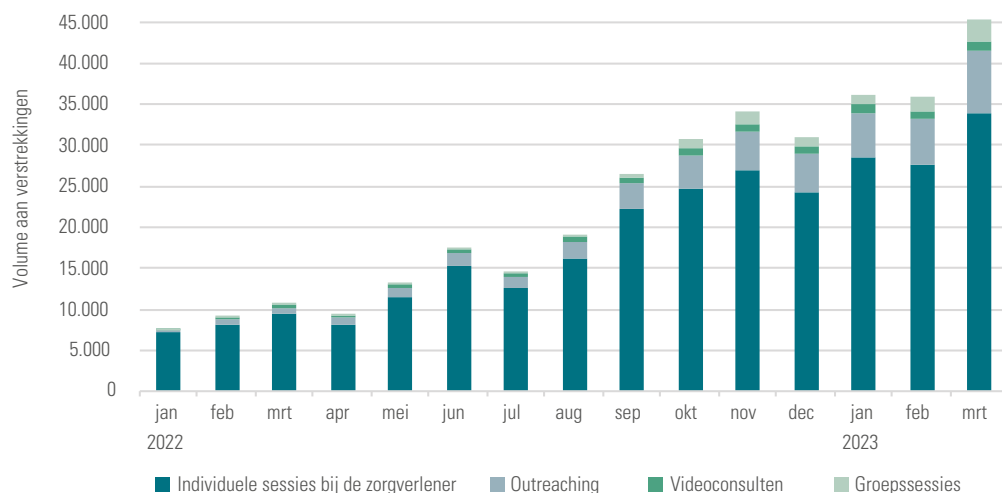
van individuele sessies. We zien wel dat meer VT-patiënten toegang hebben tot psychologische zorg via *outreaching*; 23% in vergelijking met 16% bij patiënten zonder VT-statuut (zie Figuur 17). Er zijn ook verschillen naargelang de leeftijd van de patiënten: meer volwassenen maken gebruik van videoconsulten, een format dat moeilijker te gebruiken blijkt bij kinderen (Morissens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022). Anderzijds maken meer kinderen en jongeren gebruik van groepsessies (5%) dan volwassenen (2%). Regionaal zijn er verschillen in implementatie: er worden meer gebruikers benaderd via *outreaching* in Vlaanderen en meer via videoconsulten in Brussel, wat aantoont dat de overeenkomst flexibel is en aan regionale contexten kan worden aangepast.

Zoals eerder toegelicht, zijn de nieuwe soorten sessies, zoals *outreaching* en groepsessies, pas sinds januari 2022 beschikbaar. Wanneer we het totale volume aan verstrekkingen analyseren en ook hun evolutie sinds de invoering van de nieuwe overeenkomst, zien we een tweeledige ontwikkeling: niet alleen neemt het totale volume aan verstrekkingen aanzienlijk toe na de zomer van 2022, maar ook het aandeel van de nieuwe soorten sessies neemt toe (zie Figuur 18). Zo vertegenwoordigt *outreaching* slechts 2% van de verstrekkingen in januari 2022, en 17% van de verstrekkingen in maart 2023. Voor de groepsessies is er een toename van 0 naar 6%.

Figuur 17: Percentage gebruikers van de overeenkomst in 2022, naar soort sessie (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



Figuur 18: Evolutie van het volume aan verstrekkingen naar soort tussen januari 2022 en maart 2023 (Bron: CM-gegevens, juli 2023)



5. Bespreking van de resultaten: kloof tussen behoefte, aanbod en gebruik

Momenteel is er in bepaalde netwerken een **onderbenutting van de budgetten** die ter beschikking worden gesteld, meer bepaald in de netwerken 'kinderen en jongeren'. De RIZIV-rapporten over de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg tonen echter een stijgende evolutie in het gebruik van de budgetten. Terwijl de netwerken in december 2022 58% van hun beschikbare maandelijkse zorgbudget hadden benut, bedroeg de benuttingsgraad in mei 2023 al 74%.

Het opstellen van een prognose van het gebruik op basis van de behoeften door het vergelijken van gegevens uit verschillende bronnen zou een oefening zijn die grondig kan worden uitgevoerd en zou alle twijfel wegnemen over het gebruik van het toekomstige budget. We weten immers dat **de behoefte aan zorg groter is dan het aanbod** dat de overeenkomst zou kunnen bieden als ze eenmaal volledig is uitgerold.

Er is inderdaad **een grote behoefte aan psychologische zorg bij de hele Belgische bevolking**. Volgens BELHEALTH

ervaart 22% van de respondenten een behoefte aan psychologische hulp. Het is ook belangrijk erop te wijzen dat de ervaren behoefte aan psychologische hulp over het algemeen ondergerapporteerd wordt in gezondheids-enquêtes die gebaseerd zijn op vragenlijsten, zoals de BELHEALTH-studie van Sciensano. Sommige deelnemers hebben immers verontrustende resultaten op schalen die angst of depressie meten, maar geven niet aan behoefte te hebben aan psychologische hulp. Een analyse van deze onderrapportering zal het onderwerp zijn van een specifieke publicatie van Sciensano, maar het is belangrijk om voor dit artikel te specificeren dat zowel het percentage van de behoeften als het percentage van de onbeantwoorde behoeften, waarschijnlijk worden onderschat.

Maar veel van deze behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid blijven vandaag nog steeds onbeantwoord: 41% van de respondenten met een zorgbehoefte heeft geen toegang tot zorg, wat betekent dat bijna een tiende van de deelnemers aan de BELHEALTH-enquête geestelijke gezondheidsproblemen heeft die niet gedekt worden door het zorgsysteem.

De meerderheid van de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zou echter een oplossing kunnen vinden in de overeenkomst: milde tot matige psychische problemen en matige tot matig ernstige problemen zouden in to-

taal 79% van de geestelijke gezondheidsproblemen uitmaken en zouden kunnen worden behandeld via eerstelijns psychologische zorg en via gespecialiseerde psychologische zorg (beide georganiseerd in het kader van de overeenkomst). Om meer ondersteuning te bieden aan mensen met onbeantwoorde behoeften, is het noodzakelijk en ook mogelijk om actie te ondernemen via de overeenkomst, aangezien deze de financiële drempels verlaagt, maar ook het stigma dat verbonden is aan geestelijke gezondheidszorg vermindert door het organiseren van 'vindplaatsen'.

Op dit moment is het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg via de overeenkomst echter nog laag. Momenteel (mei 2023) zien we dat 178.425 patiënten een beroep deden op de hulp van een geconventioneerde psycholoog of orthopedagoog, wat neerkomt op 1,5% van de Belgische bevolking en overeenkomt met het zorggebruik dat we zien bij de CM-leden (in juni 2023 ging het om 1,9% van de leden). **Maar dit gebruik is exponentieel:** de evolutie van het aantal patiënten dat wordt opgevolgd (vandaag tien keer meer inclusies dan begin 2022) en van het volume van de verstrekkingen (vier keer meer verstrekkingen in februari 2023 dan in februari 2022) zijn veelzeggend. Bovendien is de oorspronkelijke doelstelling om kwetsbare groepen te bereiken gerealiseerd, met meer gebruikers onder de VT-populatie (volgens de CM-gegevens maakte 2,5% van de VT-leden er gebruik van, tegenover 1,8% van de niet-VT-leden). Daarom is het noodzakelijk het zorggebruik in de toekomst verder op te volgen, aangezien dat in alle regio's toeneemt, met een groter gebruik onder kwetsbare groepen.

Dat het gebruik nog laag lijkt, komt omdat er tijd nodig is om het aanbod in te voeren. Niet alleen kost de territoriale planning op basis van behoeften tijd, maar zorgverleners moeten hun praktijk ook kunnen herbekijken (nieuw zorgaanbod, met name via *outreaching*) en er tijd voor vrijmaken. Psychologen die al een gevestigd patiëntenbestand hadden, moeten zich beschikbaar stellen voor nieuwe patiënten, aangezien de logica van de overeenkomst niet is om alle door psychologen verleende zorg van de ene op de andere dag te vergoeden. Aan de aanbodzijde moeten ook meer zorgverleners zich bij de overeenkomst aansluiten. In 2022 waren 3.867 van de 16.525 bij de Psychologencommissie geregistreerde psychologen geconventioneerd (= 23%) (Psychologencommissie, 2023). Er is dus nog veel marge om meer zorgverleners en dus meer patiënten op te nemen. Bovendien is de communicatiecampagne voor het grote publiek nog niet gelanceerd door het RIZIV en beginnen de netwerken nog maar net met het verstrekken van informatie over hun diensten. Er is dus grootschalige communicatie nodig om patiënten en zorgverleners bewust te maken van het aanbod, zodat het gebruik ervan nog verder kan toenemen.

Alles wijst er dus op dat de budgetten snel opgebruikt zullen zijn en dat ze meer dan nodig zijn om aan de behoeften te voldoen, en daarvoor zelfs niet zullen volstaan. Daarom is het noodzakelijk om te blijven investeren in de overeenkomst en deze te blijven uitbreiden. Immers, zelfs met het beschikbare budget zal de overeenkomst op de lange termijn niet aan alle onbeantwoorde behoeften kunnen voldoen. Het is daarom een misvatting te denken dat aan de behoefte is voldaan omdat de mogelijkheden momenteel onderbenut zijn.

6. Aanbevelingen

6.1. Verduidelijking van de terminologie 'vindplaatsen' en 'outreach'

Er is nog steeds onduidelijkheid over de begrippen 'vindplaatsen' en 'outreach', die soms door elkaar worden gehaald hoewel het om verschillende principes gaat. Daarom is het nodig **een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende plaatsen waar een consultatie kan plaatsvinden om zo de terminologie te verduidelijken** en de verschillen in toepassing tussen netwerken en verschillen in interpretatie te vermijden.

- **Vindplaatsen:** Het doel is om een capaciteit voor psychologische zorg te creëren op plaatsen waar deze momenteel niet aanwezig is, maar waar de kans groot is dat mensen uit de beoogde doelgroepen zich bevinden. Dit kunnen scholen of groepspraktijken van huisartsen zijn, maar ook OCMW's, diensten voor kinderen en gezinnen, jeugdbeschermingsdiensten, CLB's, enz.
- **Outreach:** De psycholoog verlaat de eigen plaats van consultatie om sessies te organiseren op plaatsen waar de patiënt zich bevindt, omwille van diens verplaatstingsproblemen, de aard van de stoornis (bijvoorbeeld sociale angst) of voor een populatie met een grote afstand tot het zorgaanbod omwille van een gebrek aan kennis, maar ook omwille van hun kwetsbare situatie (bijvoorbeeld migranten).

Voor de facturatie bestaan momenteel twee pseudocodes voor het registreren van individuele eerstelijnsessies:

- deze voor sessies die plaatsvinden in het kabinet van de zorgverlener (individuele sessies);
- deze voor sessies die plaatsvinden in het kader van 'outreach'.

Maar er is geen specifieke prestatie voor sessies in het kader van 'vindplaatsen'. **Een aanpassing van de nomenclatuur is dan ook wenselijk door de invoering van een specifieke pseudocode voor 'vindplaatsen'**. Op die manier kan het gebruik van deze optie door zorgverleners in de verschillende netwerken opgevolgd worden en duidelijk onderscheiden worden van *outreach*. Gezien deze twee begrippen momenteel soms door elkaar worden gebruikt, is het mogelijk dat de gegevens over *outreach* die in deze studie worden voorgesteld, ook situaties omvatten van consultaties in vindplaatsen.

Dit onderscheid zou het ook mogelijk maken om discussies over reiskostenvergoedingen voor psychologen te verduidelijken, wat hen kan aanmoedigen om deze nieuwe praktijk meer toe te passen. Volgens een vergelijkbare logica die momenteel geldt voor andere zorgverleners zoals huisartsen, is een reiskostenvergoeding (die geen invloed heeft op de eigen bijdrage) gerechtvaardigd in de context van *outreach*, aangezien de psycholoog zijn consultatieplaats moet verlaten.

CM pleit voor een goede combinatie van verschillende soorten locaties voor consultaties. De eerstelijnsfunctie moet zo dicht mogelijk bij de gebruikelijke omgeving van de patiënt worden georganiseerd, om zo de toegangsdrempel te verlagen voor nieuwe groepen (kwetsbare) mensen die de weg naar de zorg nog niet hebben gevonden. We constateren echter dat ook kwetsbare groepen de weg naar de praktijk van de psychologen weten te vinden en dat het voorstel van sommige netwerken om eerstelijnszorg uitsluitend op vindplaatsen te organiseren, psychologen onnodig zou afschrikken om zich te conventioneren.

Wij stellen voor om te beginnen met een **doelstelling om 25% van de eerstelijnszorg in vindplaatsen te organiseren**. Deze doelstelling zou het mogelijk maken om hun effectiviteit te meten en de discussies binnen de netwerken te beperken. De selectie van praktijken en vindplaatsen moet binnen de netwerken besproken worden en moet gebaseerd zijn op een analyse van de lokale behoeften.

6.2. Onderscheid herbekijken tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg en het aantal toegestane sessies verhogen

Op dit moment is het belangrijkste onderscheid tussen de twee functies het aantal toegestane sessies en de ernst van de psychologische problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd: lichte tot matige psychologische problemen moeten worden behandeld binnen de eerstelijns psychologische zorg en matige tot matig ernstige problemen binnen de gespecialiseerde psychologische zorgfunctie.

Om het doel van de **functie gespecialiseerde zorg** scherper af te bakenen, stellen we voor de **benaming aan te passen naar 'functie psychologische behandeling'**. Dit zou het onderscheid tussen de twee functies duidelijker maken en de koppeling met de 'hervorming 107' herstellen, waarbij de eerste functie preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling omvat en de tweede behandeling.

In de praktijk zijn psychologen echter vaak bevoegd om beide soorten zorg te verlenen, en we zien dat de duur van de behandeling soms meer de keuze van de functie bepaalt dan de aard van de problemen. Van de patiënten die tussen 1 januari en 30 juni 2022 startten met een behandeling, maakte bijvoorbeeld 63% enkel gebruik van eerstelijnszorg, 8% enkel van gespecialiseerde zorg en 29% zowel van eerstelijnszorg als van gespecialiseerde zorgsessies. De meerderheid van de patiënten die een beroep deden op beide functies, waren patiënten die de mogelijkheden voor eerstelijnszorgsessies hadden uitgeput (64% had meer dan zeven eerstelijnszorgsessies op een jaar tijd). Er zijn twee situaties mogelijk.

- In het eerste geval had gespecialiseerde zorg vanaf het begin de voorkeur moeten krijgen gezien de aard van de problemen, die een behandeling op maat vereisen (duur en intensiteit).
- In het tweede geval is gespecialiseerde zorg gebruikt als aanvulling op de eerstelijnszorg. Daarom bevelen we aan het aantal toegestane sessies te verhogen voor patiënten die er meer dan acht nodig hebben.

Om patiënten beter naar de juiste functie toe te leiden, stellen we de invoering voor van **sessies voor psychodiagnostiek**. Deze mogelijkheid zou een betere indicatiestelling mogelijk maken en een meer efficiënt gebruik van de twee zorgfuncties. Bovendien vinden wij dat **alleen de functie eerstelijnszorg rechtstreeks toegankelijk moet zijn**. Voor de psychologische behandelfunctie zou dan voorafgaande toestemming nodig zijn. Over de concrete modaliteiten hiervan moet nog verder nagedacht worden.

Aantal sessies

Vooreerst stellen we voor om het maximum aantal sessies gelijk te schakelen voor de netwerken kinderen en jongeren (momenteel beperkt tot tien) en de netwerken volwassenen (momenteel beperkt tot acht), en dit met het oog op vereenvoudiging maar ook op een betere leesbaarheid van de analyses.

- Voor de **eerstelijnsfunctie stellen we voor om het aantal sessies uit te breiden tot een maximum van twintig**. We stelden immers vast voor minstens een derde van de patiënten acht/tien sessies niet volstonden. Dit betekent niet noodzakelijk dat ze gespecialiseerde zorg nodig hebben, maar voor sommigen wijst het op de nood aan opvolging op middellange termijn. Daarom is het belangrijk om zorgverleners de mogelijkheid te geven om te oordelen of hun patiënten verdere opvolging nodig hebben na de huidige acht/tien sessies.

- Voor de **functie psychologische behandeling** (voorgestelde nieuwe naam voor 'gespecialiseerde zorg') stellen we voor om het aantal sessies uit te breiden tot een **maximum van vijftig** per jaar en per patiënt.

Voor groepssessies ten slotte, stellen we voor de beperkingen op te heffen op het aantal sessies per patiënt, maar dat deze sessies door het netwerk worden gevalideerd alvorens ze georganiseerd worden. Dit zou er ook voor zorgen dat de behandelde onderwerpen in overeenstemming zijn met de doelstellingen van de overeenkomst, zoals het bereiken van meer kwetsbare doelgroepen.

In plaats van individuele quota vast te stellen, is het zinvoller om trends te observeren en populatiegemiddelden vast te stellen. Wat het gebruik van sessies betreft, zien we momenteel een gemiddelde van vijf sessies voor patiënten die enkel gebruik maakten van eerstelijnszorg, en acht sessies ongeacht de functie (zie Tabel 5). Het gemiddeld gebruik van sessies per patiënt zal niet de hoogte in schieten als we toestaan dat patiënten die dat nodig hebben meer sessies in de eerstelijnszorg krijgen, omdat ze daar al toegang toe hebben via gespecialiseerde zorg. Dit zou een niet te verwaarlozen vereenvoudiging zijn voor alle actoren en voor de patiënten.

6.3. Remgeld

Momenteel bedraagt het remgeld 11 euro per sessie (verminderd tot 4 euro voor VT-ers) en 2,5 euro voor groepsessies. Er is echter weinig reden om aan te nemen dat deze bedragen zorgen voor betaalbaarheid. Voor iemand met een laag inkomen kan 4 euro nog steeds een redelijk bedrag zijn. Voor iemand zonder het VT-statuuut maar wel met een laag inkomen, kan het ook moeilijk zijn om 11 euro per sessie te betalen (als de patiënt 20 sessies nodig heeft, komt dit nog steeds neer op een totaal van 220 euro dat door de patiënt moet worden betaald).

Ter herinnering, betaalbaarheid verwijst naar het feit dat de eigen bijdragen voldoende beperkt zijn om het gebruik van gezondheidszorg niet te ontmoedigen en dat het gebruik van gezondheidszorgdiensten patiënten niet blootstelt aan financiële problemen (Cès, 2021). Uit een recent WHO-rapport blijkt echter dat één Belgisch gezin op twintig wordt geconfronteerd met gezondheidskosten die zo hoog zijn in verhouding tot hun inkomen, dat ze moeite hebben om te voorzien in basisbehoeften zoals huur, voeding en verwarming (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023).

Om de gezondheidszorg betaalbaarder te maken, stellen we daarom voor om **het remgeld voor kinderen en jongeren af te schaffen**. Om deze maatregel te becijferen, maakten we een extrapolatie op basis van het gebruik van individuele sessies door CM-leden in mei 2023 (een maand waarin het zorgverbruik niet laag of hoog is in vergelijking met de schommelingen doorheen het jaar als gevolg van de schoolvakanties). Voor heel België zou het afschaffen van het remgeld voor kinderen en jongeren 2,9 miljoen euro per jaar kosten (zie Tabel 6).

We stellen ook voor om **het remgeld voor netwerken volwassenen te verlagen** tot de bedragen die worden aanbevolen in het KCE-rapport waarin een model wordt voorgesteld voor de organisatie en financiering van psychologische zorg (Kohn, et al., 2016), namelijk 6 euro per sessie en 1,50 euro voor VT-ers, naar analogie met de tarieven die gelden voor raadplegingen bij huisartsen (bedragen ongewijzigd in 2023). Voor zorg in het kader van de behandel functie (de voorgestelde nieuwe benaming voor gespecialiseerde zorg) vinden wij dat het remgeld niet hoger mag zijn dan voor eerstelijns psychologische zorg. Patiënten mogen niet gestraft worden voor het feit dat ze een uitgebreidere behandeling nodig hebben vanwege de ernst van hun psychische problemen. Daarentegen moet het onderscheid tussen de twee functies duidelijker zijn en moet de behandel functie toegankelijk zijn onder voorwaarden, zoals eerder toegelicht. Het zou niet de verantwoordelijkheid van de patiënten moeten zijn om het type

opvolging te kiezen, met het risico dat ze er geen gebruik van maken om financiële redenen.

Een dergelijke verlaging van het remgeld in de netwerken volwassenen zou, als alle andere factoren ongewijzigd blijven, 3,3 miljoen euro kosten. De totale kost van deze twee maatregelen kan dus geschat worden op 6,2 miljoen euro, wat slechts 3,8% van het totale budget van de overeenkomst voor 2023 is¹³.

6.4. Evaluatie en monitoring van de hervorming

Zoals deze studie laat zien, is het noodzakelijk om **gegevens op individueel niveau te blijven registreren** om deze te kunnen monitoren, zelfs voor groepssessies. Er worden vereenvoudigingen voorgesteld op vlak van registratie, maar deze lijken een bedreiging voor de toekomstige monitoring van deze sessies, niet alleen om hun toegankelijkheid en het profiel van de mensen die er toegang toe hebben te meten, maar ook hun effectiviteit, bijvoorbeeld via het toekomstige zorggebruik door patiënten die er gebruik van hebben gemaakt.

Om de effectiviteit van de overeenkomst te meten, is het nodig om **de gezondheidstoestand te analyseren op basis van het zorggebruik en van indicatoren die zich niet beperken tot ziekteverzuim**. Het doel van psychologische

Tabel 6 : Voorstel van aanpassing van het remgeld voor individuele sessies en berekening van de kostprijs van de maatregel (extrapolatie op basis van CM-gegevens, 2022-2023)

Netwerk	Statuut	Remgeld van toepassing voor een individuele sessie	CM-voorstel voor nieuw remgeld	Jaarlijkse kost als alle andere factoren ongewijzigd blijven (extrapolatie op basis van het gebruik door CM-leden in mei 2023)
Volwassenen	VT	4 euro	1,5 euro	400.650 euro
	Niet-VT	11 euro	6 euro	2.953.050 euro
Kinderen en jongeren	VT	4 euro	0 euro	186.240 euro
	Niet-VT	11 euro	0 euro	2.701.710 euro

Totale kost	6.241.650 euro
Totaal budget voor de overeenkomst in 2023	165.000.000 euro
% van het gebruikte budget om de maatregel te financieren	3,8%

13 Het is ook mogelijk om een extrapolatie te maken op basis van het zorggebruik over het afgelopen jaar (van 1 juli 2022 tot 30 juni 2023), wat neerkomt op 5,6 miljoen euro. Gezien de stijgende trend in het gebruik, zou dit een onderschatting kunnen zijn. We hebben daarom gekozen voor een extrapolatie op basis van mei 2023. Indien het gebruik echter nog meer zou toenemen, moet hiermee rekening worden gehouden bij de budgettering van de maatregel.

zorg is om de geestelijke gezondheid te verbeteren en patiënten in staat te stellen zich weer goed te voelen en te genieten van een betere levenskwaliteit, niet alleen om weer aan het werk te gaan. Naast het monitoren van de gezondheidstoestand van patiënten kan er ook gewerkt worden aan het evalueren van meetbare indicatoren zoals wachttijden, patiënttevredenheid en het opleidingsniveau/bekwaamheid van deelnemende psychologen.

Tot slot, hoewel besloten is om de zorg in het kader van de overeenkomst te factureren via de VZW IM, is het essentieel om de **verzekeringsinstellingen bij het proces te betrekken** vanwege hun expertise in het controleren van de naleving van de nomenclatuur en in het integreren van de gegevens van de leden in andere terugbetalingsstromen (remgelden meegenomen in de maximumfactuur, enz.).

7. Conclusie

De resultaten van de BELHEALTH-enquête van Sciensano van februari 2023 hebben aangetoond dat een aanzienlijk deel van de bevolking (9%) aangeeft onbeantwoorde behoeften te hebben aan psychologische hulp. De belangrijkste redenen die door de respondenten worden gegeven, hebben te maken met het taboe/stigma dat aan geestelijke gezondheid kleef en dan vooral onder 18-29-jarigen, van wie de helft vermeldt dat ze de stap niet durven zetten. Dit toont aan dat de sociale perceptie van de geestelijke gezondheidszorg nog moet worden veranderd om de toegankelijkheid ervan te verbeteren. Er werden ook problemen van financiële toegankelijkheid gerapporteerd, vooral door mensen die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen (de helft vermeldt dit). De percentages behoeften aan psychologische hulp en onbeantwoorde behoeften verschillen per regio, wat het belang van een lokale aanpak voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de samenleving aantoont, zoals het geval is in het kader van de nieuwe overeenkomst psychologische zorg. Wat betreft de behoefte aan psychologische hulp, toont de Sciensano-studie aan dat de meest kwetsbare mensen over het algemeen mensen in een kwetsbare financiële situatie zijn, vrouwen (in alle leeftijdsgroepen en vooral in de leeftijdsgroep 18-29 jaar) en mannen in de leeftijdsgroepen 30-54 en 55-64 jaar. Wat betreft de onbeantwoorde behoeften (ervaren behoeften maar geen hulp ontvangen), zijn de meest kwetsbare groepen de personen in een kwetsbare financiële situatie en jongeren, ongeacht hun geslacht.

Uit de analyse van de CM-gegevens blijkt dat, tot de nieuwe overeenkomst psychologische zorg van kracht werd, de terugbetaalde zorg vooral betrekking had op acute geestelijke gezondheidsproblemen en dat het aanbod aan ambulante zorg tot vandaag beperkt en verzaaid was: er zijn lange wachttijden voor psychiaters en CGG. De meest gebruikte zorg is medicatie (antidepressiva en antipsychotica), en heel vaak zonder een beroep te doen op psychotherapie, vooral bij vrouwen met lagere inkomens. We hebben ook vastgesteld dat mensen met een laag inkomen (VT-statuu) vaker een beroep doen op psychiatrische zorg, wat tot de ondertekening van de overeenkomst de meest betaalbare vorm van zorg was.

Gezien het hoge aandeel onbeantwoorde behoeften aan geestelijke gezondheidszorg, de verzaaiing van het huidige ambulante aanbod en de financiële drempel aangegeven door de deelnemers aan het Sciensano-onderzoek, lijkt de nieuwe overeenkomst psychologische zorg des te relevanter en een belangrijke inzet voor de volksgezondheid. De eerste resultaten van Sciensano suggereren dat de gebruikers van de nieuwe overeenkomst personen zijn in een sociaaleconomisch zwakkere positie dan degenen die psychologen raadplegen die niet onder de overeenkomst vallen. Dit kan erop duiden dat de overeenkomst de toegang tot psychologische zorg voor deze groep verbetert. Dit wordt bevestigd door de resultaten van de analyse van de CM-gegevens: van de gebruikers die lid zijn van CM, heeft 20% het VT-statuu (ter vergelijking: VT-ers vertegenwoordigen slechts 12% van de gebruikers van psychologische zorg die wordt vergoed door de aanvullende verzekering van CM en 15% van alle CM-leden). Er is ook een hoger gebruik onder vrouwen en jongeren, groepen waarvan is vastgesteld dat ze een grotere behoefte hebben aan gezondheidszorg.

Om de financiële toegankelijkheid van deze overeenkomst verder te verbeteren, moet bovendien het bestaan van het remgeld voor alle groepen en de vastgestelde bedragen hiervoor ter discussie worden gesteld. Daarom raden we aan deze af te schaffen in de netwerken 'kinderen en jongeren' en te verlagen tot 6 euro (en 1,50 euro voor VT-ers) in de netwerken 'volwassenen'.

Bovendien tonen de CM-gegevens aan dat er weliswaar verschillen zijn in de implementering - die verband houden met het feit dat de overeenkomst flexibel is en kan worden aangepast aan de regionale context - maar dat het gebruik niet verschilt naargelang de regio: het percentage gebruikers is even hoog in Wallonië als in Brussel en in Vlaanderen. Wat betreft het aantal nieuwe patiënten, stellen we vast dat 44% van de patiënten voorheen geen toegang had

tot terugbetaalde zorg¹⁴. We kunnen ook zien dat het aantal patiënten dat een ander type geestelijke gezondheidszorg blijft ontvangen na de start van de opvolging in het kader van de overeenkomst, afneemt, maar het is nog te vroeg om conclusies te trekken. Dit is iets wat op een later tijdstip kan worden gedaan, met name om na te gaan of de overeenkomst een verschuiving mogelijk maakt van de ambulante zorg van de psychiater, die momenteel verzadigd is, naar eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg.

In dit verband beveelt CM aan om gegevens op individueel niveau te blijven registreren om de toegankelijkheid van de zorg en het profiel van de mensen die er toegang toe hebben te kunnen blijven meten, evenals de doeltreffendheid ervan. Het is essentieel om de gezondheidstoestand te analyseren op basis van het gebruik van zorg en van indicatoren die zich niet beperken tot absentisme, om verbeteringen in de geestelijke gezondheid en levenskwaliteit te meten.

Wat het gemiddeld aantal sessies betreft, maakt bijna een derde van de patiënten gebruik van zowel eerstelijnszorg als gespecialiseerde zorg. In sommige situaties is dit te wijten aan het feit dat het aantal toegestane eerstelijns-sessies niet volstaat om de opvolging van de patiënt te garanderen. Daarom beveelt CM aan het aantal toegestane sessies te verhogen tot twintig eerstelijns-sessies per jaar. In andere situaties zijn patiënten niet direct doorverwezen naar de juiste functie. Daarom bevelen we de invoering aan van sessies psychodiagnostiek om een betere indicatiestelling en een effectiever gebruik van de tweede zorgfunctie mogelijk te maken.

Tot slot blijkt uit de analyse van de gegevens dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van de nieuwe mogelijkheden die de overeenkomst biedt (*outreaching*, groepsaanbod, vindplaatsen, enz.) naarmate de tijd verstrijkt, maar dat er nog steeds verwarring bestaat tussen deze mogelijkheden. Bovendien krijgen meer patiënten met een laag inkomen toegang tot de zorg via *outreaching*, wat het belang van het investeren in deze mogelijkheid om zorg mobiel te maken aantoont, evenals in 'vindplaatsen' die het mogelijk maken om de drempels voor toegang tot zorg te verlagen.

Hoewel deze overeenkomst van recente datum is, **groeit het aandeel van de bevolking dat er gebruik van maakt exponentieel**. Sinds de lancering van dit nieuwe zorgaanbod hebben bijna 180.000 patiënten ervan gebruik gemaakt, waaronder 88.440 CM-leden, wat overeenkomt met het CM-marktaandeel in België en 1,9% van de CM-populatie vertegenwoordigt. We kunnen ook vaststellen dat het volume aan verstrekkingen geleidelijk aan het niveau van de ambulante psychiatrie inhaalt.

Om alle redenen die in onze studie worden aangehaald, en in het bijzonder gezien het hoge niveau van de ervaren maar onbeantwoorde behoeften, het feit dat er tijd nodig is om de nieuwe overeenkomst in te voeren en dat het publiek en de gezondheidswerkers er nog niet vertrouwd mee zijn, menen wij dat de vastgestelde onderbenutting van het budget tijdelijk is. De overeenkomst heeft haar plaats en is noodzakelijk binnen het landschap van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in België, en het is essentieel om er nog meer in te investeren en ze te blijven opvolgen. Hoewel de overeenkomst alleen niet alle behoeften aan geestelijke gezondheidszorg kan dekken - eerstelijnspsychologen pakken niet dezelfde problemen aan als psychiateren - zijn we ervan overtuigd dat ze een eerste stap vormt om tegemoet te komen aan de milde tot matige behoeften aan geestelijke gezondheidszorg van de bevolking.

14 Dit cijfer komt ook overeen met de resultaten van de EPCAP-studie (Evaluation of Primary Care Psychology in Belgium), waarvan de resultaten gebaseerd zijn op een enquête bij een steekproef van 2.750 patiënten. Wat de CM-statistieken, deze zijn gebaseerd op het zorggebruik van alle CM-leden die een traject zijn gestart in het kader van de overeenkomst in 2022 (en die ook CM-lid waren in de voorgaande jaren). Het gaat om een steekproef van 35.737 personen.

Bibliografie

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2019*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gers, L., Petrovic, M., Perkisas, S., & Vandewoude, M. (2018, aug). Antidepressant use in older inpatients: current situation and application of the revised STOPP criteria. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(8), 373-384.
- Gisle, L., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Charafeddine, R., Demarest, S., . Smith, P. (2022). *Dixième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires*. Brussel: Sciensano.
- Karyotaki, E., Smit, Y., Cuijpers, P., Debauche, M., De Keyser, T., Habraken, H., Holdt Henningsen, K. (2014). *Majeure Depressie (bij volwassenen): doeltreffendheid op de lange termijn van psychotherapie, op zichzelf of in combinatie met antidepressiva*. *Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Morissens, A., Verniest, R., Noirhomme, C., & Sholokhova, S. (2022). Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 52-75.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-51.
- Psychologencommissie (2023). *Jaarverslag 2022*. Beschikbaar op https://www.compsy.be/assets/images/uploads/Compsy_Jaarverslag_NL.pdf
- Rens, E., & Van den Broeck, K. (2021). *Wachten op psychische hulp: wachttijden in Vlaamse privé-praktijken*, Werkgroep wachttijden Staten-Generaal ggz. Universiteit Antwerpen.
- Sciensano (1997-2018). *Health Interview Survey*. Brussel. Beschikbaar op www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey
- RIZIV. (2021). *RIZIV-statistieken over het aantal individuele zorgverleners, Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - evolutie 2012-2021*. Beschikbaar op RIZIV: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2021_gv_proff_tabel3.pdf
- RIZIV. (2022, mei 11). *Veelgestelde vragen - Nieuw model voor psychologische zorg in de eerste lijn*. Beschikbaar op RIZIV: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy_netwerken_faq_professional.pdf
- RIZIV. (2023). *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Gecoördineerde versie met 4e wijzigingsclausule van kracht op 1/1/2023*.
- RIZIV, & FOD Gezondheid. (2021, augustus 24). *Hervormingen in GGZ naar lokale multidisciplinaire samenwerking - Infosessie netwerkcoördinatoren*. Beschikbaar op RIZIV: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy-infosessie-netwerkcoördinatoren.pdf>
- Sciensano (2022, 21 oktober). *Ziektelast: verloren gezonde levensjaren*. Brussel: Health Status Report. Beschikbaar op <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren>
- Sciensano (2023). *BELHEALTH - Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn*. Beschikbaar op Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgisch-cohort-gezondheid-en-welzijn>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

