

Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg: balans 2019-2024

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

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

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

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

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

Inhoudstafel

Inleiding

1. Context

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

2. Methode

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

3. Resultaten

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

4. Bespreking van de resultaten

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

5. Aanbevelingen

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

Conclusie

Bibliografie

Bijlagen

30

30

30

31

32

32

32

33

33

33

34

34

34

34

35

36

37

38

38

39

39

40

41

44

47

52

52

52

53

54

55

55

55

56

56

57

58

59

Inleiding

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

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

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

de samenhang en leesbaarheid van het systeem te versterken.

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

1. Context

1.1. De hervorming van de eerstelijns psychologische zorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Evaluatie van de hervorming

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

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

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

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

3 Vroeger 'gespecialiseerde psychologische zorg'.

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

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

2. Methode

2.1. Gegevens over het gebruik

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

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

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

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

2.1.1. Weging en extrapolatie van de gegevens over het gebruik

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Beperkingen van de gegevens over het gebruik

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

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

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

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

2.2. Socio-demografische variabelen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Analyse-assen

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

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

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

3. Resultaten

3.1. Globaal gebruik van geestelijke gezondheidszorg

3.1.1. Gebruik van alle geestelijke gezondheidszorg

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

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

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

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

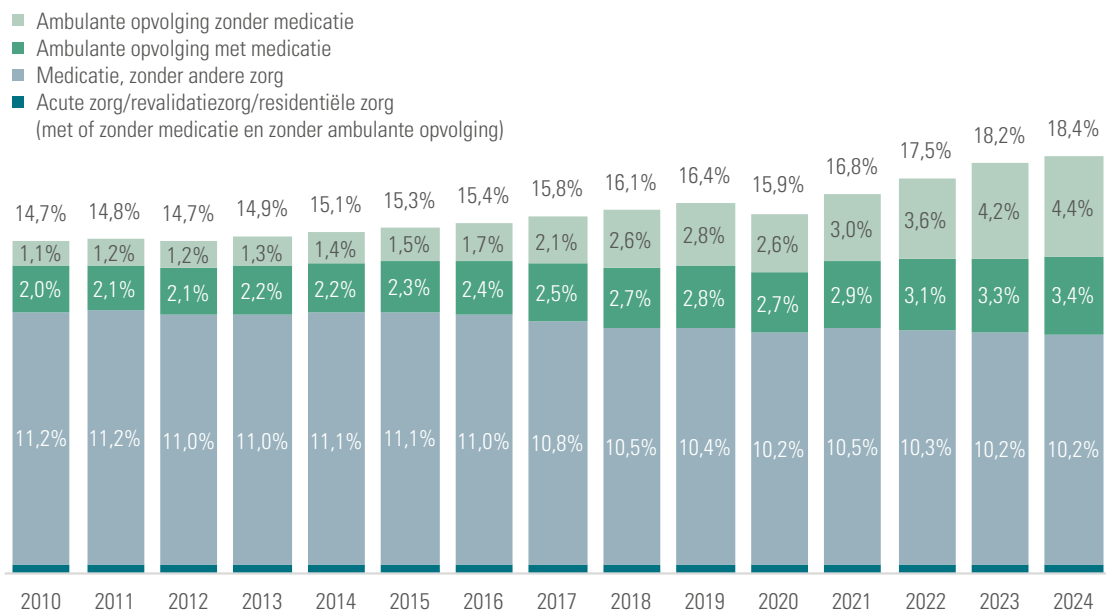
10 Alhoewel de beschikbare waarnemingsperiode voor patiënten geïncludeerd in 2024, wel degelijk 12 maanden bedraagt, is de geanalyseerde cohort beperkter (18.074 personen) in vergelijking met die van 2022 (42.890) en 2023 (57.541). Deze steekproef blijft ruim voldoende om een robuuste analyse te kunnen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

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

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

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

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



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

3.1.2. Gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg

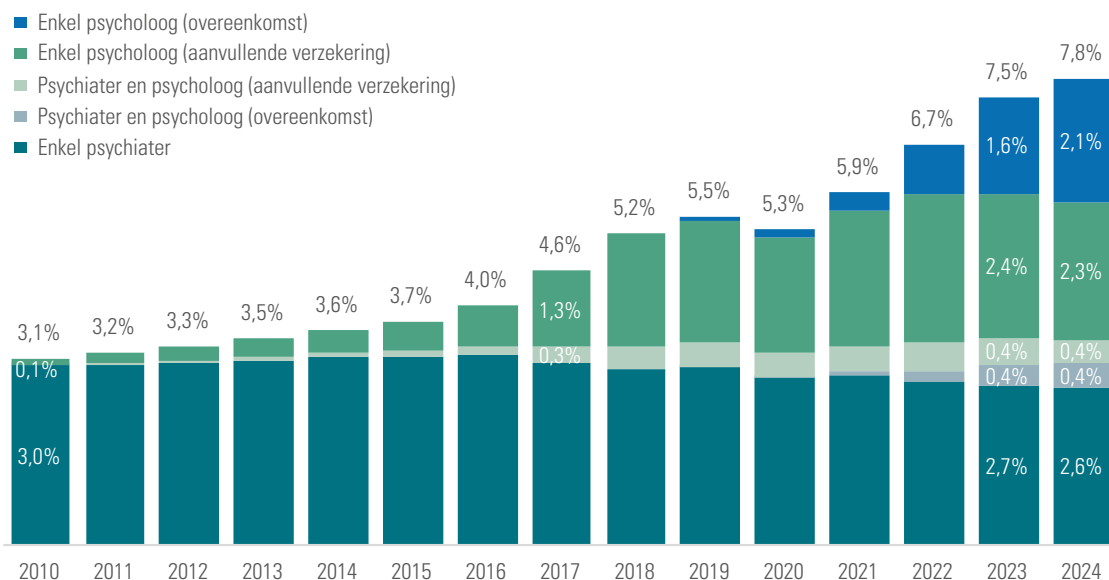
Figuur 2 toont de toename van het gebruik van terugbetaalde ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen 2010 en 2024. In 2010 kreeg 3,1% van de bevolking terugbetaling voor psychiatrische en psychologische consultaties en dit stijgt tot 7,8% in 2024. Dit wijst op een significante evolutie in de toegang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

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

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

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

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



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

3.2. Zorgaanbod binnen de ELP-overeenkomst

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

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

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

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

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

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

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

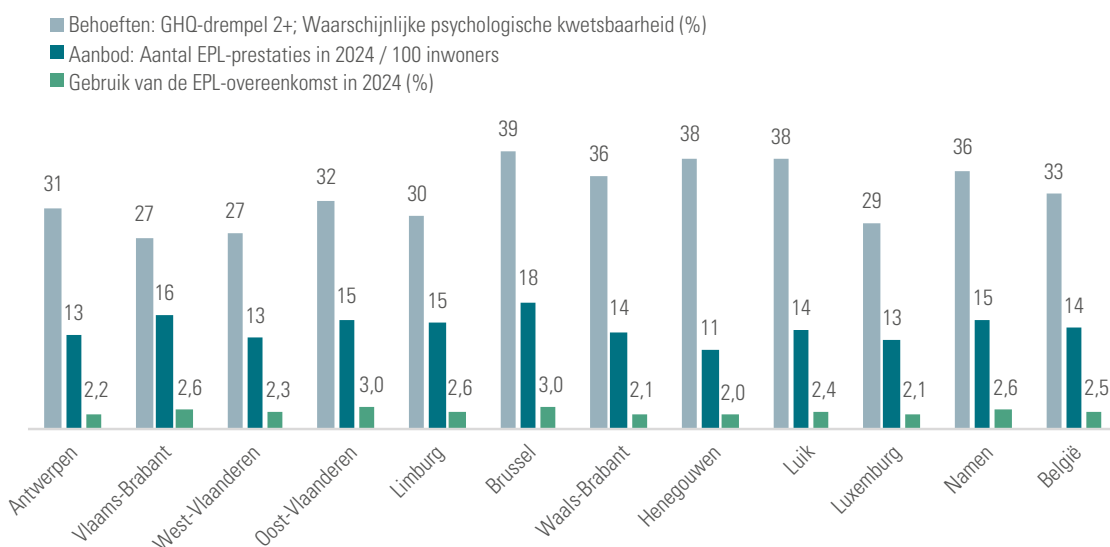
- **De behoefte-indicator:** deze komt uit de Gezondheidsenquête van Sciensano (2018) en geeft aan welk deel van de bevolking vermoedelijk psychisch kwetsbaar is (GHQ 2+-drempel). Hiermee kan de potentiële vraag naar psychologische zorg worden ingeschat.
- **De aanbodindicator:** deze is gedefinieerd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

3.2.1. Geografische verschillen

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

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

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



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

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

3.2.2. Specialisatie van de zorgverleners

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

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

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

3.2.3. Type zorg

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Zorggebruik binnen de ELP-overeenkomst

3.3.1. Evolutie van het gebruik

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

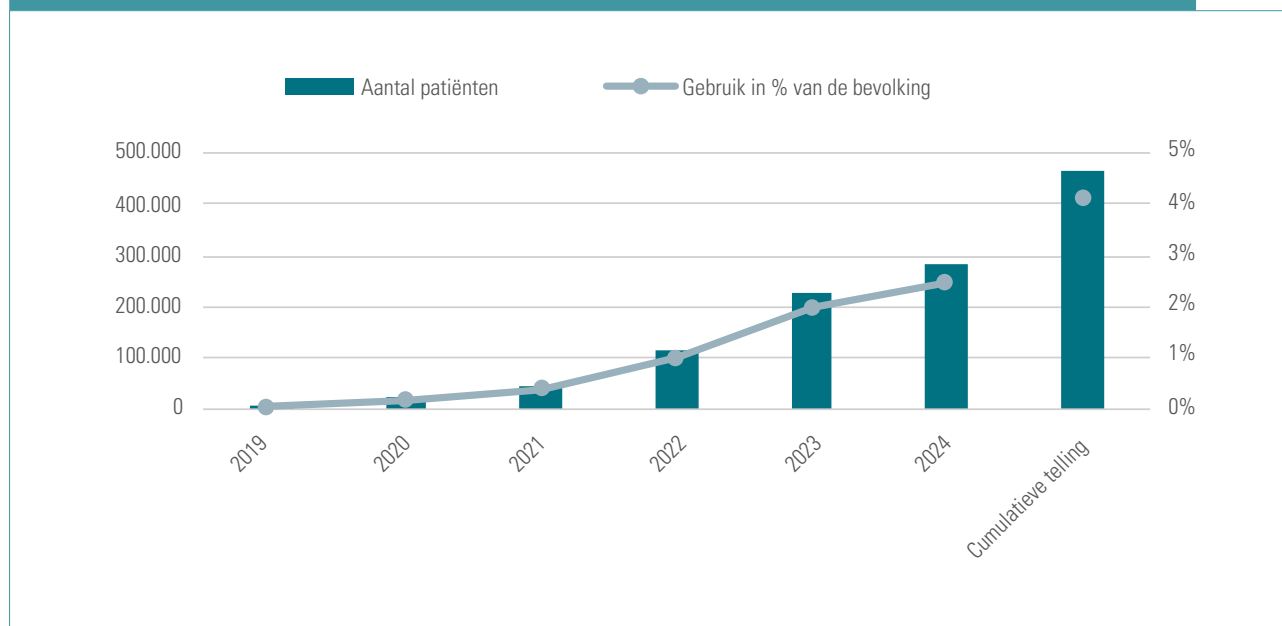
Om het gebruik – dit is het aandeel van de bevolking dat tijdens een bepaald jaar toegang had tot de overeenkomst – te kunnen inschatten, is het echter ook belangrijk om gegevens gestructureerd per kalenderjaar te hebben en deze in verhouding te brengen tot de algemene bevolking en de verschillende socio-demografische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

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

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

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

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



3.3.2. Socio-demografische kenmerken

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

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

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

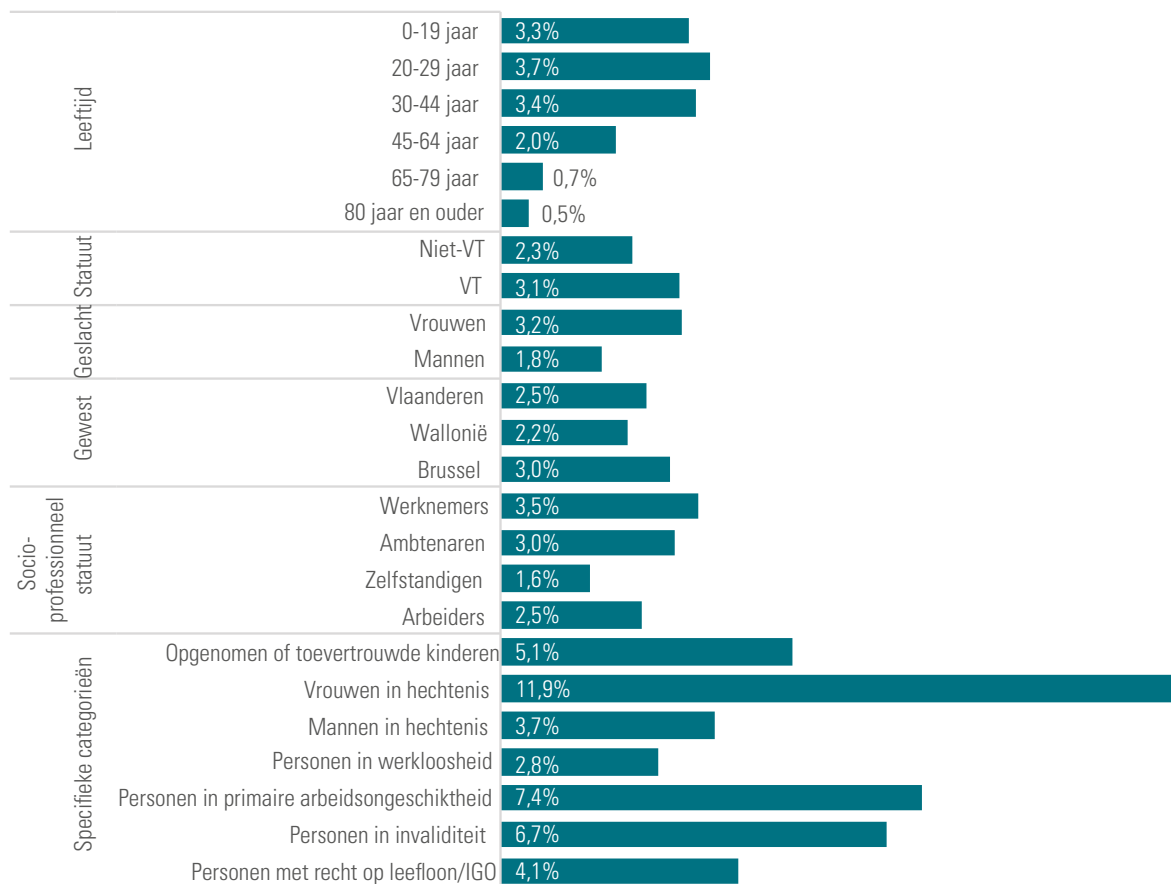
Ook tekenen zich regionale verschillen af met een iets hoger gebruik in Brussel (3,0%) dan in Vlaanderen (2,5%) en Wallonië (2,2%). Volgens socio-professioneel statuut is het gebruik groter bij bedienden (3,5%) en ambtenaren (3,1%) dan bij zelfstandigen (1,6%) of arbeiders (2,5%).

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

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

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

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



3.3.3. Type zorg

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

Functie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Netwerk

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

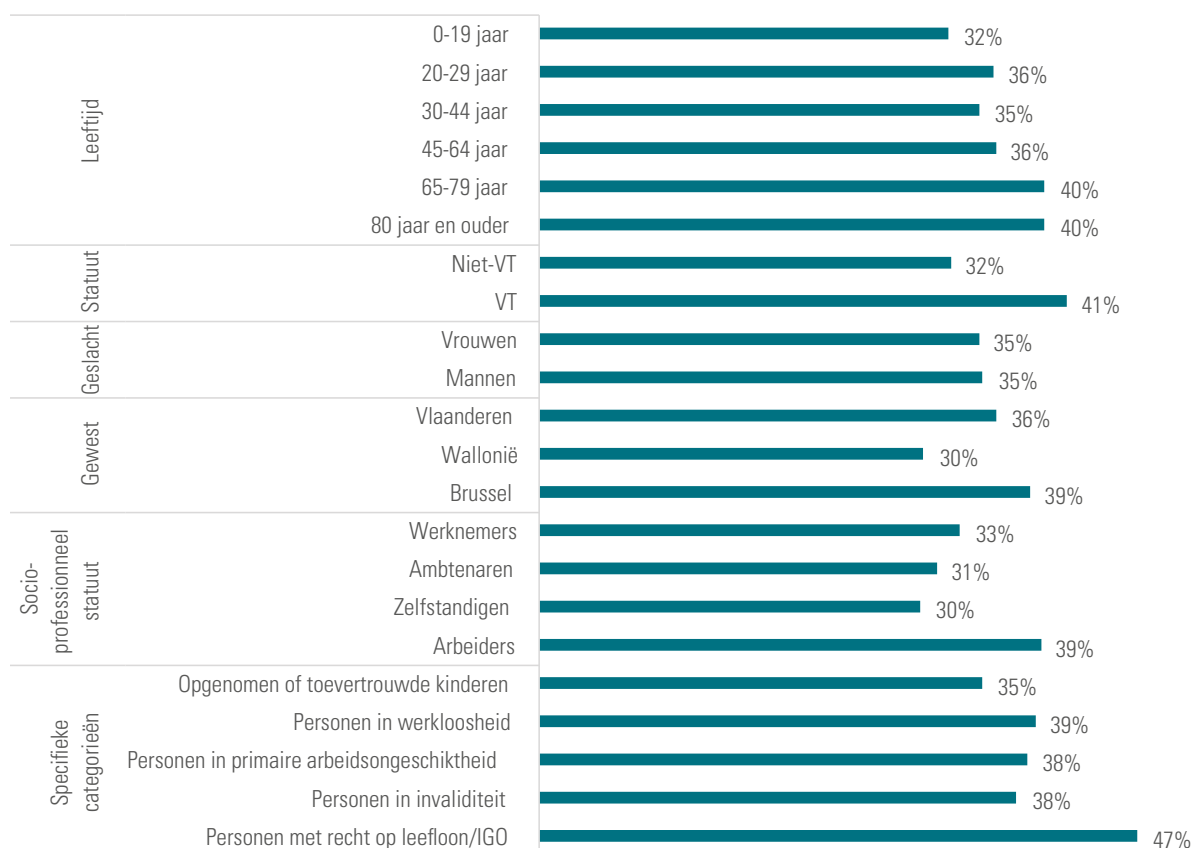
Plaats van prestatie

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

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

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

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



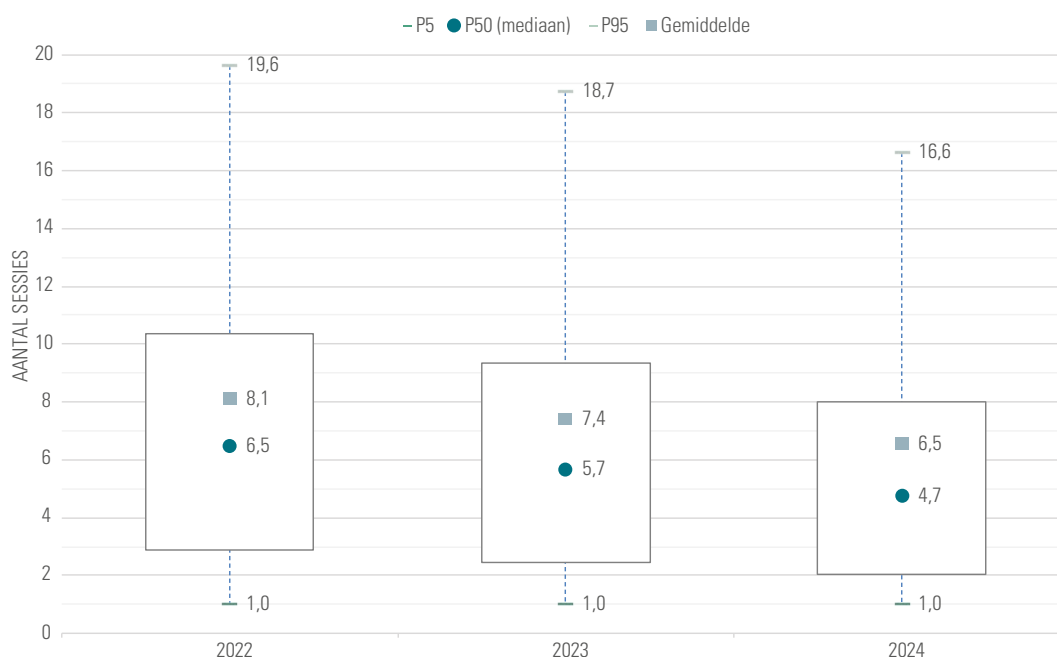
Met de gegevens kunnen de verschillen in zorggebruik in vindplaatsen volgens de profielen blootgelegd worden (zie Figuur 6 en Bijlage 4 voor de detailcijfers voor alle plaatsen en socio-demografische kenmerken). Het percentage personen dat naar vindplaatsen gaat, stijgt met de leeftijd: van 32% bij de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

3.3.4. Aantal sessies binnen de ELP-overeenkomst

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

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

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



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

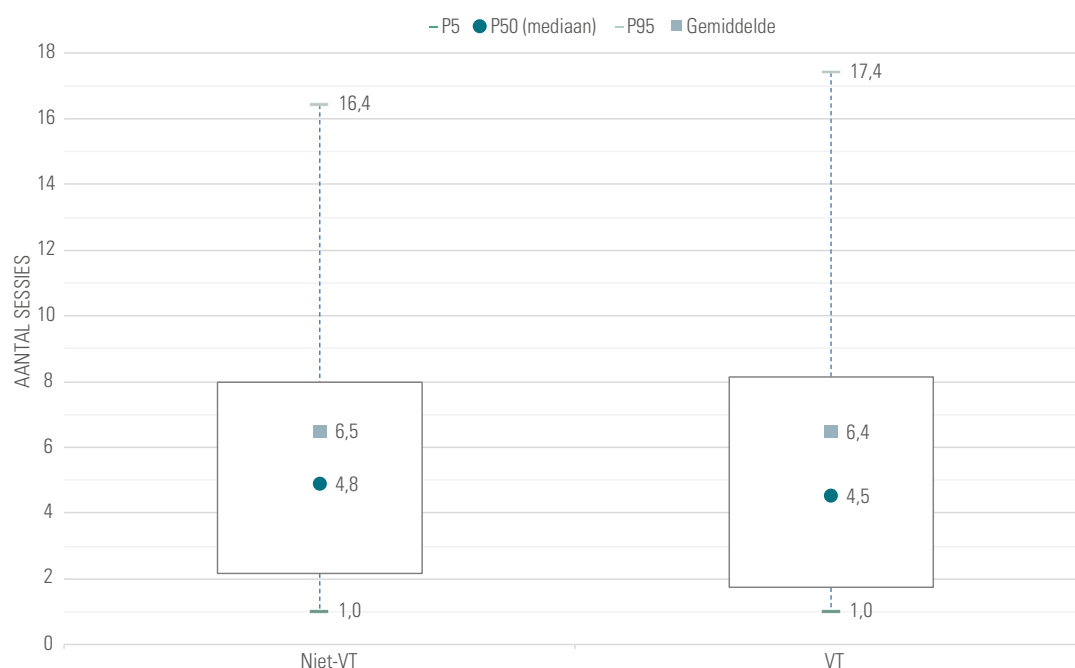
In 2024 varieert het gemiddeld aantal sessies volgens meerdere individuele en structurele kenmerken (zie Bijlage 5). Vrouwen hebben meer sessies dan mannen (6,7 tegenover 6,1 sessies). Op regionaal niveau heeft Brussel een hoger gemiddelde (7,0 sessies) dan Vlaanderen en Wallonië (6,3 tot 6,4 sessies).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

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

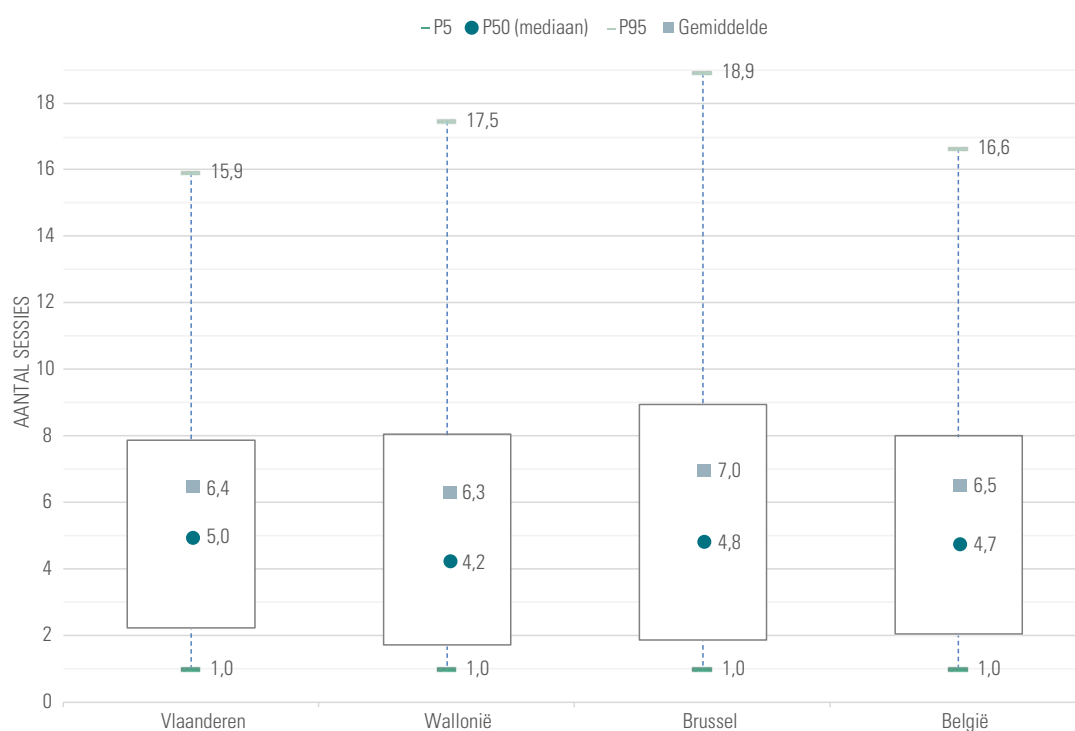
VT en 6,5 zonder VT), toch liggen de mediaan (4,5 tegenover 4,8) en het eerste kwartiel (1,7 tegenover 2,2) iets lager bij VT-patiënten. Dit kan een indicatie zijn van een kortere opvolging voor een aanzienlijk deel van de patiënten met VT (zie Figuur 8). De P95 daarentegen is hoger bij VT-rechthebbenden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

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

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



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



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

3.3.5. Zorgtrajecten geestelijke gezondheid

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

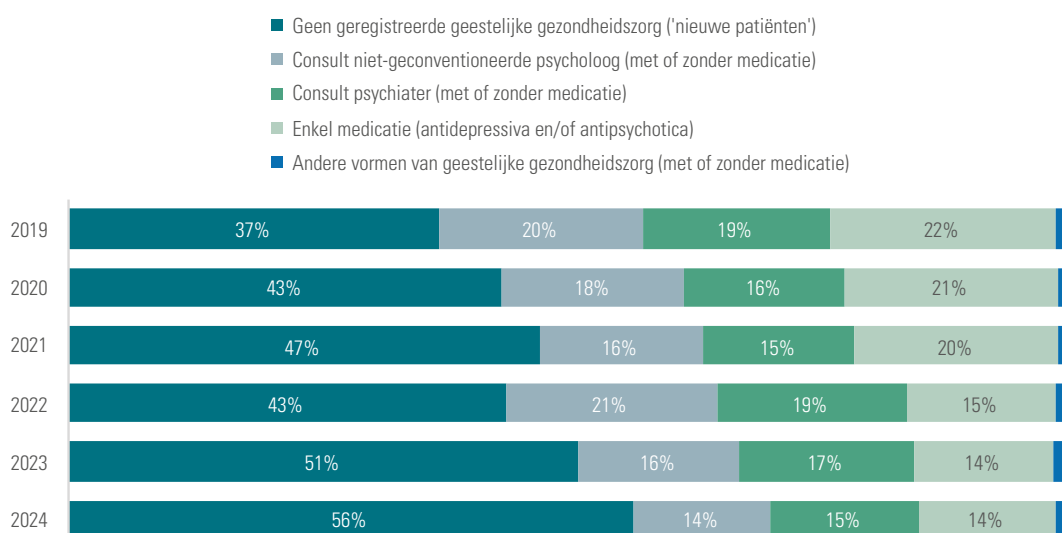
- De periode 'vóór' dekt de **twee jaar vóór** deze eerste sessie;
- De periode 'tijdens' komt overeen met **het jaar na** het begin van het geconventioneerd traject;
- De periode 'na' dekt de **zes maanden na** dit eerste jaar.



Vóór instap in de overeenkomst

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

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

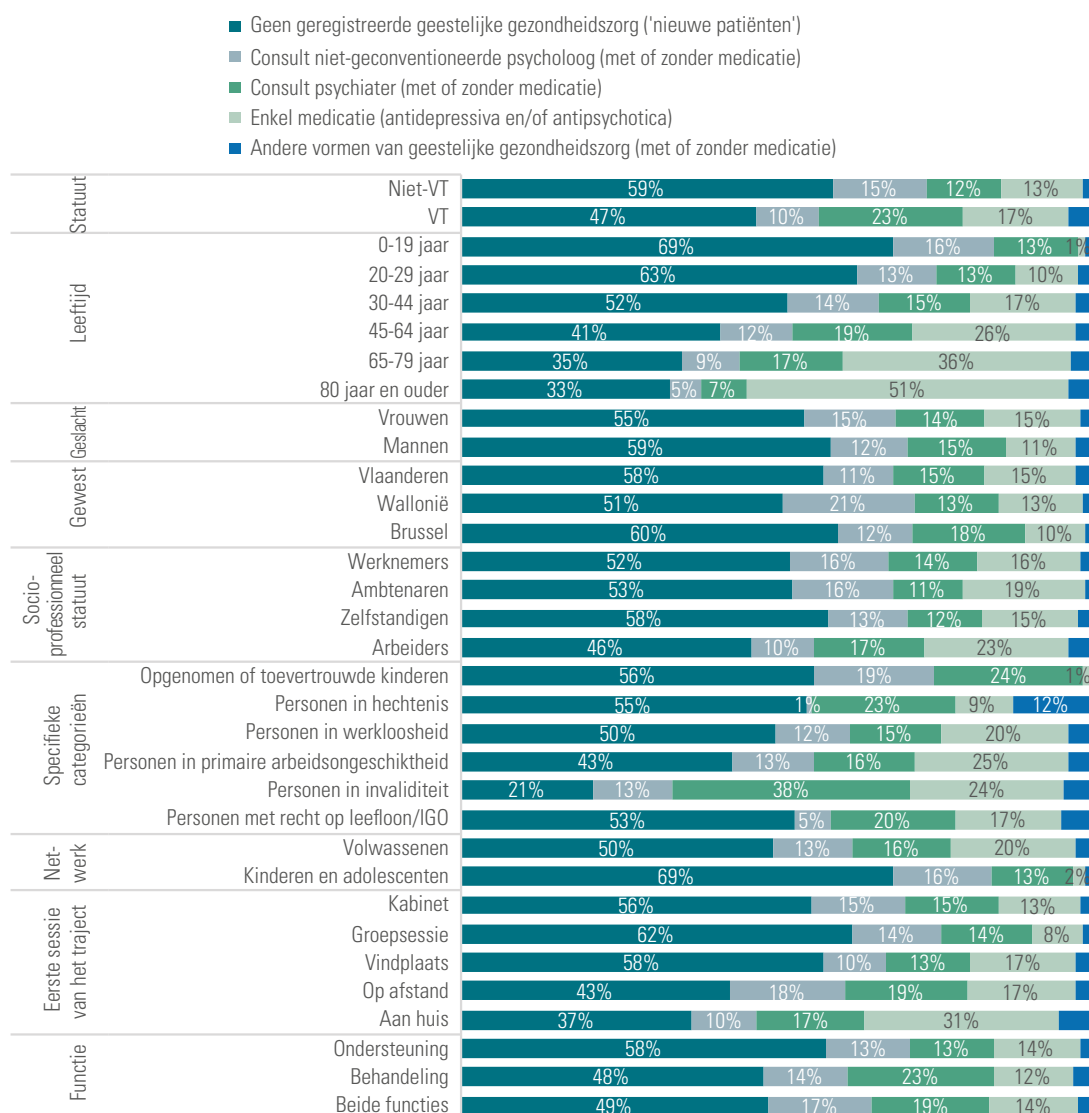


19 Bij een combinatie van verschillende soorten zorg heeft de consult(en) bij een psychiater (ambulant) voorrang bij de toekenning van de unieke categorie per patiënt-e.

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

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

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



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

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

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

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

Tijdens en na de instap in de overeenkomst

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

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

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



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

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

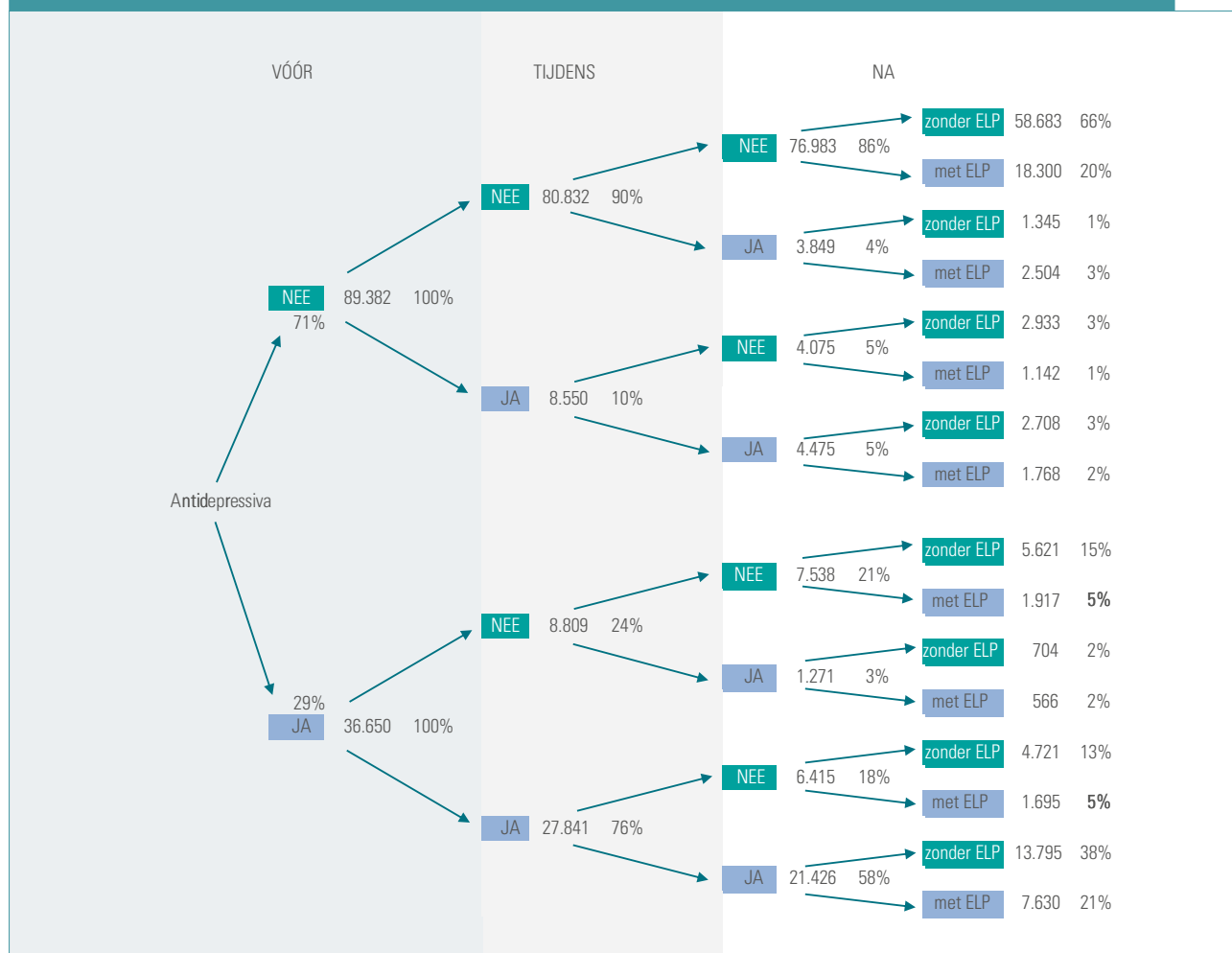
In totaal blijft 28% van de patiënten eerstelijnszorg krijgen meer dan een jaar na de start van hun traject.

Individuele trajecten

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

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

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



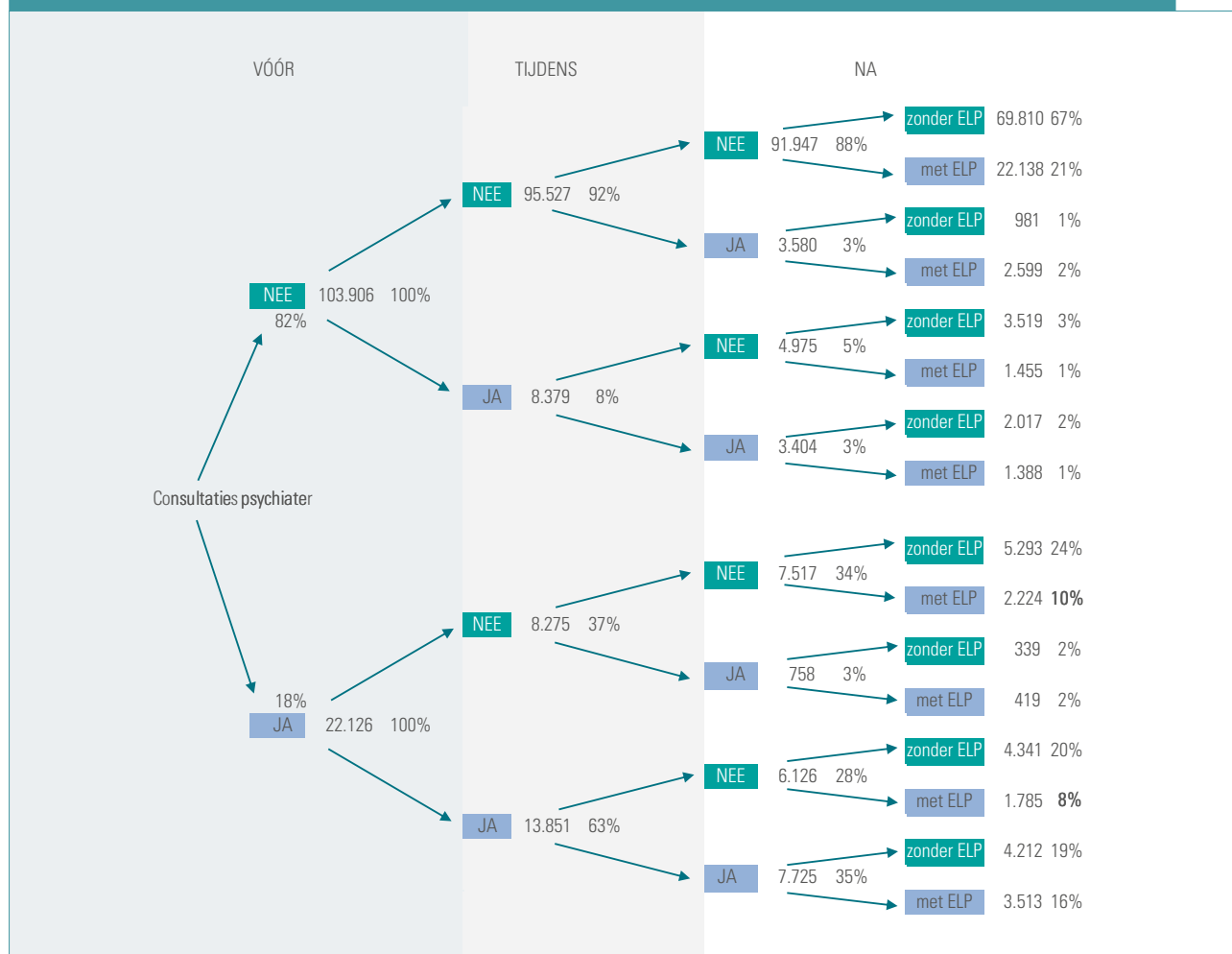
Bij de patiënten die reeds met antidepressiva werden behandeld vóór het geconventioneerd zorgtraject, zette 58% de behandeling voort (tijdens en erna), wat getuigt van een zekere continuïteit. De meesten onder hen zijn echter gestopt met de ELP achteraf (38% van deze 58%, dus meer dan twee derde).

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

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

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

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



4. Bespreking van de resultaten

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

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

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

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

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

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

4.2. Betere toegankelijkheid dankzij diversificatie van de zorgmodaliteiten

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

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

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

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

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

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

4.3. Dalend aantal sessies, maar differentiatie volgens de noden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Gediversifieerde trajecten inzake geestelijke gezondheid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Aanbevelingen

5.1. Meer geografische rechtvaardigheid van het zorgaanbod

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

Verdere verfijning van de bestaande territoriale planning

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

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

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

5.2. Consolidatie en uitbreiding van de modelovereenkomst ELP

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

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

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

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

5.3. Betere toegankelijkheid voor kwetsbare doelgroepen

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

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

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

5.4. Aanpassing van het aantal sessies aan de individuele noden

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

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

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

Conclusie

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

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

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

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

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

Bibliografie

- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 30-57.
- Duveau, C., & Hermans, L. (2025). *Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024*. Brussels: Sciensano.
- FOD Volksgezondheid. (2025). *HWF STATAN 2024 (detailstatistieken)*. Opgehaald van <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2024-detailstatistieken>.
- InterMutualistisch Agentschap. (2025). *IMA Atlas – Interactieve databank*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen*. KCE Reports 293B.
- Nationaal Intermutualistisch College. (2025, Juni). *Dashboard MHC*. Opgehaald van <https://ned.mycarenet.be/algemene-diensten/mental-health/dashboard-mhc>.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-39.
- Prison Insider. (2024). *Belgique, Populations spécifiques*. Opgehaald van <https://www.prison-insider.com/fichepays/belgique-2024>.
- RIZIV. (2024a). *Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid>.
- RIZIV. (2024b). *Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>.
- RIZIV. (2024c). *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid XXX betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken geestelijke gezondheid*. Opgehaald van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_riziv_netwerken_geestelijke_gezondheid.pdf.
- Unia & Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG). (2025). *Geestelijke gezondheid in de gevangenis - een uitweg uit de impasse*. Brussel: Unia & CTRG.
- Verniest, R., Lupaert, C., & Bracke, P. (2020). Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag. *CM-Informatie*, 280, 19-31.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Noemer: Belgische bevolking 2023

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

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

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

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