



WACHTTIJDEN IN VLAAMSE PRIVÉPRAKTIJKEN

Een bevraging bij psychologen, psychotherapeuten,
orthopedagogen en psychiaters



Meer dan 1300 vrijgevestigde zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg lieten hun stem horen en namen in februari 2021 deel aan een bevraging over wachttijden en aanmeldstops in hun praktijk. De bevindingen zijn samengevat in dit rapport.

Werkgroep Wachttijden - Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg

Jo De Grave

Ingrid De Jonghe

Sara Demunter

Ariane Ghekiere

Ellen Excelmans

Goedele Hoefnagels

Els Nijs

Eva Rens

Sigrid Servranckx

Wim Simons

Anja Smits

Kim Steeman

Guy Tegenbos

Kris Van den Broeck

Rik Van Nuffel

Kristel Van de Velde

i.s.m. Leerstoel Public Mental Health - Universiteit Antwerpen

Prof. dr. Kris Van den Broeck

Eva Rens

Juni 2021

Inhoud

Achtergrond	3
Resultaten	4
Deelnemers.....	4
Werkzaamheid in de praktijk.....	4
Doelgroepen en behandelingen	5
Factoren doorstroom	6
Wachttijden	7
Aanmeldstops.....	9
Alternatieven	9
Impact van het coronavirus	10
Suggesties wachttijden	11
Andere opmerkingen	14
Conclusies en aanbevelingen.....	18

Achtergrond

Lange wachttijden vormen een belangrijke barrière in het tijdig verkrijgen van geestelijke gezondheidszorg. Om het gebrek aan structurele data over wachttijden in België op te vullen, voerde de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGG) in samenwerking met de Leerstoel Public Mental Health aan de UAntwerpen in 2020 een bevraging uit gericht op mensen die de afgelopen twee jaar hulp zochten. Ondanks de gebreken van de gehanteerde methode leverde de bevraging de eerste brede resultaten op en maakte dit duidelijk dat de wachttijden algemeen genomen langer zijn bij kinderen en jongeren en bij terugbetaalde ambulante diensten. Al snel ontstond het idee om een tweede bevraging te lanceren gericht op professionals.

Ook in de context van het coronavirus kwam het thema de afgelopen maanden meermaals aan bod in de media. Wachttijden zijn allesbehalve een nieuw fenomeen, maar het coronavirus lijkt het probleem enkel te verergeren. Zo was er reeds een aanvoelen in het veld dat wachttijden toenamen en rapporteerde VRT in februari 2021: *“Psychologen trekken het niet meer: Wachttijden worden zelfs afgesloten door overvloed aan aanvragen”*.

De wachttijdenbevraging voor professionals richtte zich uitsluitend op psychologen, psychiaters, orthopedagogen en psychotherapeuten die ten minste een deel van hun tijd werkzaam zijn in een Vlaamse privépraktijk. Deze beslissing werd genomen omdat er nog geen enkele data beschikbaar waren voor deze groep. Er werd in deze fase geopteerd om geen wachttijdenbevraging over alle voorzieningen uit te voeren. Dit is erg complex, en vraagt een meer grondige voorbereiding. Vermoedelijk staan veel mensen op verschillende wachttijden in verschillende settings, en misschien zelfs op wachttijden van verschillende afdelingen in hetzelfde ziekenhuis. De (Nederlandstalige) vragenlijst bij vrijgevestigde zorgverstrekkers stond de ganse maand februari 2021 open.

Professionals werden gevraagd om een beknopte online vragenlijst in te vullen over de wachttijden en het gebruik van wachttijden en/of aanmeldstops in hun privépraktijk. Op het einde werd in een open veld gevraagd wat hen zou helpen in het beperken van of omgaan met wachttijden, en kon men verdere opmerkingen kwijt. De belangrijkste bevindingen worden beschreven in dit rapport.

Resultaten

Deelnemers

In totaal vulden 1305 professionals de vragenlijst volledig in. De grote meerderheid (86.7%) is vrouwelijk. Deelnemers zijn gemiddeld 40.2 jaar oud. Ongeveer vier op vijf deelnemers is klinisch psycholoog. De verdeling van de beroepsgroepen wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Beroep	N	%
Klinisch psycholoog	1030	78.9
Psychiater	86	6.6
Orthopedagoog	39	3.0
Psychotherapeut (andere dan bovenstaande)	150	11.5

De meeste deelnemers zijn werkzaam in de zorgzones Antwerpen (20.5%), Gent (17.5%), Leuven (12.0%) en Hasselt (10.0%), de minste in zorgzones Roeselare (2.1%), Brussel (1.0%) en Oostende (1.0%). De verdeling per provincie wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Provincie privépraktijk	N	%
Antwerpen	402	30,8
Oost-Vlaanderen	304	23,3
Vlaams-Brabant (+ Brussel)	245	18,8
Limburg	180	13,8
West-Vlaanderen	140	10,7
Andere	34	2,6

Werkzaamheid in de praktijk

Men kon aanduiden in wat voor type privépraktijk men werkzaam is en men kon hier meerdere antwoorden aanduiden. 45.0% van de deelnemers is werkzaam in een solopraktijk, 45.1% in een groepspraktijk voor psychotherapie/psychiatrie en 18.1% in een multidisciplinaire praktijk (bv. incl. huisarts, kinesist,...). Een minderheid van 535 deelnemers

(41.0%) is volledig werkzaam in de privépraktijk, tegenover 770 deelnemers (59.0%) die ook nog elders werkzaam zijn (bv. CGG, ziekenhuis,...).

Men werkt gemiddeld 19.1 uur per week (mediaan = 15 uur) in de privépraktijk, al zijn hier grote verschillen in: een vierde (Q1) werkt maximum 8 uur per week in de privépraktijk en een vierde (Q3) werkt minstens 30 uur per week. Bijgevolg zit er ook veel variantie op het aantal consultaties per week. Dit is verbonden met maar niet volledig gelijk aan het aantal uren per week, gezien dit ook afhangt van andere factoren zoals de tijd die gaat naar administratie, kortdurende versus langdurende consulten,... Gemiddeld heeft men 14.5 consultaties per week (mediaan = 12). Een vierde (Q1) heeft maximum 7 consultaties per week en een vierde (Q3) heeft minstens 20 consultaties per week. In totaal heeft men gemiddeld 43.5 cliënten in behandeling (= lopende dossiers; mediaan = 25), al gaven verschillende deelnemers aan hier geen idee van te hebben.

Doelgroepen en behandelingen

Men kon meerdere leeftijdsdoelgroepen aanduiden. De meerderheid van de deelnemers (N = 1027, 78.7%) heeft volwassenen als doelgroep. Ongeveer de helft (N = 649, 49.7%) heeft adolescenten (13 – 18j) als doelgroep en een derde (N = 433, 33.2%) heeft kinderen (< 12j) als doelgroep. Ten slotte heeft 29.1% (N = 380) ouderen (65+) als doelgroep.

In volgende tabel worden de behandelingen weergegeven, gesorteerd op frequentie. Merk op dat N > 1305 omdat men meerdere behandelingen kon aanduiden.

Bij “Andere” werden volgende zaken vaak ingevuld: EMDR, diagnostiek, seksuologie, neuropsychologie,...

Aan psychologen en orthopedagogen werd eveneens gevraagd of ze verstrekker zijn van terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg (ELP). Een kleine minderheid (7.4%) gaf aan hierbij aangesloten te zijn.

Behandeling	N	%
Psychotherapie: systeemtherapie, relatie- en gezinstherapie	418	32.0%
Psychotherapie: niet gebonden aan bepaalde psychotherapeutische stroming	408	31.3%
Psychotherapie: (cognitieve) gedragstherapie	385	29.5%
Andere	272	20.8%
Psychotherapie: experiëntiële- of persoonsgerichte psychotherapie	231	17.7%
Psychotherapie: integratieve psychotherapie	225	17.2%
Relaxatietechnieken (bv. meditatie)	192	14.7%
Coaching (bv. loopbaanbegeleiding, lifecoaching,...)	137	10.5%
Psychotherapie: psychoanalytische therapie	117	9.0%
Farmacologische behandeling	87	6.7%

Factoren doorstroom

Verschillende factoren beïnvloeden de 'doorstroom' (= het aantal personen dat gedurende een gegeven tijdsbestek behandeld kan worden), welke nauw verbonden zijn aan wachttijden. Er werd deelnemers gevraagd een schatting te geven van het gemiddeld aantal sessies en de sessiefrequentie per cliënt/patiënt, maar men kreeg ook telkens de optie om aan te duiden dat men het niet weet of dat dit te hard verschilt over cliënten/patiënten om hier uitspraak over te doen.

Volgende tabel geeft de verdeling van het gemiddeld aantal sessies per traject weer. Ongeveer een vierde kan hierover geen uitspraak doen. Ongeveer de helft heeft per cliënt/patiënt 10 tot 24 sessies.

Aantal sessies	N	%
Minder dan ongeveer 10 sessies	155	11.9
Ongeveer 10 tot 24 sessies	660	50.6
Ongeveer 25 tot 50 sessies	127	9.7
Meer dan ongeveer 50 sessies	27	2.1
Ik weet het niet / verschilt te hard	366	25.7

Onderstaande tabel geeft de verdeling van de sessiefrequentie weer. Het is duidelijk dat de meerderheid gemiddeld tweewekelijks een sessie per cliënt/patiënt rekent.

Sessiefrequentie	N	%
Ongeveer 1 sessie per week of meer	149	11.4
Ongeveer 1 sessie om de 2 weken	908	69.6
Ongeveer 1 sessie per maand of minder	72	5.5
Ik weet het niet / verschilt te hard	176	13.5

Wachttijden

Er werd professionals gevraagd aan te geven hoe lang de wachttijd tot een eerste gesprek (intakegesprek) bedraagt en hierbij te selecteren uit verschillende categorieën. Indien men het niet zeker weet werd gevraagd om een schatting te geven. Bij ongeveer de helft van de praktijken (47.9%) kan men binnen de maand terecht. De verdeling van de wachttijden over beroepsgroepen heen wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Wachttijd tot eerste gesprek	N	%	Cumul. %
Geen wachttijd (< 2 weken)	306	23.4	23.4
2 weken tot 1 maand	319	24.4	47.9
1 tot 3 maanden	375	28.7	76.6
3 tot 6 maanden	192	14.7	91.3
6 maanden tot 1 jaar	80	6.1	97.5
Langer dan 1 jaar	33	2.5	100.0

Er werd nagegaan of er verschillen zijn tussen beroepsgroepen inzake wachttijden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de lagere steekproefgrootte bij andere beroepsgroepen dan klinisch psychologen. De onderstaande tabel geeft de percentuele verdeling mee van de wachttijden binnen de beroepsgroepen.

	Psycholoog	Psychiater	Orthopedagoog	Psychotherapeut
< 2 weken	23.0	5.8	28.2	35.3
2 weken – 1 maand	26.1	8.1	23.1	22.7
1 maand – 3 maand	30.1	24.4	23.1	23.3
3 maand – 6 maand	14.6	18.6	23.1	11.3
6 maand – 1 jaar	4.7	26.7	2.6	5.3
> 1 jaar	1.6	16.3	0.0	2.0

Er werd eveneens onderzocht of er verschillen zijn tussen leeftijdsdoelgroepen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat eenzelfde deelnemer in verschillende categorieën kan zitten omwille van de overlap in doelgroepen.

	Kinderen	Adolescenten	Volwassenen	Ouderen
< 2 weken	16.9	22.0	27.1	34.2
2 weken – 1 maand	18.9	20.2	25.9	27.1
1 maand – 3 maand	28.6	28.7	28.1	25.5
3 maand – 6 maand	20.3	17.4	12.9	8.2
6 maand – 1 jaar	10.2	7.7	4.4	3.7
> 1 jaar	5.1	4.0	1.7	1.3

Bij de grote meerderheid van de praktijken (86.4%) hoeft men na het eerste gesprek niet te wachten op de start van de behandeling en vormt het eerste gesprek dus het begin van een behandelperiode. Bij 11.3% moet men na het eerste gesprek één tot drie maanden wachten op de start van de behandeling, en bij 2.4% langer dan drie maanden. Wachttijden zijn het langst bij de psychiater en voor kinderen en jongeren.

Vervolgens werd gepeild naar het gebruik van een wachtlijst. 260 deelnemers (19.9%) maken hier geen gebruik van omdat het niet nodig is en 471 deelnemers (36.1%) geven aan dat ze hier geen gebruik van maken omdat ze geen nieuwe aanmeldingen aanvaarden wanneer hun

capaciteit bereikt is. 574 deelnemers (44.0%) maken hier wel gebruik van. Van deze 574 deelnemers hanteert 41.1% wel een limiet op de wachtlijst, en voeren ze een aanmeldingsstop in wanneer de wachtlijst te lang wordt of wanneer de wachttijd te lang oploopt.

Aan de 574 deelnemers die gebruik maken van een wachtlijst werd gevraagd hoeveel personen er momenteel op de wachtlijst staat. Gemiddeld staan er 10.7 personen op de wachtlijst (mediaan = 5). De verschillen zijn echter groot, vooral omdat groepspraktijken vaak een grotere gedeelde wachtlijst hebben in plaats van een wachtlijst per zorgverlener. De som van alle wachtenden over alle antwoorden heen is 6009.

Aanmeldstops

Er werd gevraagd of men momenteel nieuwe patiënten aanvaardt. Meer dan een derde van alle deelnemers (N = 501, 38.4%) gaf aan momenteel geen nieuwe aanmeldingen te aanvaarden.

De verdeling binnen de beroepsgroepen werd nagegaan. 37.7% van de klinisch psychologen, 60.5% van de psychiaters, 28.2% van de orthopedagogen en 33.3% van de psychotherapeuten had een aanmeldstop.

Vervolgens werd de verdeling binnen de doelgroepen (leeftijden) nagegaan. Merk op dat er hier een overlap van deelnemers inzit. 40.0% van de zorgverleners met doelgroep kinderen, 36.7% met doelgroep adolescenten, 37.3% met doelgroep volwassenen en 30.5% met doelgroep ouderen had een aanmeldstop.

Tot slot werd nagegaan of er verschillen zijn tussen de provincies. De verschillen zijn echter klein en niet significant, met een minimum van 32.9% aanmeldstops in West-Vlaanderen en een maximum van 39.4% in Limburg.

Alternatieven

Binnen de werkgroep wachttijden van de SGGG is men geïnteresseerd naar de opvulling en beleving van de wachtperiode. Daarom werd een vraag toegevoegd die peilt naar welke alternatieven de professionals zelf voorstellen indien men een cliënt/patiënt meedeelt dat hij/zij lang zal moeten wachten of er niet terecht kan. Deelnemers hadden de keuze tussen enkele antwoordopties of konden zelf formuleren wat ze doen in dat geval.

231 deelnemers (17.7%) gaven aan dat het niet van toepassing is, bijvoorbeeld omdat er geen wachttijd of aanmeldstop is. De overige deelnemers konden meerdere antwoorden aanduiden. Hiervan gaf 5.8% aan geen alternatief voor te stellen. Negen op tien (91.3%) verwijst naar andere hulpverleners in de regio en 8.6% biedt zelf tussentijdse wachttijdondersteuning aan (bv. telefonische opvolging).

Tot slot duiden 112 deelnemers (10.0%) 'Andere' aan. Volgende antwoorden kwamen terug:

- Binnen groepspraktijken: interne verwijzing naar andere therapeut die wel ruimte heeft
- Overleg met de verwijzer (voornamelijk huisarts)
- Verwijzing naar online initiatieven en zelfhulpmogelijkheden
- Uitzonderingen maken bij crisissituaties, bv. enkele crisisgesprekken voorrang geven
- Groepsaanbod voor wachtenden

Impact van het coronavirus

Tot slot was er een vraag welke peilde naar de impact van het coronavirus op het aantal aanmeldingen. Onderstaande tabel geeft de verdeling van de antwoorden weer. In totaal merkte 71.9% een lichte of sterke toename in het aantal aanmeldingen. Een kleine minderheid (3.8%) merkte een afname en 15.4% merkte geen verschil.

Impact coronavirus op aantal aanmeldingen	N	%
Het bleef ongeveer gelijk	201	15.4
Een lichte toename	451	34.6
Een sterke toename	487	37.3
Een afname	49	3.8
Ik weet het niet / het is onduidelijk	117	9.0

Suggesties wachttijden

Op de optionele, open vraag “Is er iets wat u als zelfstandige zorgverlener zou kunnen helpen om de wachttijden in uw praktijk te beperken?” kwamen meer dan 400 antwoorden. De antwoorden werden geanalyseerd en ingedeeld in categorieën. Volgende thema’s kwamen regelmatig voor:

1. Statuut zelfstandigen aantrekkelijker maken d.m.v. terugbetaling psychotherapie

Meer dan 100 deelnemers gaven aan dat het huidige statuut van zelfstandige psycholoog/ /orthopedagoog/psychotherapeut niet aantrekkelijk genoeg is. Dit verhindert velen om meer uren te werken als zelfstandige of in hoofdberoep te werken. Men ondervindt hierdoor ook moeilijkheden bij het aanwerven van nieuwe collega’s. Momenteel verdient men algemeen genomen meer in dienstverband, tenzij men erg hoge tarieven zou hanteren. Een RIZIV-nummer voor verstrekkers van psychotherapie en de terugbetaling van diagnostiek en psychotherapie zouden daarom belangrijke stappen zijn. De huidige invulling van ELP wordt niet gesteund en biedt geen antwoord op de vraag van kwetsbare mensen met een complexe en/of langdurige zorgnood. Ook psychiaters gaven aan dat de terugbetaling van psychotherapie hen zou helpen in de doorverwijzing naar psychologen, gezien sommige patiënten gebaat zouden zijn met hulp van een psycholoog maar dit niet voor iedereen financieel haalbaar is.

- *“Meer collega's die in hoofdberoep werken: door de kunstmatig lage tarieven (door gebrek aan terugbetaling), wagen weinig collega's zich aan het zelfstandig statuut. Dit maakt dat deze collega's snel 'vol' zitten.”*
- *“Het is financieel onaantrekkelijk omdat je door de beperkte terugbetaling niet genoeg per uur kan vragen aan patiënten. Het wordt anders te duur voor de al relatief welgestelde patiënt die privé consulteert.”*
- *“Terugbetaling van psychologische begeleiding (zoals bij medische consultaties) mogelijk maken waardoor mensen sneller de stap zetten naar de meest geschikte hulpverlening en niet de "meest terugbetaalde hulpverlening".”*

2. Inzetten op samenwerking en netwerken

Deelnemers zien in samenwerking en netwerking een belangrijke oplossing in het omgaan met wachtlijsten. Velen geven aan dat een overzicht van (beschikbare) zorgverleners in de buurt zou helpen voor gerichte doorverwijzingen, met de informatie over de doelgroep en zicht op de actuele wachttijden. Vooral het vinden van beschikbare psychiaters wordt erg

moeilijk ervaren. Samenwerking tussen psychologen, psychiaters en andere betrokkenen in de eerste, tweede en derde lijn is cruciaal, maar een drempel is dat overleg en participatie niet steeds vergoed wordt voor zelfstandigen.

- *“Vanuit zorgregio lokaal zicht krijgen op aanmeldingsmogelijkheden of open plaatsen voor patiënten door bv. een eenvoudige website “beschikbare aanmeldingsmogelijkheden voor professionals”.”*
- *“Een platform waar kan gekeken worden bij welke collega nog plaats is. Meer duidelijkheid voor cliënten en collega’s voor welke zaken, wie, waar terecht kan.”*
- *“Goede uitbouw van een netwerk met verwijzers op de eerste lijn is belangrijk. Ik stel vast dat verwijzingen vooral tot stand komen in de context van een goede samenwerking. Dit laat tevens toe feedback te geven naar de verwijzer en daar waar nodig samen te werken wanneer behandeling met psychofarmaca aangewezen is.”*

3. Capaciteitsuitbreiding binnen de gesubsidieerde ggz

Bij alle gesubsidieerde ggz overschrijdt de nood de capaciteit, met lange wachttijden als gevolg. Privépraktijken worden bijgevolg vaak geconsulteerd door patiënten die nood hebben aan een meer multidisciplinaire aanpak door bijvoorbeeld een CGG of CAR, waardoor de complexiteit van zorgvragen in privépraktijken stijgt. Wachttijden in de tweede- en derdelijnszorg zorgen eveneens voor een moeizame doorstroom naar opnames, thuisbegeleidingsdiensten,... Deze factoren zorgen ervoor dat ook privépraktijken te maken krijgen met langere wachttijden.

- *“De meer complexe CGG-dossiers komen in de privé terecht omwille van de veel te lange wachttijden daar. De complexiteit van de dossiers neemt almaar toe waardoor er ook langdurige trajecten nodig zijn. Dit zorgt echter voor het dichtslippen van de agenda waardoor er geen nieuwe dossiers meer kunnen opgekomen worden in de praktijk.”*
- *“Meer subsidies voor de CARs in de buurt waar multidisciplinair onderzoek, diagnose en therapie wordt gegeven: dit zou de druk op de wachtlijst in privépraktijk fel kunnen verminderen. Helaas hebben die centra zélf een wachtlijst van 1,5 à 2 jaar en hebben ze hun eigen aanmeldstops.”*
- *“Door te lange wachttijden in de gesubsidieerde centra, starten cliënten die het financieel moeilijk hebben toch meer en meer begeleiding in een privépraktijk. Dit is moeizaam werken omdat de frequentie van de contacten vaak niet afhangt van wat er nodig is voor de problematiek, maar van de financiële draagkracht of het gebrek eraan.”*

4. Beperken van de niet-vergoede administratielast

Een aanzienlijk deel van de tijd van zelfstandige zorgverleners kruipt in de administratie (bv. verslaggeving en afsprakenbeheer) en noodzakelijke administratieve taken worden niet of beperkt vergoed. Het vergoeden van noodzakelijke administratie en beperken van niet-noodzakelijke administratie zou ervoor zorgen dat er tijd en ruimte vrijkomt voor patiëntencontacten. Ook de subsidiëring van gebruiksvriendelijke software zou een hulp zijn.

- *“Voor een psychiater gaat er heel veel tijd naar administratie (zorg wordt gekoppeld aan de beschikbaarheid van een verslag/diagnose), maar dit wordt niet of weinig betaald.”*
- *“Minder verslaggevingswerk. Hoewel ik 20u aan mijn bijberoep spendeer, ben ik genoodzaakt mijn te beperken tot 8 à 10 cliënten omdat er heel wat tijd opgeslorpt wordt door het verwerken van testings, opmaken van verslagen, telefonisch contact met andere hulpverleners, mail verkeer,...”*
- *“Administratieve ondersteuning waardoor hier minder tijd naartoe gaat en je dus meer cliënten kan zien. Ik denk aan uitwerken van een platform waar standaard een aantal dingen zijn voorzien bv digitale agenda, gelinkt aan elektronisch dossier en boekhoudsysteem, terugbetaling voor patiënt...”*

5. Faciliteren van therapie tijdens de daguren

Er is een grote vraag naar therapie buiten de school/werkuren waardoor deze uren snel vol zitten. Daarom geven deelnemers aan dat flexibiliteit van scholen en werkgevers belangrijk is. De extra vergoeding van sessies buiten de kantooruren zou avond- en weekendsessies financieel aantrekkelijker maken voor psychiaters.

- *“Momenteel is het niet evident om psychologische begeleiding tijdens de schooluren te mogen doen. Hiervoor moeten scholen een bijzondere goedkeuring geven. Ook voor ouders is het vaak een hele onderhandeling met hun werkgever om tijd te mogen maken voor de noodzakelijke behandeling van hun kind.”*
- *“Als werkgevers hun medewerkers zouden toestaan om tijdens de werkuren op gesprek te mogen komen, zeker in geval van werkgerelateerde problemen, zou dat ook al een slok op de borrel schelen.”*
- *“Dringend verschillende rizivnomenclatuurnummers en dus vergoeding voor sessies buiten kantooruren. Dit is een evidentie voor huisartsen en zou avond en-weekendconsultaties aantrekkelijker maken en bijgevolg minder wachtlijsten bij psychiaters voorzien.”*

Andere opmerkingen

1. Tekort ambulante (kinder)psychiaters

Er is een tekort aan ambulante psychiaters, en in het bijzonder kinder- en jeugdpsychiaters. In sommige regio's is het vinden van een beschikbare kinderpsychiater quasi onmogelijk. Er is geen snelle oplossing voor het tekort, maar er is nood aan een langetermijnplan waarbij het knelpuntberoep aantrekkelijker dient te worden gemaakt tijdens de opleiding geneeskunde. Psychiaters verwijzen eveneens naar de verdeling van de lonen, waarbij psychiatrie onderaan bengelt en waarbij er ook tussen psychiaters aanzienlijke verschillen zijn.

- *“Onlangs nog 15 kinderpsychiaters gecontacteerd voor een cliënt waar het echt niet goed mee gaat, niemand had plaats en zelfs patiëntenstops.”*
- *“De job van ambulante psychiater zou absoluut financieel aantrekkelijker gemaakt moeten worden zodat meer artsen hiervoor kiezen of aanvullend aan een job binnen het ziekenhuis ipv een voltijdse job binnen een ziekenhuis.”*
- *“Meer kinder- en jeugdpsychiaters opleiden, maar dan zal ook het financiële plaatje mee in rekening moeten komen, aangezien onze discipline mee onderaan bungelt als je het loon bekijkt van alle specialismen onderling, ook erg frustrerend en niet attractief voor geneeskunde studenten (ondanks ook een opleiding van 7jr+5jr)”*

2. Uitbouw kinder- en jeugdpsychiatrie

De huidige capaciteit binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie beantwoordt niet aan de noden. Wachttijden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn over de ganse lijn onaanvaardbaar lang: zelfs in crisissituaties krijgt men gewoonlijk te horen dat er een wachttijd is voor opname of mobiele behandeling. De ontwikkeling van de kinderen wordt hierbij ondermijnd. Er dienen prioritair middelen te gaan naar de psychologische en psychiatrische ondersteuning van kinderen, jongeren en hun context.

- *“Omwille van de problematische doorstroommogelijkheden voor bv. opname, crisisbegeleiding, thuisbegeleiding etc, blijven cliëntsystemen te lang zonder gepaste hulp en worden wij als kinderpsychiaters geconfronteerd met chronische crisissituaties en zichtbaar escalerende situaties waarbij onze hulp ontoereikend is.”*
- *“Het tekort aan aanbod voor kinderen en jongeren is enorm. Zeer schrijnend als er meer zorg nodig is (thuisbegeleiding, (semi)-residentieel) dat dit ontzettend lang kan wachten.”*
- *“Totale capaciteit bij kinderen en jongeren is gewoon schrijnend ontoereikend. Dus een substantiële capaciteitsverhoging is de enige oplossing.”*

3. Invulling ELP

Het is duidelijk dat de huidige invulling van de terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg (ELP) niet gedragen wordt door het veld. Dit omwille van o.a. de lage verloning en het gebrek aan autonomie (noodzakelijke verwijzing arts) en flexibiliteit (vaste sessieduur en maximum van acht sessies). Om deze redenen zijn er slechts weinig psychologen en orthopedagogen op aangesloten, waardoor ook hier wachttijden lijken te ontstaan terwijl eerstelijnspsychologische interventies net snel zouden moeten kunnen ingeschakeld worden.

- *“Voor mijn ELP aanbod is er een wachttijd van ongeveer 3 maanden. Probleem van te weinig collega's die het aanbieden, vraag is te groot voor het huidig aanbod. Zou op te lossen zijn door betaling voor de ELP'er te verbeteren, want is nu gewoon niet correct.”*
- *“Tijd dat de overheid ELP rechtstreeks toegankelijk maakt (zonder voorschrift huisarts), voor alle aandoeningen, met autonomie (niet verplicht verbonden aan ziekenhuis) én eerlijke verloning voor de psycholoog . Dan zouden meer psychologen hierop intekenen en wachtlijsten voor 'betaalbare hulp' korter worden.”*
- *“ELP redelijk en op een eerlijke manier organiseren voor psychologen. Geen onnodige jarenlange ervaring maar een goed systeem van verplichte supervisie. De verloning moet beter waardoor veel meer psychologen in dit model zullen stappen.”*

4. Verduidelijking van de sociale kaart voor patiënten

Het is voor patiënten vaak nog steeds onduidelijk waar men terecht kan met welke vragen (bv. medicatie, psychotherapie, coaching,...). Zo is het verschil tussen een psycholoog en psychiater onvoldoende gekend, en weten vele mensen niet op welke manier men een hulpverlener in de regio kan vinden. Hiervoor is psycho-educatie en een duidelijke sociale kaart nodig. Ook voor patiënten zouden de beschikbaarheden in verschillende praktijken en organisaties verduidelijkt kunnen worden.

- *“Meer zicht op de sociale kaart voor cliënten (het verschil tussen psychiater, psychologen, psychotherapeuten), duidelijke informatiebrochure om bij de dokter te leggen waar ze allemaal terecht kunnen (CGG, CAW, privé...) en hoe ze er terecht kunnen.”*
- *Duidelijkheid in het hulpverleningsaanbod: wie schrijft ziektebriefjes/verslagen/medicatie voor, wie geeft recht op terugbetaling, verschil tussen ziekenfondsen,...*
- *“Online databank van hulpverleners, niet gebonden aan betalende initiatieven als vindepsycholoog.be en gelijkaardige websites. Duidelijker gecentraliseerde sociale kaarten per regio.”*

5. Verder inzetten op preventie

Verschillende deelnemers geven aan dat het voorkomen van psychische problemen de belangrijkste stap is in het terugdringen van wachttijden. Hierbij wordt verwezen naar maatschappelijke problemen en de prestatimaatschappij. Preventie (bv. psycho-educatie, detectie, basishulp) dient geïntegreerd te worden met de school en werkvloer.

- *“Er gaat iets moeten gebeuren in de maatschappij. Het is niet alleen door corona dat de aanmeldingen nu verhogen, voordien zagen we ook al een stijgende lijn. Zie metafoor speedboot TINA van Dirk de Wachter”*
- *“Psychische zorg is één ding, het aanpakken van maatschappelijke problemen als armoede en uitsluiting zijn zo veel belangrijker. Preventie in plaats van curatief werken en oplappen.”*
- *“Wat helpend zou kunnen zijn is hulpverleners koppelen aan het onderwijs. Leerkrachten zien het vaak al langer mislopen en dan handvaten aanreiken op laagdrempelige wijze en in samenwerking met ouders en leerkrachten, zou een grote ondersteuning kunnen bieden waardoor er preventief heel wat kan gedaan worden.”*

6. Gevoelens van onmacht en frustratie

Wachttijden zorgen niet enkel voor de patiënt voor lijden en onmacht, maar ook voor de zorgverleners. Deelnemers gaven aan het moeilijk te hebben met patiënten in vaak wanhopige toestand af te wijzen en staan als zelfstandige zorgverleners machteloos tegenover de lange wachtlijsten en aanmeldstops bij tweede- en derdelijnsvoorzieningen. Verschillende zorgverleners geven toe dat ze hun eigen draagkracht overschrijden om toch zo veel mogelijk mensen te kunnen helpen.

- *“Naar 8 plaatsen rondbellen voor doorverwijzing en ouders moeten vertellen dat ze nergens naartoe kunnen. Geen aanmeldingen mogelijk, wachttijden van meer dan een jaar. Wat je hiermee creëert zijn hulpverleners die uitvallen omdat het uitzichtloos wordt om deel uit te maken van dit systeem.”*
- *“Het voelt zeer frustrerend en bijna machteloos, pijnlijk ook, om mensen met een (dringende) hulpvraag te laten wachten.”*
- *“Het is ook drukkend te weten dat doorverwijzen voor diagnostiek of extra ondersteuning ook op wachttijden stoot en mensen zo langer in de kou blijven. Verder voel ik persoonlijk ook de druk om over eigen grenzen te gaan om toch maar geen wachtlijst te hebben en toch nog een intake in te plannen...”*

7. Invloeden van het coronavirus

Uiteraard werd ook de impact van het coronavirus regelmatig vermeld. Verschillende deelnemers vinden dat de maatregelen onvoldoende rekening houden met het mentale welzijn. Opvallend veel deelnemers geven aan dat de hulpvragen gestegen zijn in ernst en merken een toename in heraanmeldingen van ex-patiënten, vaak omwille van een crisis. Ook jongeren worden regelmatig vermeld als een groep waarbij er een aanzienlijke stijging is.

- *“De algemene aanmeldingen stijgen lichtjes maar de problematieken zijn erger. Ik zie ook veel cliënten terug waarbij de begeleiding maanden geleden werd afgerond.”*
- *“Er zijn op zich niet zoveel meer aanmeldingen voor kinderen en jongeren, wel worden de bestaande problematieken zwaarder door de coronamaatregelen en worden de therapeutische processen bemoeilijkt.”*
- *We krijgen veel aanmeldingen van jongeren. Zij hebben het zo moeilijk met coronamaatregelen waardoor veel van hen zelfmoordgedachten hebben, automutileren,...*

Conclusies en aanbevelingen

In totaal namen 1305 zelfstandige psychologen, psychiaters, orthopedagogen en psychotherapeuten deel aan een bevraging over wachttijden in hun praktijk. De grote meerderheid van de deelnemers was klinisch psycholoog. Er dient rekening gehouden te worden met het lage aantal andere beroepsgroepen (bv. 86 psychiaters). Aan de hand van de bevraging worden de wachttijden in privépraktijken voor het eerst in kaart gebracht. Deelnemers kregen de mogelijkheid om in open velden hun stem te laten horen en deelden hier massaal hun praktijkgebaseerde inzichten. De belangrijkste conclusies zijn de volgende:

Wachttijden en aanmeldstops zijn vaakvoorkomend in privépraktijken

Wachttijsten zijn niet langer enkel een probleem van gesubsidieerde centra. Door de grote nood kampen ook privépraktijken met lange wachttijden en aanmeldstops. Dit is in de eerste plaats het geval voor psychiaters. Meer dan de helft van de deelnemende psychiaters (60.5%) aanvaardt momenteel geen nieuwe patiënten en bij bijna de helft (43.0%) bedraagt de wachttijd minstens een half jaar. Bij psychologen, psychotherapeuten en orthopedagogen is de situatie minder prangend, maar nog steeds zorgwekkend. Hierbij speelt natuurlijk het kostenplaatje een belangrijke rol: voor vele mensen is het volgen van psychotherapie door een privétherapeut niet haalbaar. Bij ongeveer de helft van de psychologen (49.1%), orthopedagogen (51.3%) en psychotherapeuten (58.0%) kan men binnen de maand terecht. Meer dan een derde van de klinisch psychologen (37.7%), iets minder dan een derde (28.2%) van de orthopedagogen en een derde van de psychotherapeuten (33.3%) had een patiëntenstop. Men geeft aan dat door de wachttijsten bij gesubsidieerde zorg ook de complexiteit van de zorgnoden in de privépraktijk toeneemt, met langere trajecten en wachttijden tot gevolg.

De situatie is het ernstigst voor kinderen en jongeren

De problematiek van wachttijden en aanmeldstops is het meest uitgesproken voor kinderen en jongeren. 35.8% van de zorgverleners met doelgroep kinderen en 42.2% met doelgroep jongeren heeft een wachttijd van minder dan een maand, tegenover ongeveer de helft (53.3%) van de zorgverleners met doelgroep volwassenen. Maar liefst 15.3% van de zorgverleners met doelgroep kinderen heeft een wachttijd van langer dan een half jaar. In de

open velden werden tientallen keren het tekort aan kinderpsychiaters en het capaciteitstekort binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie aangehaald.

Het coronavirus heeft voor een toename in het aantal (her)aanmeldingen gezorgd

Ongeveer zeven op tien deelnemers merkte een toename in het aantal aanmeldingen. Bijna vier op tien deelnemers (37.3%) rapporteerde zelfs een 'sterke toename'. Een kleine minderheid (3.8%) merkte een afname en 15.4% merkte geen duidelijk verschil. In de open velden werd door verschillende zorgverleners een hoog aantal heraanmeldingen van reeds gekende patiënten gemeld die terug ten onder gaan door de maatregelen. Ook een toename in de ernst en complexiteit werd regelmatig vermeld.

Er is nood aan:

- Een **aantrekkelijker statuut** voor zelfstandige zorgverleners
- Ruimere **terugbetaling van psychotherapie**, met behoud van autonomie voor de zorgverlener
- Regionale netwerking en **overzichten in actuele beschikbaarheden** van zorgverleners
- **Capaciteitsuitbreiding** binnen gesubsidieerde centra
- **Beperking van administratie** en de vergoeding van noodzakelijke administratietijd
- Het prioritair subsidiëren en uitbreiden van **kinderen- en jongerenpsychiatrie**
- Een duidelijke **sociale kaart en informatie** voor cliënten en patiënten

Contact:

Prof. dr. Kris Van den Broeck – kris.vandenbroeck@uantwerpen.be

Eva Rens – eva.rens@uantwerpen.be