

HULPAFWIJZEND GEDRAG TEN OPZICHTE VAN DE PSYCHIATER EN PSYCHOLOOG BIJ GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORGEN

[Keywords]

Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

Redactie > Wies Kestens, Luk Bruyneel, Marijke Gielen, Ludo Vandenthoren, Renata
Van Woensel

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, oktober 2021
(ondernemingsnummernummer 411 766 483)

HULPAFWIJZEND GEDRAG TEN OPZICHTE VAN DE PSYCHIATER EN PSYCHOLOOG BIJ GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORGEN

[Keywords]

Inhoudstafel

01	Rationale.....	3
02	Methodologie.....	4
	Studiedesign.....	5
	Studiepopulatie.....	5
	Studievariabelen.....	5
	Statistische analyse.....	6
03	Resultaten.....	6
04	Verklaring voor het hulpafwijzend gedrag ten opzichte van psycholoog en psychiater.....	7
05	Discussie.....	9
	Theoretische omkadering van de resultaten.....	9
	Samenvatting en contextualiseren van de bevindingen.....	10
06	Aanbevelingen.....	13
07	Studiebeperkingen en bedenkingen.....	14
08	Referenties.....	15

01

RATIONALE

Reeds voor de coronacrisis hadden heel wat Belgen te kampen met mentale problemen: in 2018 had 1 op de 3 personen in de gezondheidsenquête last van psychisch onwelbevinden, 29% voelde zich voortdurend onder druk staan, 23% kampte met slaaptekort door zorgen, 20% voelde zich ongelukkig en depressief en 11% leed aan een angststoornis [1]. De indirecte en directe kosten van mentale problemen lopen in België dan ook op tot 5,1% van het BBP, ruim boven het EU-27 gemiddelde van 3,6% [2]. De vele enquêtes in de voorbije maanden suggereren dat de coronacrisis de situatie alleen maar verergert: meer mensen melden een lage levenstevredenheid, angststoornissen en depressie komen in toenemende mate voor en ook het aantal zelfmoordpogingen is gestegen [3].

Mentale problemen kunnen behandeld en mogelijk voorkomen worden [4]. Er is echter wereldwijd sprake van een behandelingskloof (*treatment gap*) doordat vaak niet de gepaste hulp wordt gezocht, gevonden of verkregen [5], [6]. Onderbehandeling draagt bij tot de hoge sociale en economische kosten van mentale problemen, bijvoorbeeld door een hogere graad van absentisme [7]. Vooral in lage-inkomenslanden is deze kloof aanzienlijk, maar ook hoge-inkomenslanden worden ermee geconfronteerd: 67% van de personen met nood aan mentale zorgen in OESO-landen, waartoe België behoort, rapporteren onvervulde noden omwille van wachtlijsten, kosten of transportproblemen [2]. Eerder onderzoek in Vlaanderen toonde reeds aan dat 9 op de 10 personen met psychische problemen ooit in hun leven professionele hulp zoeken. Daarentegen bleek ook dat slechts ongeveer een derde van de personen met een psychische stoornis het afgelopen jaar professionele hulp zocht. De onderzoekers concludeerden dat mensen uiteindelijk wel zorg krijgen, maar dat er heel wat tijd overheen gaat voordat dit gebeurt [8]. De gezondheidsenquête toont dat personen met een depressie in België wel degelijk hulp zoeken: 80,9% heeft hiervoor een arts of andere gezondheidswerker geraadpleegd, 67,1% gebruikte hiervoor geneesmiddelen en 42,7% raadpleegde een psychotherapeut [1].

Vanwaar deze onderbehandeling? In de literatuur worden meerdere barrières tot het zoeken, vinden of verkrijgen van gepaste mentale zorgen vermeld, zoals een onvoldoende of ongepast aanbod, lange wachtlijsten, hoge financiële kosten, stigma's, gezondheidsgeletterdheid, vertrouwen in het systeem en de zorgverleners, culturele opvattingen en discriminatie [4], [6], [8]–[11]. Deze barrières zijn meer of minder relevant in bepaalde contexten en voor bepaalde bevolkingsgroepen, en bieden de nodige theoretische kapstokken om de onderbehandeling van mentale problemen te begrijpen.

In 2018 werd in België een akkoord gesloten tussen de ziekenfondsen, de overheid en de zorgverstrekkers waarbij bepaalde barrières tot het zoeken van psychologische hulp bij volwassenen (en kinderen) aangepakt werden [12]. Zo werd er een budget voor geconventioneerde psychologische hulp vrijgemaakt, werd de financiële toegankelijkheid van psychologische hulp verhoogd door een maximaal remgeld van 11 euro per consultatie vast te leggen bij geconventioneerde zorgverstrekkers en werden er een procedure en voorwaarden vastgelegd tot het bekomen van terugbetaling van

begeleiding door een psycholoog. De voorwaarden betroffen een verwijfsbrief door de behandelende arts en het lijden aan, onder andere, matig-ernstige angstproblemen, depressieve problemen, externaliserende problemen of sociale problemen. Omwille van een reeks struikelblokken, waaronder de lage vergoeding voor geconventioneerde psychologen, werd slechts in beperkte mate gebruik gemaakt van deze nieuwe conventie en schreef slechts een zeer beperkt aantal klinisch psychologen zich in. Ondertussen is er een nieuwe overeenkomst tussen het RIZIV en de 32 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, met als hoofddoel de behoeften van de patiënten preventief te identificeren en een gepaste behandeling te verstrekken via toegankelijke eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde psychologische zorg [13], [14]. Hierin worden een aantal pijnpunten uit het vorig akkoord aangepakt: de verplichte verwijfsbrief verdwijnt, het budget en tevens de vergoeding voor de zorgverlener gaan omhoog, de wachtlijsten worden aangepakt en een patiënt moet niet meer lijden aan één van bovenvermelde problemen om aanspraak te kunnen maken op terugbetaling. Wel is er nog altijd een rem op het maximaal aantal terugbetaalde sessies en zal er binnen het project voorrang gegeven worden aan personen die lijden onder de coronacrisis [15].

Begin 2020 peilden de Onafhankelijke Ziekenfondsen naar het gebruik en niet-gebruik van terugbetaalde gezondheidszorgen bij hun leden. Het doel hiervan was om individuele factoren ter verklaring van het niet-gebruik van gezondheidszorg beter te kunnen inschatten. De respondenten werden ook gepolst naar hun hulpzoekend en hulpafwijzend gedrag ten opzichte van bepaalde zorgverstrekkers, waaronder psychologen en psychiaters. In wat volgt gaan we dieper in op het hulpafwijzend gedrag ten opzichte van de psycholoog en psychiater. We beschrijven in welke mate dit verschilt van hulpafwijzend gedrag ten opzichte van andere zorgverleners. Vervolgens gaan we na welke individuele kenmerken en gezondheidszorggedragingen aan de basis liggen van dit hulpafwijzend gedrag.

Het betreffende onderzoek naar gebruik en niet-gebruik van gezondheidszorg toont aan dat personen die geen enkele vorm van terugbetaalde gezondheidszorg gebruikten, een zeer specifieke subgroep van de populatie zijn (“niet-gebruikers”). In de huidige analyse spitsen we ons toe op respondenten die gebruik maken van gezondheidszorg, maar specifiek hulpafwijzend gedrag vertonen aangaande psychologische en psychiatrische zorgverlening.

02

METHODOLOGIE

Voor een uitgebreidere bespreking van de methodologie die gebruikt werd voor het opstellen van de vragenlijst en het bepalen van de studiepopulatie verwijzen we naar het studierapport van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021). Hier geven we een korte samenvatting van de elementen die relevant zijn voor deze analyse en gaan we dieper in op de statistische analyse die werd uitgevoerd.

Studiedesign

Het betreft een prospectieve cross-sectionele observationele studie. Gebruikers en niet-gebruikers van gezondheidszorgen werden geïdentificeerd op basis van administratieve gegevens en vervolgens uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen .

Studiepopulatie

Op basis van terugbetalingsgegevens van alle leden (n=2 284 897) van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het verstrekingsjaar 2020 werden gebruikers en niet-gebruikers geïdentificeerd. Op beide groepen pasten we volgende exclusiecriteria toe: jonger dan 18 jaar of ouder dan 80 jaar, geen titularis, geen emailadres, woonachtig in het buitenland, chronisch ziek, hospitalisatie, dubbel voorkomend emailadres. Hierna bleven 64 547 niet-gebruikers en 630 772 gebruikers over. Om een gebalanceerde groep gebruikers en niet-gebruikers van telkens 64 547 personen te verkrijgen werd op de groep gebruikers randomisatie toegepast. Vervolgens werden alle geïdentificeerde gebruikers (n=64 547) en at random geselecteerde niet-gebruikers (n=64 547) uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Na een eerste opkuisen van de gegevens werden 6443 vragenlijsten weerhouden voor analyse. (Niet-)gebruikers van gezondheidszorg werden vervolgens geïdentificeerd aan de hand van het antwoord op de vraag of men in de voorbije 12 maanden een consultatie had bij een zorgverlener (huisarts, arts-specialist, psychiater, psycholoog, tandarts, kinesitherapeut, alternatieve therapeut, gynaecoloog, of een andere zorgverlener). Na exclusie van de niet-gebruikers die zorg hadden uitgesteld specifiek omwille van covid-19 werden 5354 (88.2%) gebruikers en 717 (11.8%) niet-gebruikers weerhouden. De focus in deze analyse ligt op de 5354 respondenten die wel degelijk hun weg vonden naar een zorgverlener.

Studievariabelen

Hulpafwijzend gedrag: We bevroegen de frequentie waarmee men een afspraak maakt met een huisarts, art-specialist, psychiater, psycholoog, tandarts, kinesitherapeut, alternatieve therapeut of gynaecoloog aan de hand van de vraag *'Hoe geregeld maakt u een afspraak met de volgende zorgverleners?'*, met mogelijke antwoordcategorieën *'Meerdere keren per jaar'*, *'1 keer per jaar'*, *'1 keer om de 2 jaar'*, *'Minder dan 1 keer om de 2 jaar'*, *'Enkel als ik een probleem heb'*, *'Zelfs niet als ik een probleem heb'*.

Verklarende variabelen voor het (niet)-gebruik van gezondheidszorgen : Aan de hand van het gedragsmodel van Andersen (2014) omtrent het gebruik van gezondheidsdiensten werden via de vragenlijst een reeks individuele kenmerken en gezondheidszorggedragingen gemeten [16]. Individuele predisponerende kenmerken betreffen demografische kenmerken (de respondenten werden gevraagd naar 'geslacht', 'leeftijd'), sociale factoren ('werkstatuut', 'woonsituatie') en gezondheidsopvattingen ('informatie is makkelijk te vinden en te begrijpen', 'moeite om uitleg van zorgverleners te begrijpen', 'bang omwille van onderzoeken die gebeuren', 'bang omwille van mogelijke resultaten', 'bang omwille van coronacrisis'). Om individuele faciliterende kenmerken in beeld te brengen, werden financiële aspecten ('gezinsinkomen', 'raadpleging of zorg uitstellen omwille van financiële redenen') gemeten, alsook organisatorische kenmerken ('perceptie omtrent wachtlijsten voor zorgverlening', 'weten bij welke zorgverlener men

terecht kan'). Gepercipieerde en geëvalueerde noden omvatten respectievelijk de 'zelfgepercipieerde fysieke en mentale gezondheid', en of 'men het nodig acht een zorgverlener te raadplegen', en de 'aanwezigheid van een chronische ziekte'. Gezondheidsgedragingen, tot slot, hebben betrekking op levensstijl ('alcoholconsumptie', 'roken', 'sporten' en het 'nuttigen van gezonde voeding'), 'weten hoe men zichzelf moet verzorgen indien men ziek is', of 'men eerst informatie opzoekt alvorens een zorgverlener te raadplegen', of 'men liever wacht tot men zich beter voelt', of 'men alternatieve behandelingswijzen verkiest', en of 'men geen tijd heeft voor een afspraak, onderzoek of behandeling'.

Statistische analyse

Vooreerst beschrijven we het hulpafwijzend gedrag van de respondenten aangaande de psycholoog en psychiater, en in welke mate dit verschilt van hulpafwijzend gedrag ten opzichte van andere zorgverleners.

Ten tweede gaan we na welke individuele kenmerken en gezondheidszorggedragingen aan de basis liggen van dit hulpafwijzend gedrag. We groeperen de respondenten die zowel hulpafwijzend gedrag aangaande de psycholoog de psychiater vertonen, m.a.w. respondenten die voor beide zorgverleners '*zelfs niet als ik een probleem heb*' antwoordden op de vraag naar de frequentie van afspraken. Associaties met individuele kenmerken en gezondheidszorggedragingen worden vervolgens getoetst via een stapsgewijze meervoudige logistische regressie. De variabelen worden eerst meervoudig getoetst binnen hun component van het model van Andersen (bv. geslacht en leeftijd als individuele predisponerende kenmerken). Nadien worden alle overblijvende variabelen uit de verschillende componenten opnieuw meervoudig getest. De resultaten hiervan worden weergegeven als kansverhoudingen (odds ratios of OR) en hun betrouwbaarheidsintervallen (BI). Enkel de resultaten voor de variabelen die statistisch significant zijn worden weergegeven in de resultaten met betrekking tot de meervoudige regressieanalyse. Voor het statistisch significantieniveau houden we een drempelwaarde aan van $\alpha=0.05$. Alle analyses werden verricht in SAS 9.4.

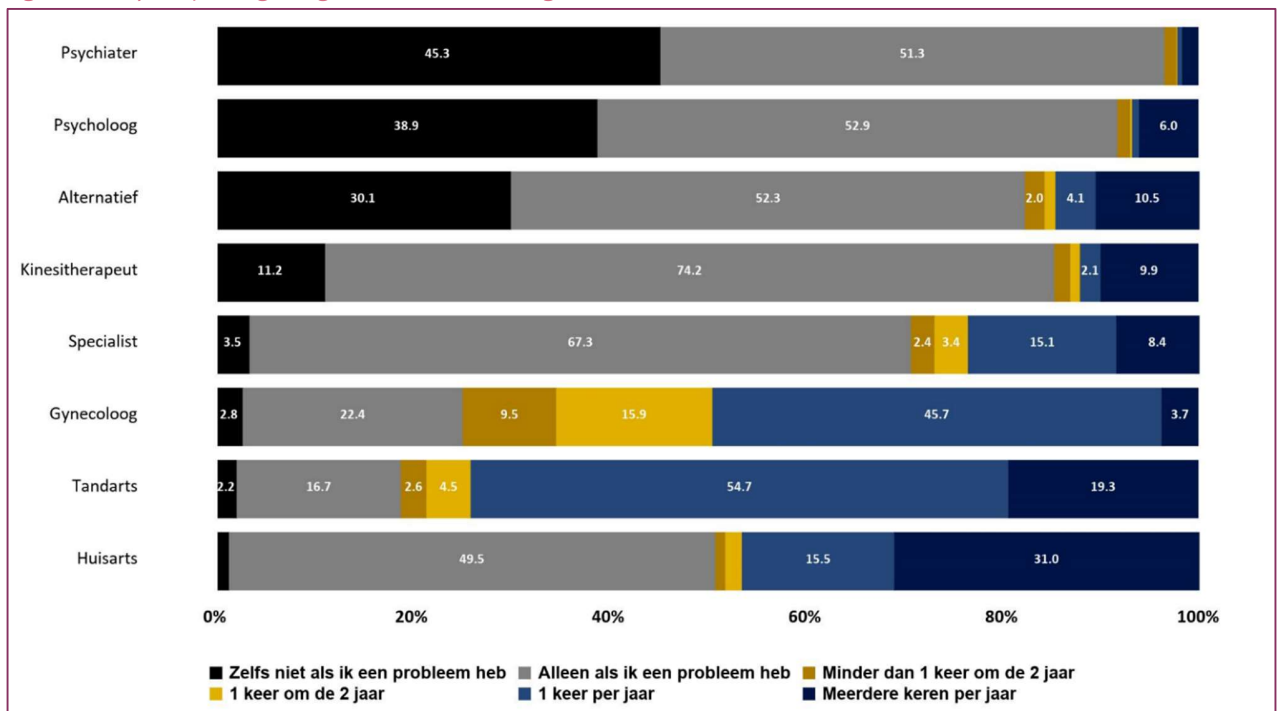
03

RESULTATEN

Figuur 1 toont het hulpafwijzend gedrag van de 5.354 respondenten die gebruik maken van gezondheidszorg. Het hulpafwijzend gedrag ('*zelfs niet als ik een probleem heb*') aangaande de huisarts (1.4%), tandarts (2.2%), gynaecoloog (2.8%), specialist (3.5%) en kinesitherapeut (11.2%) valt in het niets in vergelijking met hulpafwijzend gedrag aangaande de psycholoog (38.9%) en psychiater (45.3%).

Men doet vooral beroep op de tandarts, gynaecoloog en huisarts: ongeveer 5 op de 10 (huisarts) tot 8 op de 10 (tandarts) gebruikers plant geregeld ('*meerdere keren per jaar*', '*1 keer per jaar*', '*1 keer om de 2 jaar*') een afspraak bij deze zorgverleners. Daarentegen plant minder dan 1 op de 10 respondenten geregeld een afspraak bij de psychiater of psycholoog.

Figuur 1: Hulpaflwyzend gedrag ten aanzien van zorgverleners



04

VERKLARING VOOR HET HULPAFLWYZEND GEDRAG TEN OPZICHTE VAN PSYCHOLOOG EN PSYCHIATER

Voor het vervolg van onze analyse bestuderen we het hulpaflwyzend gedrag ten opzichte van zowel de psycholoog als psychiater, hetgeen realiteit is voor ongeveer 1 op de 3 (35.5%) respondenten. Corrigerend voor alle andere variabelen in het model, blijken de variabelen weergegeven in Figuur 2 gerelateerd aan het hulpaflwyzend gedrag ten aanzien van de psycholoog en psychiater. Deze figuur geeft ook voor elk van de variabelen het aandeel van de respondenten dat hulpaflwyzend gedrag vertoont.

Bijna 4 op de 10 mannen (38.4%) vertonen hulpaflwyzend gedrag, ten opzichte van ongeveer 1 op de 3 vrouwen (31.6%). Mannen zijn dus eerder geneigd hulp af te wijzen dan vrouwen (OR 1.27; BI 1.05-1.54).

Met het ouder worden stijgt het hulpaflwyzend gedrag: ongeveer 1 op de 4 van de 18-40-jarigen vertoont hulpaflwyzend gedrag, vergeleken met 1 op de 3 van de 41-64-jarigen (OR 1.49; BI 1.17-1.90), 1 op de 2 van de 65-79-jarigen (OR 3.23; BI 2.42-4.34) en meer dan de helft van de 80+ers (OR 4.16; BI 1.44-12.8).

Personen die aangeven in uitstekende mentale gezondheid te zijn, neigen ook eerder tot hulpaflwyzend gedrag dan personen die stellen een matige tot slechte geestelijke gezondheid te hebben (41.9% vs. 32.4%; OR 1.32; BI 1.01-1.74). In vergelijking met personen die nooit sporten (44.1%), is men minder geneigd hulpaflwyzend gedrag te vertonen

indien men dagelijks of meerdere keren per week sport (35.5%; OR 0.68; BI 0.52-0.90), of 1 keer per week sport (31.2%; OR 0.64; BI 0.47-0.86).

39.9% van de respondenten die bang zijn omwille van de coronacrisis vertonen hulpafwijzend gedrag, tegenover 33.8% van de respondenten die niet bang zijn omwille van de coronacrisis (OR 1.43; BI 1.15-1.77).

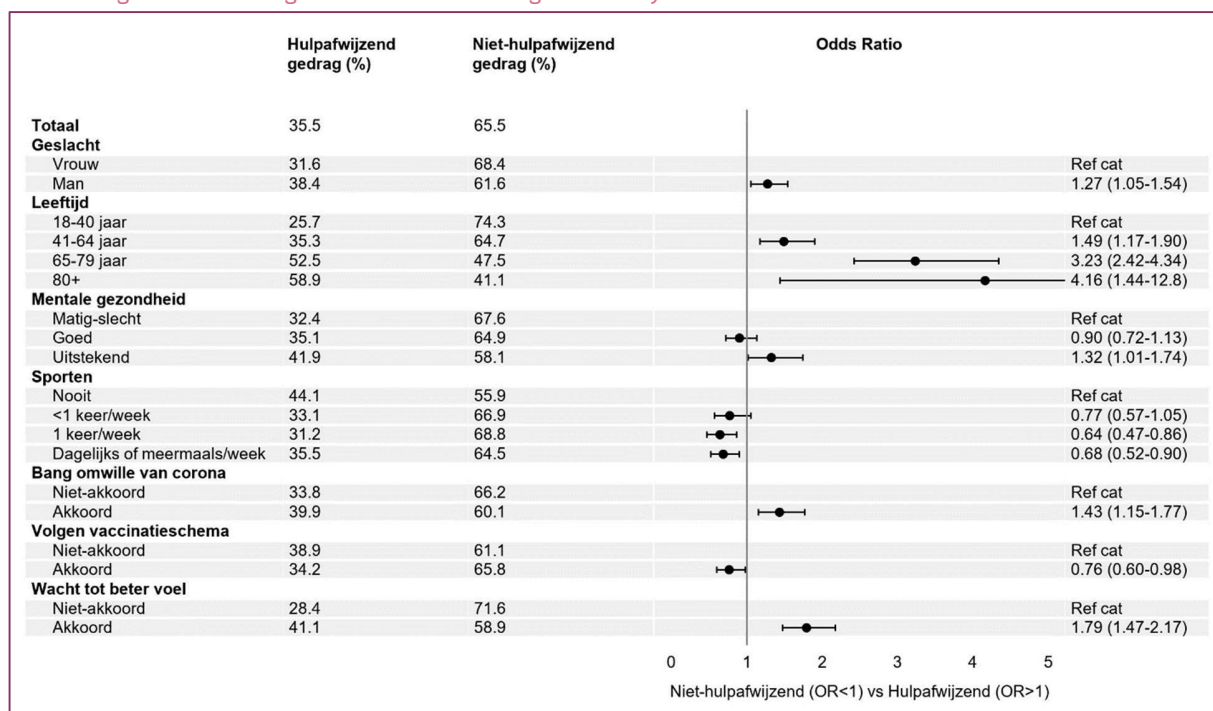
Personen die aangeven het vaccinatieschema te volgen vertonen minder hulpafwijzend gedrag dan personen die het vaccinatieschema niet volgen (38.9% vs. 34.2%; OR 0.78; BI 0.60-0.98).

Personen die aangeven liever te wachten tot men zich beter voelt in plaats van onmiddellijk een afspraak te maken, behoren vaker tot de groep hulpafwijzenden (OR 1.79; BI 1.47-2.17): 4 op de 10 (41.1%) personen die akkoord gaan met deze stelling vertonen hulpafwijzend gedrag, ten opzichte van 3 op de 10 (28.4%) personen die niet akkoord gaan met deze stelling.

Het statistisch model discrimineert niet ontzettend goed tussen personen met of zonder hulpafwijzend gedrag (oppervlakte onder de curve = 0.66 (95% BI 0.64-0.68, $p < 0.0001$)). Dit wijst erop dat er nog een andere elementen zijn ter verklaring van hulpafwijzend gedrag aangaande de psychiater en de psycholoog, die niet in deze studie werden gemeten.

Ten slotte, variabelen die geen rol spelen in dit model zijn en ons dus niet helpen het hulpafwijzend gedrag van de gebruikers van gezondheidszorgen te begrijpen, zijn: werkstatuut, woonsituatie, informatie is makkelijk te vinden en te begrijpen, moeite om uitleg van zorgverleners te begrijpen, bang omwille van onderzoeken die gebeuren, bang omwille van mogelijke resultaten, gezinsinkomen, reeds een raadpleging uitgesteld omwille van financiële redenen, reeds zorg uitgesteld omwille van financiële redenen, lange wachttijd voor de zorgverlener die men wil raadplegen, weten bij welke zorgverlener men terecht kan, zelf-gepercipieerde fysieke gezondheid, zelf-gepercipieerde gezondheid en of het nodig is een zorgverlener te zien, aanwezigheid van een chronische ziekte, alcoholconsumptie, roken, nuttigen gezonde voeding, weten hoe zichzelf te verzorgen indien ziek, eerst informatie zoeken alvorens een zorgverlener te raadplegen, alternatieve behandelingswijzen verkieszen, geen tijd voor een afspraak, onderzoek of behandeling.

Figuur 2: Hulpafwijzend gedrag ten opzichte van psycholoog en psychiater bij gebruikers van gezondheidszorg; resultaten van de regressieanalyse



05

DISCUSSIE

Theoretische omkadering van de resultaten

Het bestuderen van het hulpafwijzend gedrag van gebruikers van gezondheidszorg ten aanzien van de psycholoog en psychiater was niet het primaire onderzoeksdoel van de studie naar het (niet-)gebruik van gezondheidszorgen. De studiev variabelen werden dan ook niet opgesteld in functie van dit doel. Desondanks menen de auteurs dat de studiev variabelen redelijk passen binnen de 6 categorieën van barrières tot het zoeken/krijgen van mentale zorgen die Arundell et al. (2020) opstelden [9]. Deze categorieën worden weergegeven in Tabel 1, met telkens enkele voorbeelden van de specifieke barrières die onder deze categorie vallen (voor de volledige lijst verwijzen we naar de studie zelf), evenals de verdeling van de bevroegde variabelen over deze categorieën en de uiteindelijk weerhouden variabelen.

Het valt meteen op dat niet alle categorieën van barrières even grondig bevroegd werden in ons onderzoek. Vandaar ook dat de oppervlakte onder de curve, duidde op ruimte voor verbetering. Er resten dus vele opportuniteiten voor verder onderzoek. Ook zijn er bepaalde studiev variabelen die moeilijk te classificeren zijn binnen slechts één categorie (bijvoorbeeld 'bang zijn omwille van coronacrisis', 'volgen van het vaccinatieschema'). Andere variabelen zijn dan weer enigszins moeilijk te categoriseren (bijvoorbeeld de variabelen met betrekking tot de levensstijl: 'alcoholgebruik', 'roken', 'gezonde voeding'

en ‘sporten’) en de keuze om ze onder ‘toegang tot zorg’ te plaatsen is dan ook voor discussie vatbaar.

Tabel 1: Door Arundell et al. geïdentificeerde categorieën en voorbeelden van barrières tot mentale gezondheidszorg, en studievariabelen opgenomen in de huidige analyse.

Categorie	Voorbeelden van barrières	Studievariabelen
Bepaalde behandelingsopties en beschikbare diensten	<ul style="list-style-type: none"> Institutionele uitdagingen zoals tijd/lengte van sessie Onervaren of onbehelpzaam personeel Lange wachtlijsten Geen thuiszorg Gebrek aan behandelingsopties Ervaren of reële beschikbaarheid van middelen 	<ul style="list-style-type: none"> Lange wachtlijst voor de zorgverlener die men wil raadplegen Geen tijd voor een afspraak, onderzoek of behandeling
Ervaren of reële discriminatie	<ul style="list-style-type: none"> Verschillende soorten bias Racisme Stigma, schaamte Socio-culturele barrières Waarden 	<ul style="list-style-type: none"> Geslacht
Toegang tot zorg	<ul style="list-style-type: none"> Moeilijkheden om afspraak te maken Transport & fysieke omgeving Ongepaste verwijzingen Geografische bereikbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> Leeftijd Zelf-gepercipieerde fysieke gezondheid Zelf-gepercipieerde mentale gezondheid Zelf-gepercipieerde gezondheid en of het nodig is een zorgverlener te zien Aanwezigheid van een chronische ziekte Geen tijd voor een afspraak, onderzoek of behandeling Sport Alcohol Gezonde voeding Roken
Financiële beperkingen	<ul style="list-style-type: none"> Financiële kost Onvoldoende inkomensondersteuning Betaalbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> Werkstatuut Gezinsinkomen Reeds een raadpleging uitgesteld omwille van financiële redenen Reeds zorg uitgesteld omwille van financiële redenen
Communicatieproblemen	<ul style="list-style-type: none"> Beschikbaarheid van toegankelijke informatie Moeilijkheid zorgverleners te contacteren Taalbarrière Gebrekkige geletterdheid Communicatieproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> Informatie is makkelijk te vinden en te begrijpen Moeite om uitleg van zorgverleners te begrijpen Eerst informatie zoeken alvorens een zorgverlener te raadplegen
Kennis van het beschikbare aanbod	<ul style="list-style-type: none"> Informeel netwerken Gebrek aan kennis over beschikbare diensten 	<ul style="list-style-type: none"> Weten bij welke zorgverlener men terecht kan Weten hoe zichzelf te verzorgen indien ziek Liever wachten tot men zich beter voelt
Vertrouwen in diensten en het systeem	<ul style="list-style-type: none"> Angst/gebrek aan vertrouwen Vertrouwelijkheid Gebrek aan vertrouwen in zorgverleners Bang voor vragen 	<ul style="list-style-type: none"> Bang omwille van onderzoeken die gebeuren Bang omwille van mogelijke resultaten Volgen vaccinatieschema Bang omwille van coronacrisis
Gepastheid van de beschikbare diensten	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan cultureel aanvaardbare diensten Co-morbiditeiten Diensten aangepast aan leeftijd/situatie persoon 	<ul style="list-style-type: none"> Alternatieve behandelingswijzen verkiezen

Samenvatting en contextualiseren van de bevindingen

De huidige gezondheids crisis heeft het mentale welbevinden van de Belgen een stevige knauw gegeven, terwijl mentale problemen reeds voor deze crisis in belangrijke mate aanwezig waren, zoals reeds veelvuldig werd aangetoond in de gezondheidsenquête.

Wereldwijd, ook in hoge-inkomenlanden, is er sprake van een onderbehandeling omdat niet alle personen met matige tot ernstige mentale problemen de weg naar professionele hulp vinden of de gepaste hulp krijgen. In België lijken de meeste mensen uiteindelijk de weg te vinden naar professionele hulp.

België heeft de voorbije jaren stappen gezet in het toegankelijker maken van psychologische hulp, bijvoorbeeld door de financiële toegankelijkheid te verbeteren.

In een eerste onderzoek bestudeerden we reeds het profiel van de niet-gebruikers en gebruikers van gezondheidszorgen (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021). In dit onderzoek leggen we de focus op het hulpafwijzend gedrag ten aanzien van psycholoog én psychiater door gebruikers van gezondheidszorgen: 5354 ingevulde vragenlijsten werden weerhouden voor de analyse.

Vooreerst stelden we vast dat het hulpafwijzend gedrag ten opzichte van de psycholoog of psychiater vele malen hoger ligt dan ten opzichte van andere zorgverleners zoals de huisarts, gynaecoloog, tandarts of arts-specialist: ongeveer 4 op de 10 (35.5%) respondenten vertonen hulpafwijzend gedrag ten opzichte van psycholoog of psychiater, vergeleken met minder dan 1 op de 20 bij huisarts, gynaecoloog, tandarts of arts-specialist. Een enquête uit 2014 bij Vlamingen vond vergelijkbare cijfers: 35% is (eerder) niet geneigd om professionele hulp te zoeken wanneer ze een psychisch probleem zouden hebben [17]. In Duitsland, Ierland en Portugal werd er een lager cijfer genoteerd op basis van dezelfde vragenlijst.

In het vervolg van de studie lag de focus op de vergelijking van het profiel van de personen die hulpafwijzend gedrag ten opzichte van psycholoog en psychiater vertonen en de andere respondenten. We organiseren de resultaten volgens de geïdentificeerde categorieën van barrières door Arundell et al. (2020) [9]. Daarbij stelden we reeds vast dat niet alle barrières bevestigd zijn. Zeker wat betreft de categorieën 'ervaren of reële discriminatie', en 'gepastheid van de beschikbare diensten' biedt de enquête te weinig houvast om hier dieper op in te gaan.

Wat betreft de 'ervaren of reële discriminatie' kunnen we enkel vaststellen dat mannen meer hulpafwijzend gedrag dan vrouwen vertonen. Vergelijkbare resultaten werden bekomen in een enquête uit 2014 bij Vlamingen: vrouwen staan opener dan mannen ten aanzien van professionele hulp en schatten de waarde er hoger van in [17]. Uit een grootschalig kwalitatief onderzoek bij een representatieve steekproef uit de Belgische bevolking, bleken mannen minder gebruik te maken van geestelijke gezondheidszorg [18]. De auteurs zagen sociale normen en negatieve attitudes ten aanzien van het zoeken van hulp door mannen als gedeeltelijke verklaringen hiervoor. Er is ook sprake van een zekere gender bias in de geestelijke gezondheidszorg: mannen worden minder snel gediagnosticeerd (met depressie) en krijgen dan ook minder snel een behandeling [19]. Gekoppeld met het gegeven dat het voor leeftijd gecorrigeerde zelfmoordsterftcijfer in 2017 in België 2,6 keer hoger was voor mannen dan voor vrouwen (al lopen vrouwen wel meer risico een zelfmoordpoging te ondernemen), kunnen we mannen als een specifieke risicogroep identificeren [20]. Andere mogelijke variabelen omtrent ervaren of reële discriminatie zoals gesuggereerd door Arundell et al (2020) (zie Tabel 1) werden niet bevestigd in de enquête, al toonde een Belgische studie in 2008 aan dat bijvoorbeeld het

opleidingsniveau een impact heeft op het hulpzoekend gedrag voor mentale problemen [21]. Verschillende studies identificeren 'stigma' als een belangrijke barrière tot het zoeken of krijgen van hulp binnen verschillende bevolkingsgroepen [4], [10], [11]. Gezien de samenstelling van de Belgische bevolking zou dit ook moeten worden meegenomen in vervolgonderzoek.

Daarnaast stellen we vast dat van een aantal categorieën van barrières geen enkele van de studievariabelen werd opgenomen in het model, met name de categorieën 'financiële beperkingen', 'communicatie-problemen', 'gepastheid van de beschikbare diensten', en 'beperkte behandelingsopties en beschikbare diensten'. Hier moeten we evenzeer nuanceren dat een groot deel van de variabelen die gesuggereerd worden door Arundell et al. (2020) niet bevestigd werden in onze studie. Wel is het opvallend dat noch inkomengerelateerde variabelen ('werkstatus', 'gezinsinkomen', 'reeds zorg uitgesteld omwille van financiële redenen', 'reeds een raadpleging uitgesteld omwille van financiële redenen') noch gezondheidsgeletterdheid-gerelateerde variabelen ('moeite om uitleg van zorgverleners te begrijpen', 'informatie is makkelijk te vinden en te begrijpen') een rol spelen. Zorgprofessionals beschouwen armoede nochtans als een risicofactor voor onvervulde noden voor mentale zorgen in België [6] en uit een enquête bij Vlamingen in 2014 bleek dat respondenten die moeilijk rondkomen met het maandelijks gezinsinkomen de waarde van professionele hulp lager inschatten [17].

De enquête werd enkel via mail uitgestuurd en enkel in het Frans en Nederlands, wat voor een bepaalde selectie-vertekening van de studiepopulatie kan hebben gezorgd (zie ook Studiebeperkingen).

Een groot deel van de bevestigde variabelen kan binnen de categorie 'toegang tot zorg' worden geplaatst. Ter herinnering, de studiepopulatie bestaat uit personen die in de voorbije 12 maanden gezondheidszorg hebben gebruikt, wat getuigt van een zekere mate van toegang tot de algemene gezondheidszorg. Binnen deze categorie spelen leeftijd, zelf-gepercipieerde mentale gezondheid en sporten een belangrijke rol. Met het ouder worden neemt ook het hulpafwijzend gedrag toe. Ouderen zijn minder geneigd gebruik te maken van gezondheidszorgen of een psychiater te contacteren omwille van mentale problemen [21]. Uit de literatuur blijkt dat bij ouderen nog een aantal andere specifieke barrières een rol spelen, zoals co-morbiditeiten, moeilijkheden met transport, mentale gezondheidsgeletterdheid en de fysieke afhankelijkheid van anderen [22], [23]. Een chronische ziekte hebben en de zelf-gepercipieerde fysieke gezondheid spelen echter geen rol in ons model. Gegeven dat het sterftecijfer door zelfmoord toeneemt met de leeftijd, kunnen we ook ouderen als een specifieke risicogroep identificeren [20].

Respondenten met een aangegeven uitstekende mentale gezondheid zijn meer geneigd hulpafwijzend gedrag te vertonen dan respondenten met een aangegeven matige tot slechte mentale gezondheid. We zouden hier kunnen hypothetiseren dat personen met een matige tot slechte mentale gezondheid zich misschien al beter geïnformeerd hebben over de mogelijke psychologische of psychiatrische zorgen waar ze beroep op kunnen doen. Onderzoek in België stelde dat vooral bij een ernstige depressie of angststoornis hulp wordt gezocht, minder bij matige problemen [21]. Toch is het ook opvallend dat bijna 1 op de 3 respondenten met een zelf-gerapporteerde matige of slechte mentale gezondheid hulpafwijzend gedrag ten opzichte van de psycholoog en psychiater

vertonen. Regelmatige sporters zijn minder geneigd hulpafwijzend gedrag te vertonen dan respondenten die nooit sporten.

Wat betreft de categorie 'kennis van het beschikbare aanbod' vroegen we de respondenten onder andere of ze wisten bij welke zorgverlener terecht te kunnen en hoe zichzelf te verzorgen als ze ziek zijn. Deze variabelen werden echter niet weerhouden in het uiteindelijke model. Wel vertoonden respondenten die liever wachten tot ze zich beter voelen meer hulpafwijzend gedrag dan respondenten die niet akkoord gingen met deze stelling. Het lijkt er dus op dat zelfzorg bij deze respondenten niet enkel de fysieke gezondheid maar ook de mentale gezondheid beslaat.

Tot slot, inzake 'vertrouwen in diensten en het systeem' zien we dat 'bang zijn omwille van de coronacrisis' en 'volgen van het vaccinatieschema' geassocieerd zijn aan het hulpafwijzend gedrag. Personen die aangeven het vaccinatieschema te volgen vertonen minder hulpafwijzend gedrag dan personen die het vaccinatieschema niet volgen, net als personen die niet bang zijn omwille van de coronacrisis. Vertrouwen in diensten en het systeem lijkt dus tot minder hulpafwijzend gedrag te leiden.

06

AANBEVELINGEN

In functie van onze bevindingen en op basis van de beschikbare literatuur [9], [19], [21], [24] komen we tot volgende aanbevelingen

- Personen met psychische problemen richting formele hulpverlening leiden is van groot belang. Naast een klassieke consultatie zijn interventies via internet (video) of de telefoon laagdrempelig, flexibel, weinig tijdsintensief en eventueel zelfs anoniem. Zeker voor personen die bang zijn omwille van corona of (oudere) personen die mogelijk beperkt zijn in transportmogelijkheden, kunnen deze een grote meerwaarde vormen.
 - Daarom bevelen we aan het brede publiek meer bekend te maken met dergelijk bestaand aanbod en dit waar mogelijk uit te breiden. De Vlaamse overheid geeft een overzicht van een aantal initiatieven die laagdrempelige hulp voor psychische problemen verzorgen: <https://www.vlaanderen.be/hulp-zoeken-bij-psychische-problemen>.
 - Daarom ondersteunen we volmondig de uitbreiding van het budget voor de professionele begeleiding door psychologen en orthopedagogen.
- Campagnes omtrent het beschikbare aanbod aan psychische zorgverlening kunnen zich specifiek richten op ouderen en mannen. Zorg dient aangepast te zijn aan de behoeftes van specifieke groepen. Zeker tijdens de coronacrisis kan er nood zijn aan aangepaste zorg voor bepaalde risicogroepen, die ook minder sociaal contact hebben dan voorheen.
- Verder inzetten op het destigmatiseren van mentale problemen. Dit kan bijvoorbeeld door personen met mentale problemen zelf aan het woord te laten,

zodat hun andere sociale rollen ook getoond kunnen worden (echtgeno(o)t(e), werknemer, buur,...)

- Er is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts in het oriënteren van personen naar gespecialiseerde hulp, zeker voor personen met laag inkomen en lage opleidingsgraad die moeilijker de weg naar gespecialiseerde hulp vinden.
- Uit publicatie CM: Ook het belang van informele hulp moet blijvend benadrukt worden. Want praten helpt en kan de stap naar professionele hulp stimuleren. Informele en formele hulpverlening zijn complementair en zelfs elkaar versterkend.
- We willen ook het belang van informele benadrukken, zelfs al wordt dit thema niet behandeld in de studie. Deze hulp kan ook drempelverlagend tot het zoeken van professionele hulp werken.

07

STUDIEBEPERKINGEN EN BEDENKINGEN

Bij de interpretatie van de bevindingen moet rekening worden gehouden met onderstaande mogelijke studiebeperkingen:

1. De survey werd enkel elektronisch uitgestuurd. Bepaalde doelgroepen, waarin potentieel een proportioneel grotere groep niet-gebruikers, werden mogelijk moeilijker bereikt via elektronische weg.
2. De vragenlijst werd enkel in het Frans, Nederlands of Duits verstuurd. Deze officiële landstalen beslaan ongeveer 95% van de gesproken talen in België. Het is echter niet ondenkbaar dat zich onder de andere gesproken talen een proportioneel grotere groep niet-gebruikers bevindt, die we op deze manier niet bereiken.
3. De vragenlijst werd uitgestuurd begin 2021 en beslaat wat de identificatie van (niet-) gebruikers betreft het kalenderjaar 2020. Dit werd sterk gekenmerkt door de uitzonderlijke situatie ten gevolge van COVID-19.
4. Er werd de respondenten naar hun zorggebruik in de voorbije 12 maanden gevraagd. Herinneringsvertekening kan in deze aanwezig zijn.
5. Binnen elke categorie van barrières ten aanzien van mentale zorgen zoals geïdentificeerd door Arundell et al. (2020) wordt een grote hoeveelheid aan variabelen vermeld, waar we er slechts enkelen van bevroegen.

- [1] L. Gisle, S. Drieskens, S. Demarest, and J. Van der Heyden, "Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018," Brussel, België, 2018.
- [2] OECD, "New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health," 2021.
- [3] "Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten,,". Brussel, België; Depot nummer/2021/14.440/29. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/r4f5-1365>
- [4] N. Schnyder, R. Panczak, N. Groth, and F. Schultze-Lutter, "Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis," *Br. J. Psychiatry*, vol. 210, no. 4, pp. 261–268, 2017.
- [5] R. Kohn, S. Saxena, I. Levav, and B. Saraceno, "The treatment gap in mental health care," *Bull. World Health Organ.*, vol. 82, no. 11, pp. 858–866, 2004.
- [6] E. Rens, G. Dom, R. Remmen, J. Michielsens, and K. Van Den Broeck, "Unmet mental health needs in the general population: Perspectives of Belgian health and social care professionals," *Int. J. Equity Health*, vol. 19, no. 1, pp. 1–10, 2020.
- [7] E. Hewlett and V. Moran, *Making Mental Health Count*. 2014.
- [8] E. Meys, K. Hermans, and C. Van Audenhove, "Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting: Rapport KBS-project," 2014.
- [9] L. L. Arundell *et al.*, "Advancing mental health equality: A mapping review of interventions, economic evaluations and barriers and facilitators," *Syst. Rev.*, vol. 9, no. 1, pp. 1–21, 2020.
- [10] S. Clement *et al.*, "What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies," *Psychol. Med.*, vol. 45, no. 1, pp. 11–27, 2015.
- [11] L. Lynch, M. Long, and A. Moorhead, "Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions," *Am. J. Mens. Health*, vol. 12, no. 1, pp. 138–149, 2018.
- [12] RIZIV-INAMI, "Eerstelijns psychologische sessies bij een klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog." [Online]. Available: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezoorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/eerstelijns-psychologische-sessie-klinisch-psycholoog-klinisch-orthopedagoog.aspx>.
- [13] Onafhankelijke Ziekenfondsen, "Makkelijker toegang tot psychologische zorg," 2021. [Online]. Available: <https://www.mloz.be/nl/content/makkelijker-toegang-tot-psychologische-zorg>.
- [14] RIZIV-INAMI, "Start van een toegankelijker psychologisch zorgmodel met geleidelijke uitrol in het hele land," 2021. [Online]. Available: https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/versterkt-psychologisch-zorgaanbod-voor-iedereen-september.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_campaign=FR20210727.
- [15] VRT News, "Voor 11 euro naar de psycholoog, maar hoe werkt dat in de praktijk? 'Het is nog niet voor iedereen.'"
- [16] R. Andersen and P. Davidson, "Improving access to care in America: Individual and contextual indicators," *Chang. US Heal. Care Syst. Key Issues Heal. Serv. Policy Manag.*, vol. 2007, Jan. 2014.
- [17] E. Coppens, B. Vermeulen, I. Neyens, and C. Van Audenhove, "Stigmatisering t.o.v. psychische problemen: Ervaringen en attitudes in Vlaanderen," 2014.
- [18] E. Pattyn, M. Verhaeghe, and P. Bracke, "The gender gap in mental health service use," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 50, no. 7, pp. 1089–1095, 2015.
- [19] E. Pattyn, "Holding up a sociological mirror to the mental health treatment gap," 2014.
- [20] Statbel, "Doodsoorzaken," 2017. [Online]. Available: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken>.
- [21] A. Gouwy, W. Christiaens, and P. Bracke, "Mental health services use in the general Belgian population: Estimating the impact of mental health and social determinants," *Arch. Public Heal.*, vol. 66, no. 2, pp. 50–68, 2008.
- [22] R. Lavingia, K. Jones, and A. A. Asghar-Ali, "A Systematic Review of Barriers Faced by Older Adults in Seeking and Accessing Mental Health Care.," *J. Psychiatr. Pract.*, vol. 26, no. 5, pp. 367–382, Sep. 2020.
- [23] S. E. Piper, P. E. Bailey, L. T. Lam, and I. I. Kneebone, "Predictors of mental health literacy in older people," *Arch. Gerontol. Geriatr.*, vol. 79, pp. 52–56, 2018.
- [24] Z. Xu *et al.*, "Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: Systematic review and meta-analysis," *Psychol. Med.*, vol. 48, no. 16, pp. 2658–2667, 2018.



Lenniksebaan 788A - 1070 Anderlecht

T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, oktober 2021
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen :

