

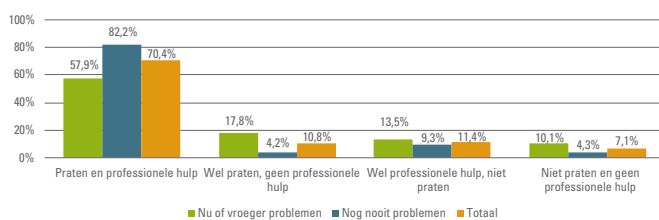
Gezondheidsenquête

CM verdedigt dat de ziekenfondsen een meervoudige rol hebben om iedereen te begeleiden en te ondersteunen bij een gezond leven. Gezondheid is immers iets waaraan permanent moet worden gewerkt en geen toestand waarin men zich bevindt en die daarna verloren gaat.

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden vormen een krachtige tussenschakel tussen de determinanten en de resultaten op het vlak van gezondheid. Ze spelen een cruciale rol bij een ongelijke verdeling van de kansen inzake gezondheid.

Figuur 4: Praten en/of professionele hulp voor psychische problemen



Geestelijke gezondheid

Ook CM-leden ondervinden drempels om de stap naar informele of formele hulp te zetten. Dit kan ertoe leiden dat niet alleen de mentale gezondheid maar ook de levenskwaliteit verder achteruit gaan.

Ouderenzorg

De studie van CM toont dat het verbruik van antipsychotica en antidepressiva in de woonzorgcentra hoog blijft.

Tabel 1: % CM-leden in woonzorgcentra die antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD) - Gegevens CM 2018

Type woonzorgcentrum	Antidepressiva	Antipsychotica	N
	%	%	
RVT	41,28%	21,59%	45.713
ROB	35,72%	14,64%	38.553
Totaal	38,74%	18,41%	84.266

Geestelijke gezondheid

Hoewel CM-leden over het algemeen geen uitgesproken negatieve houding lijken te hebben tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid en tegenover psychische hulpverlening, wijzen een aantal resultaten er toch op dat ook bij hen een aantal vooroordelen leven en dat ook zij in bepaalde situaties meer afstand wensen. Ook bij CM-leden zien we dus sporen van stigma.



We weten nu dat gezondheidszorg slechts 20% van de beïnvloedende factoren voor leven in goede gezondheid vertegenwoordigt. Die vaststelling verplicht ons dus om ons beeld van gezondheid permanent bij te stellen. In dit nummer stellen we u voor om te verkennen hoe onze begripswijze van gezondheid een impact heeft op hoe wij een leven in overeenstemming met onze verwachtingen kunnen leiden.

De studie over de gezondheid van de Belgen van Sciensano bevat een schat aan informatie. De studie gaat immers over de verschillende gezondheidsdeterminanten. De vaststellingen betreffen niet enkel de toegenomen risicofactoren inzake chronische aandoeningen of comorbiditeit (sedentair gedrag, diabetes, zwaarlijvigheid) bij de Belgische bevolking, maar ook de verschillen tussen de gepercipieerde en reële gezondheidstoestand. Een verkeerd beeld kan immers een risico vergroten terwijl een snellere reactie op lange termijn positieve effecten zou kunnen hebben. In ons artikel hebben wij geen recensie van de studie willen maken maar wel een analyse vanuit onze visie als gezondheidsfonds. Wij verdedigen dat de ziekenfondsen een meervoudige rol hebben om iedereen te begeleiden en ondersteunen bij een gezond leven. Onze vaststelling is dat gezondheid iets is waaraan permanent moet worden gewerkt en geen toestand waarin men zich bevindt en die daarna verloren gaat. Het is een voorwaarde om een leven te leiden volgens de eigen wensen, noden en waarden. Het is geen doel op zich. Deze benadering vereist dus een actieplan op verschillende niveaus: ontwikkelen van acties, kennis, van instrumenten voor het individu in combinatie met collectieve opbouw van politieke eisen voor een betere regelgeving die zelfontplooiing en zelfverwezenlijking van elk individu mogelijk maakt.

Een verkeerde voorstelling van de eigen gezondheidstoestand kan dus leiden tot onaangepast gedrag en dit geldt ook voor de collectieve voorstelling van bepaalde gezondheidsproblemen. De onwetendheid over geestelijke gezondheidszorg en het zwart-wit denken (normaal/abnormaal) in de collectieve verbeelding zijn nog steeds groot. Deze stereotypen en taboes zijn merkbaar in zowel het beeld over de eigen geestelijke gezondheid als in de norm die wij bij anderen projecteren. In dit domein zijn nuances essentieel. Wij analyseren dit thema in twee artikels: het eerste gaat over het beeld dat wij ontwikkelen over onze noden aan begeleiding en zorg voor onze geestelijke gezondheid en het tweede artikel gaat over de mogelijke stereotypen over psychische aandoeningen. In geval van psychische problemen leidt een verkeerde evaluatie van onze toestand vaak tot een onvoldoende of onaangepaste reactie en een verergering van het probleem met gevolgen in alle domeinen van het

leven (slaapstoornissen, isolement, arbeidsongeschiktheid, fysieke problemen). Om de drempels die personen beletten om passende hulp te zoeken, weg te nemen, dient te worden gewerkt aan de afbouw van de vooroordelen over geestelijke gezondheid, maar ook aan het versterken van de toegang tot zorg voor alle bevolkingsgroepen. Ons artikel toont inderdaad dat de toegang tot psychologische zorg sterk verschilt naar gelang van de kwetsbaarheid van de bevolking. Geestelijke gezondheidszorg wordt nog sterk gezien als niet-essentieel of niet-prioritair in een volksgezondheidsbeleid.

Ons tweede artikel over dit thema gaat over de keerzijde van die vaststelling: hoe wij de psychische aandoening bij anderen percipiëren. Ook daar veroorzaakt een onaangepaste voorstelling stigmatisering, uitsluiting en versterking van het oorspronkelijk probleem. Wij confronteerden onze leden met 'vignettes' die een beeld gaven van de symptomen van verschillende psychologische stoornissen (depressie en psychose) en hebben hen gevraagd hoe zij personen die hieraan lijden, zagen. De resultaten tonen dat vandaag nog groot wantrouwen heerst ten aanzien van personen met psychische aandoeningen. Dat wantrouwen wordt sterk beïnvloed door een gebrek aan kennis over deze aandoeningen. Deze collectieve voorstellingen hebben een reële invloed op de toegang tot geestelijke gezondheidszorg, maar ook op de integratie van deze personen in het sociale leven. Stigmatisering heeft een dubbel nadelig effect met internalisering (weerstand tegen het vragen van hulp) en externalisering (zich niet laten verzorgen leidt tot een vervormde visie op de reële noden van de bevolking en een onvoldoende aanbod).

Geestelijke gezondheid en het beheer ervan staan ook centraal in ons artikel over het gebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra. Onze studie, die een actualisering is van cijfers die we al in 2018 analyseerden, toont dat het verbruik van deze twee klassen geneesmiddelen in de woonzorgcentra hoog blijft. Wanneer wij de resultaten vergelijken met een identieke populatie die thuis wordt verzorgd, merken wij een veel hoger verbruik bij woonzorgcentrumbewoners. Het verbruik stijgt ook na de opname in een voorziening. De analyse toont ook grote verschillen tussen de verschillende woonzorgcentra. Deze resultaten doen denken dat het verbruik van deze geneesmiddelenbehandelingen in woonzorgcentra onaangepast is. Ook hier pleiten wij voor een veel holistischer beheer van geestelijke gezondheid op het einde van het leven door een veralgemening van de normen voor zorgkwaliteit, ontwikkeling van preventie maar ook door de familie bij de zorg voor de patiënt te betrekken.

Ten slotte gaat ons laatste artikel in op het onderzoek over gezondheidsvaardigheden. Ons artikel wil zowel informatief als kritisch zijn: aangezien gezondheidsvaardigheden individuen in staat stellen om passend te handelen voor hun gezondheid, is het een krachtig instrument om in te werken op de gezondheidsdeterminanten maar ook op gezondheidsongelijkheden. De efficiëntie hiervan hangt af van zowel de inhoudelijke kwaliteit van de te vulgariseren kennis als van de methode waarmee deze inhoud wordt doorgegeven of waarmee hieraan samen met de begunstigde wordt gebouwd. Een efficiënt preventiebeleid is een beleid dat door iedereen gevolgd wordt. De huidige gezondheids crisis zonder voorgaande herinnert daaraan voortdurend: de efficiëntie van een preventief gezondheidsbeleid is veel meer gekoppeld aan de mate waarin de individuen dit steunen dan aan de goede beslissing die genomen wordt. Deze participatieve dimensie is de slaagvoorwaarde voor 'gezondheid in elk

beleid'. Bij onze aanpak van gezondheidsvaardigheden mogen wij dus niet enkel zuiver universeel en verticaal werken. Als gezondheidsfonds willen wij geen afstandelijke operator zijn die adviseert zonder de leefwereld te kennen van de bevolkingsgroepen die wij begeleiden. Wij willen bijzondere oplossingen die echt beantwoorden aan de noden en verwachtingen van de individuen en groepen, zelfs de meest kwetsbare. Wij bevelen aan om af te stappen van een algemeen ideaalbeeld van gezondheid en pleiten ervoor dat het individu en de gemeenschap het middelpunt van het beslissingsproces over gezondheid zouden vormen. De uitdaging inzake gezondheidsvaardigheden bestaat erin het individu en de bredere samenleving beter te wapenen om zelfstandig keuzes omtrent gezondheid te maken en samen te beslissen aan een samenleving te bouwen waar gezondheid voor iedereen toegankelijk is en bijdraagt tot gelijkheid en persoonlijke verwezenlijking.

Elise Derroitte
Directrice Studiedienst

Gezondheidsenquête 2018 - De brug slaan tussen cijfers en praktijk: zullen we samen aan de slag gaan?

Kristien Van der Elst, Sigrid Vancorenland, Astrid Luypaert (Studiedienst)

Samenvatting

In 2018 werden 11.611 inwoners van België bevraagd over hun gezondheid in de nationale Gezondheidsenquête. Drie kwart (77%) van de Belgische bevolking schat zijn gezondheidstoestand goed in. Dit is een stabiel gegeven sinds de eerste gezondheidsenquête in 1997. Een hogere leeftijd en een lagere opleiding gaan hand in hand met een slechtere zelf gerapporteerde gezondheidstoestand. Het aandeel van personen met chronische aandoeningen (29%) en multimorbiditeit (15%) daarentegen stijgt wel over de tijd heen. En ook de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit gaat erop achteruit. Een meerderheid van de 65-plussers (60%) heeft een risico op kwetsbaarheid of is kwetsbaar en aldus minder weerbaar tegen problemen waarmee ze geconfronteerd worden. Preventie bij deze risicogroepen is belangrijk om toekomstige chronische aandoeningen en multimorbiditeit tegen te gaan.

Nieuw in 2018 is een nationaal gezondheidsonderzoek, waar bij 1.184 personen objectieve metingen over de gezondheid verzameld werden. De vergelijking tussen deze objectieve metingen met de zelf gerapporteerde gegevens uit de gezondheidsenquête tonen aan dat één op vijf een te hoge bloeddruk heeft en één op twee een te hoog cholesterol gehalte hebben zonder dit zelf te beseffen. Dit zijn nochtans belangrijke risicofactoren voor de ontwikkeling van hart-en vaatziekten en diabetes.

Op vlak van levensstijl, een bepalende factor voor gezondheid, is de evolutie niet zo gunstig. Het probleem van overgewicht neemt toe en treft al de helft van de Belgische bevolking. Door onze manier van leven bewegen we te weinig en zitten we teveel neer. Hoewel het aantal rokers nog steeds daalt, zitten problematisch alcoholgebruik en drugsgebruik wel in stijgende lijn.

Er wordt goed gescreend op cardiovasculaire risicofactoren en diabetes. Op vlak van andere screeningsprogramma's is er nog ruimte voor verbetering, met een bijzondere aandacht voor de lager opgeleiden. Eén op drie Belgen beschikt over onvoldoende gezondheidsvaardigheden en is dus niet in staat informatie over gezondheid op te zoeken, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Net de groepen die hier het meest nood aan hebben – oudere personen, lager opgeleiden en personen met een slechtere gezondheidstoestand – scoren het laagst op gezondheidsvaardigheden.

De gezondheidsenquête 2018 heeft weer een schat aan waardevolle informatie opgeleverd over de gezondheid van de Belg. Aan ons als gezondheidsfonds om hiermee aan de slag te gaan. De uitdagingen zijn divers. Het gaat zowel om betrouwbare informatie aanbieden als om op een collectieve en individuele manier levensomstandigheden die de gezondheid schaden om te buigen. Nog meer bewustmaking rond bepaalde risicofactoren als hoge bloeddruk en hoge cholesterol. Mensen begeleiden om tot een betere levenskwaliteit te komen. Maar het gaat ook om gezondheid in een breder kader te plaatsen en door 'health in all policies' toe te passen. Want werken aan gezondheid is ook een verhaal van een waardig inkomen, een degelijke huisvesting, En steeds voor ogen houden dat niet iedereen zijn behoeften en noden hetzelfde zijn en er naast een collectieve, ook een individuele aanpak nodig is.

Sleutelwoorden: *Gezondheidsenquête, nationaal gezondheidsonderzoek, gezondheidsfonds, chronische aandoeningen, kwetsbaarheid, levensstijl, screening, gezondheidsvaardigheden, levenskwaliteit*

1. De gezondheidsenquête: doelstelling, methodologie en link met gezondheidsfonds

In 2018 werd voor de 6^{de} keer de gezondheidsenquête georganiseerd. Eerdere edities van de gezondheidsenquête vonden plaats in 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013. De opdrachtgevers van deze nationale enquête zijn de ministers bevoegd voor volksgezondheid op federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau. Sciensano, het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, stond opnieuw in voor de organisatie en Statbel voerde het veldwerk uit. In totaal werden tussen 8 januari en 31 december 2018 11.611 personen aan huis bevroegd: 4.296 personen in het Vlaams Gewest, 3.099 personen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 3.288 in het Waals Gewest en 928 in de Duitstalige gemeenschap.

Nieuw is de organisatie van een nationaal gezondheidsonderzoek in 2018 en 2019 bij 1.184 personen die deelnamen aan de gezondheidsenquête 2018. Hierdoor werden voor het eerst ook objectieve metingen over gezondheidsproblemen verzameld: het meten van de bloeddruk, bepaling van het gewicht, de lengte en de buikomtrek en het bepalen van cholesterol en suiker in het bloed (figuur 1). Dankzij de combinatie van de zelf-gerapporteerde informatie en de objectieve metingen kan voor het eerst worden nagegaan in welke mate de bevolking er zich bewust van is dat ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben.

Deze grootschalige nationale enquête levert een brede waai-er aan gezondheidsinformatie op vanuit het standpunt van de personen zelf. We krijgen ook waardevolle inzichten in het gebruik en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de socio-economische ongelijkheid in gezondheid. Dit zijn met andere woorden dankbare en noodzakelijke gegevens om een beleid te realiseren gebaseerd op de werkelijke noden van de bevolking dat gericht is op de verbetering van de volksgezondheid.

De rapporten gebaseerd op de gezondheidsenquête 2018 zijn online toegankelijk¹.

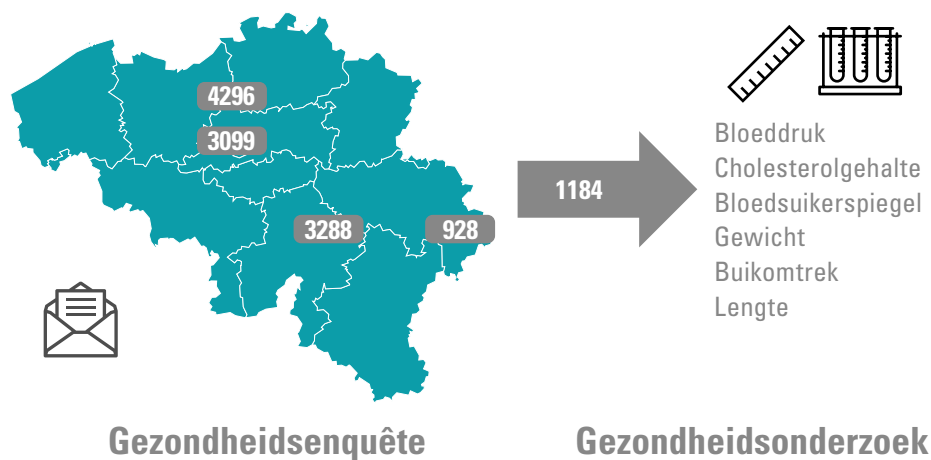
We bespreken in dit artikel de volgende thema's:

- Gezondheid en kwaliteit van leven
- Levensstijl
- Kennis over gezondheid en gezondheidspreventie
- Geestelijke gezondheid
- Gezondheidsonderzoek

Drie rapporten waren nog in opmaak tijdens het schrijven van dit artikel en worden hier niet besproken: gebruik van gezondheidsdiensten, gezondheid en maatschappij, mondgezondheid.

Ook voor CM als gezondheidsfonds is de gezondheidsenquête een belangrijke bron van informatie. Het geeft een indicatie van waar we als betrouwbare gezondheidspartner voor leden en niet-leden mee aan de slag kunnen gaan. Hierna zullen we eerst inzoomen op enkele opmerkelijke gegevens van de ge-

Figuur 1: 11.611 Belgen namen deel aan de Gezondheidsenquête. In 2018 werden voor het eerst de zelfgerapporteerde gegevens van 1.184 deelnemers gekoppeld aan objectieve gezondheidsparameters in het eerste nationale gezondheidsonderzoek.



1. <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Rapporten.aspx>

zondheidsenquête 2018. Nadien vertalen we deze cijfers naar het perspectief van CM als Gezondheidsfonds.

CM als gezondheidsfonds werkt vanuit een brede kijk op gezondheid, waarbij het haar leden middelen en diensten aanreikt om hen te helpen een zo kwaliteitsvol mogelijk leven te leiden.

CM blijft een ziekenfonds om, in uitvoering van de ziekteverzekering, financieel en met hartelijke en excellente dienstverlening tussen te komen in geval onze leden ziek worden en zorg nodig hebben. Alleen willen we ook zorgen dat ze niet ziek worden, door hen instrumenten en handvaten te geven om hun gezondheid en welzijn te kunnen bevorderen, om hen daarbij te ondersteunen en door de maatschappelijke omgeving zodanig te beïnvloeden dat het gezonde alternatief het goedkoopste en het gemakkelijkste wordt.

We willen dat op volgende manieren doen:

- pro-actief: nog voor mensen weten dat ze eventueel een probleem hebben, hen al in de mogelijkheid stellen dat op te vangen. Mensen ont-zorgen.
- Preventief: ook investeren in activiteiten om mensen levenskwaliteit te bieden en hen langer gezond te houden.
- coöperatief: Mensen zoveel mogelijk zelf laten doen en beslissen, hen geen handelingen en keuzes afnemen indien dat niet nodig is. Samen met hen op zoek gaan wat de beste oplossing zou zijn voor hun probleem en wie daarbij kan helpen.

Tenslotte is gezondheid per definitie een collectief probleem. Een gezond individu kan enkel functioneren in een optimale gezondheidsbevorderende (fysieke, sociale, economische en politieke) omgeving. Concreet: je kunt zelf heel veel moeite doen om gezond te eten en voldoende te bewegen. Maar als er aan de overkant van de straat een fabriek ongezonde lucht loost, dan kun je daar als individu weinig aan veranderen. Daarom wil we als gezondheidsfonds wegen op alle niveaus. En zo ook van gezondheidszorg een zaak van ons allemaal maken.

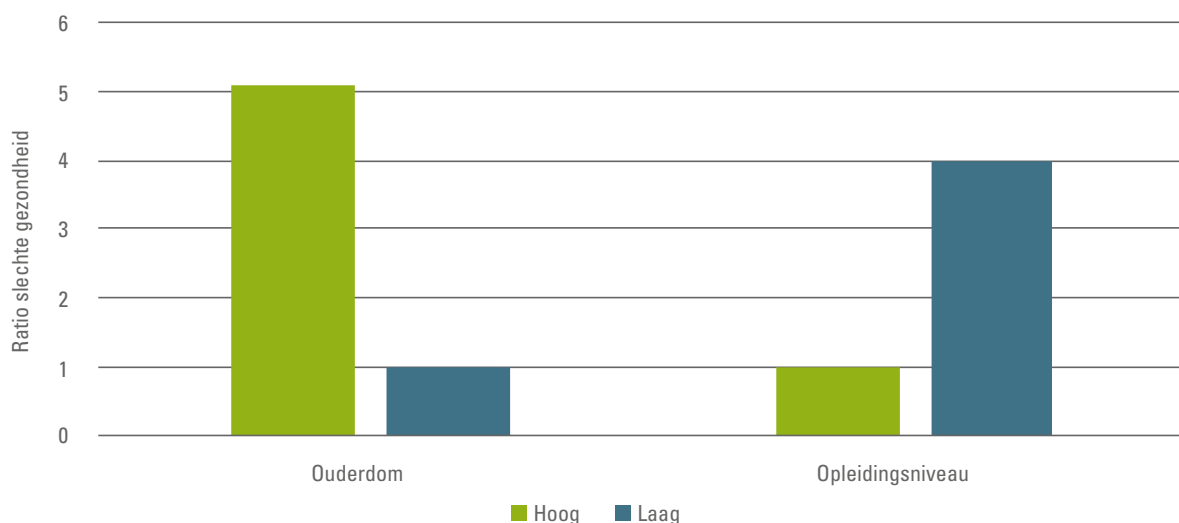
2. Resultaten

2.1. Gezondheid en kwaliteit van leven

Hoe beoordeelt de Belg zijn gezondheid?

'Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?'. Op deze eenvoudige vraag antwoordde in 2018 77% van de bevolking goed tot zeer goed. Opmerkelijk is dat de manier waarop de Belgen hun gezondheid zelf inschatten hetzelfde is gebleven sinds de eerste gezondheidsenquête in 1997, ondanks de toename van het aantal personen met (meerdere) chronische aandoeningen en het groter aandeel van de hogere leeftijdscategorieën. Niet onverwacht wordt een slechte gezondheid wel in grotere mate ervaren naarmate men ouder wordt: 41,7% bij de oudste leeftijdscategorie (75-plussers) tegenover 8,2% bij de jongste leeftijdscategorie (15-24-jarigen). Niet alleen ouderdom bepaalt hoe je je gezondheid ervaart, maar ook je

Figuur 2: Slechte gezondheid
Ouderdom en opleidingsniveau zijn bepalend voor een zelfgerapporteerde slechte gezondheid
(ouderdom hoog = 75-plussers, ouderdom laag = 15-24-jarigen)



opleidingsniveau. Als je laag opgeleid bent, is de kans dat je een slechte gezondheid ervaart tot vier keer groter dan wanneer je hoog opgeleid bent (figuur 2).

Welke chronische aandoeningen worden vooral gemeld?

In de gezondheidsenquête werd ook gepeild naar de prevalentie van 38 chronische ziekten en aandoeningen. In 2018 geeft 29,3% aan een langdurige ziekte te hebben, wat weinig verschilt met 5 jaar geleden (28,6%). Toch is dit het hoogste percentage sinds de eerste bevraging in 2001 (25,1%). Het aantal Belgen met multimorbiditeit² neemt ook stelselmatig toe per enquête, met bijna een verdubbeling sinds de eerste meting in 1997 (8,9% ten opzichte van 15,2% in 2018). Inwoners van het Brussels Gewest rapporteren in mindere mate verscheidene chronische aandoeningen en multimorbiditeit dan inwoners in Vlaanderen en Wallonië.

Meer en meer mensen rapporteren dat ze lijden aan vaak voorkomende chronische aandoeningen. Zo geeft een kwart van de Belgische bevolking aan (23,2% van de mannen, 26,4% van de vrouwen) dat ze lage rugproblemen hebben (figuur 3). Bij mannen wordt de top 3 van meest gerapporteerde chronische aandoeningen aangevuld met verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (18,9%) en een hoge bloeddruk (17,2%). Het aandeel Belgische mannen met deze risicofactoren voor het ontwikkelen van cardiovasculaire gezondheidsproblemen neemt toe in de tijd, waarbij mannen tussen 40 en 64 jaar een belangrijke risicogroep vormen.

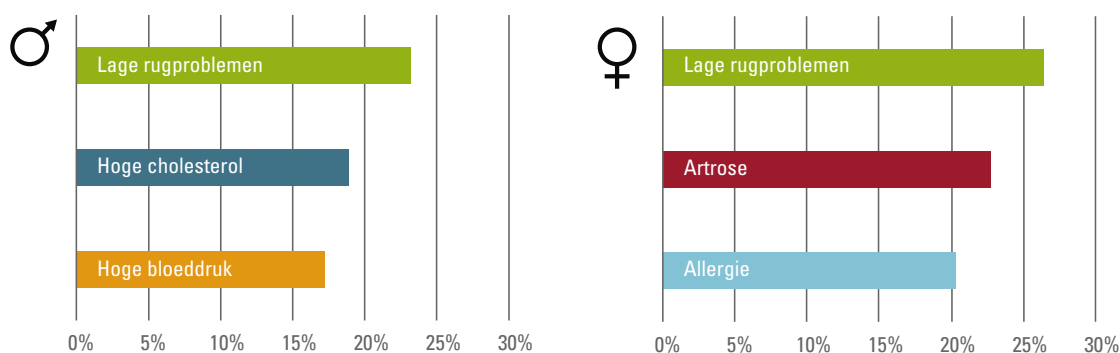
Bij vrouwen wordt de top 3 van meest voorkomende chronische aandoeningen vervolledigd door artrose (22,7%) en allergie (20,3%). Maar ook een hoge bloeddruk is een belangrijk gezondheidsprobleem bij vrouwen (17,9%).

Hoewel globaal gezien de top 3 tussen mannen en vrouwen verschillend is, is de top 3 van chronische aandoeningen voor 65-plussers hetzelfde voor beide geslachten, namelijk verhoogde cholesterol, verhoogde bloeddruk en artrose.

Het percentage mensen dat leeft met diabetes is meer dan verdubbeld sinds de eerste gezondheidsenquête (2,7% in 1997 naar 5,9% in 2018). Men meet een significante stijging van het aantal mensen met astma en allergie (+4,3% en +4,7%, respectievelijk) ten opzichte van de resultaten in 2013.

Tenslotte is het aantal mensen dat te kampen heeft gehad met een depressie³ licht toegenomen de afgelopen 10 jaar (6% van de Belgen in 2008 ten opzichte van 7,4% in 2018). Risicogroepen zijn de 45-64 jarigen (hoogste prevalentie met 9,2%) en de laagst opgeleiden (dubbel zo vaak als bij de hoogst opgeleiden). Een laatste opmerkelijk resultaat is de nooit eerder geziene piek van langdurige vermoeidheid⁴ (8,2%). Vooral vrouwen tussen 45-54 jaar rapporteren dit gezondheidsprobleem.

Figuur 3: Top 3 van zelf-gerapporteerde chronische aandoeningen bij Belgische mannen (links) en vrouwen (rechts)



2. Multimorbiditeit: gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens twee van de volgende zes chronische aandoeningen: hartziekte, chronische longziekte, diabetes, kanker, artritis en/of artrose en hypertensie.
3. Depressie: Het betreft meer bepaald een ernstige somberheid of depressie voor een periode van minstens 2 weken gedurende het afgelopen jaar.
4. Langdurige vermoeidheid: Langdurige vermoeidheid voor een periode van minstens 3 maanden.

Hoe bepalend is gezondheid voor de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit?

In de gezondheidsenquête wordt de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit⁵ in kaart gebracht. Deze term wordt gebruikt voor onderzoek naar kwaliteit van leven dat zich beperkt tot de effecten op de gezondheidsstatus. Er wordt dus geen rekening gehouden met alle dimensies van kwaliteit van leven, maar beperkt zich tot deze die door ziekte en/of de behandeling ervan kunnen worden gewijzigd. Dit stelt ons in staat om niet alleen rekening te houden met de aan- of afwezigheid van ziekten, maar ook met de gevolgen van deze ziekten voor de kwaliteit van het leven. De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit wordt beoordeeld volgens 5 dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit wordt gescoord tussen 0 en 1, waarbij 1 de hoogst mogelijke score is.

De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit daalt significant tussen 2013 (0,81) en 2018 (0,79). De meest gerapporteerde problemen zijn deze verbonden met de dimensies pijn/ongemak (56,2%) en angst/depressie (31,5%). Deze zijn significant gestegen sinds 2013: pijn of ongemak (50,1%) en angst of depressie (26,5%).

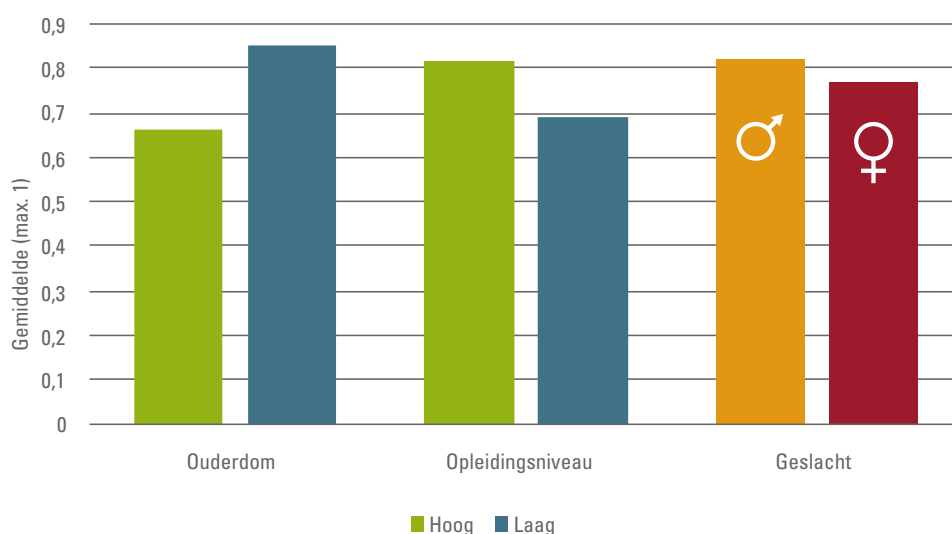
Vrouwen (0,77) scoren hun levenskwaliteit lager dan mannen (0,82). Vrouwen ervaren voor alle onderzochte dimensies significant meer problemen dan mannen, behalve voor wat betreft de dimensie zelfzorg.

De levenskwaliteit daalt met de leeftijd (0,85 voor 15-24 jarigen tegenover 0,66 voor 75 plussers). Voor alle dimensies neemt het aandeel van gemelde problemen toe met de leeftijd, maar er zijn verschillen per dimensie.

- Problemen met de mobiliteit verviervoudigen met de leeftijd (van 9,1% bij 15-24 jarigen naar 53,1% bij 75 plussers).
- Problemen met zelfzorg nemen globaal gezien toe vanaf 75 jaar.
- Problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten nemen bij vrouwen toe vanaf 35 jaar. Bij mannen wordt een toename van deze problemen gerapporteerd vanaf 75 jaar.
- Hoe ouder men is, hoe meer pijn/ongemak men rapporteert (74,1% van de 75-plussers). Echter, meer dan 1 op 3 jongeren (37,7% van de 15-24 jarigen) rapporteert ook al pijn/ongemak.
- Depressie/angst neemt significant toe bij vrouwen van middelbare leeftijd. Bij mannen wordt er echter een significante daling gezien van depressie/angst vanaf de pensioenge-rechtigde leeftijd.

Tot slot neemt de levenskwaliteit toe, wanneer men hoger opgeleid is: van 0,69 voor de personen met de laagste opleiding naar 0,82 voor mensen met een diploma hoger onderwijs. Voor alle dimensies worden meer problemen vastgesteld die de levenskwaliteit negatief beïnvloeden bij wie lager opgeleid is (figuur 4).

Figuur 4: Levenskwaliteit
75-plussers, mensen met een laag opleidingsniveau en vrouwen rapporteren een significant lagere gezondheidsgelateerde levenskwaliteit (ouderdom hoog – 75-plus, ouderdom laag – 15-24-jarigen)



5. In 2018 werd een gestandaardiseerde levenskwaliteitsschaal in de gezondheidsenquête opgenomen. Het gaat om een eenvoudige en snelle vragenlijst die toelaat om de kwaliteit van leven te beoordelen volgens vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Aan de hand van vragen voor elk van de vijf dimensies is het mogelijk om een score te berekenen die een maat is voor gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven. Een hogere score komt overeen met een hogere kwaliteit van leven. De maximum score is 1.

Hoe gaat het met de oudere populatie anno 2018?

Mensen worden steeds ouder en het aandeel ouderen ten opzichte van de totale Belgische bevolking zal de komende jaren alleen maar toenemen. In 2018 werd voor het eerst informatie verzameld over kwetsbaarheid bij 65-plussers⁶. Dit is belangrijk omdat de mate van kwetsbaarheid een goede voorspeller blijkt te zijn voor ernstige gezondheidsproblemen. In de gezondheidsenquête wordt kwetsbaarheid omschreven als 'een gebrek aan fysiologische reserve dat er toe leidt dat ouderen minder weerbaar zijn tegen problemen waarmee ze geconfronteerd worden'. 1 op 3 (37,3%) van de 65-plussers heeft een verhoogde kans op ouderdomsgerelateerde kwetsbaarheid (pre-frail), en 1 op 5 (22,8%) blijkt kwetsbaar te zijn⁷. Kwetsbaarheid kan beschouwd worden als een voorstadium van ernstige gezondheidsproblemen, maar is ook omkeerbaar. Preventie en vroegtijdige detectie van kwetsbaarheid kunnen er toe bijdragen dat belangrijke problemen die geassocieerd zijn met de vergrijzing, zoals chronische ziekten en multimorbiditeit, polyfarmacie en druk op de gezondheidszorg kunnen worden teruggedrongen. Kwetsbaarheid komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, neemt toe met de leeftijd en is hoger bij laagopgeleiden. Kwetsbaarheid bij ouderen komt significant meer voor in het Brussels Gewest (28,1%) tegenover het Vlaams Gewest (21,5%).

1 op 3 van de 65-plussers geeft aan dat ze beperkt zijn in alledaagse activiteiten en een kwart is beperkt bij huishoude-

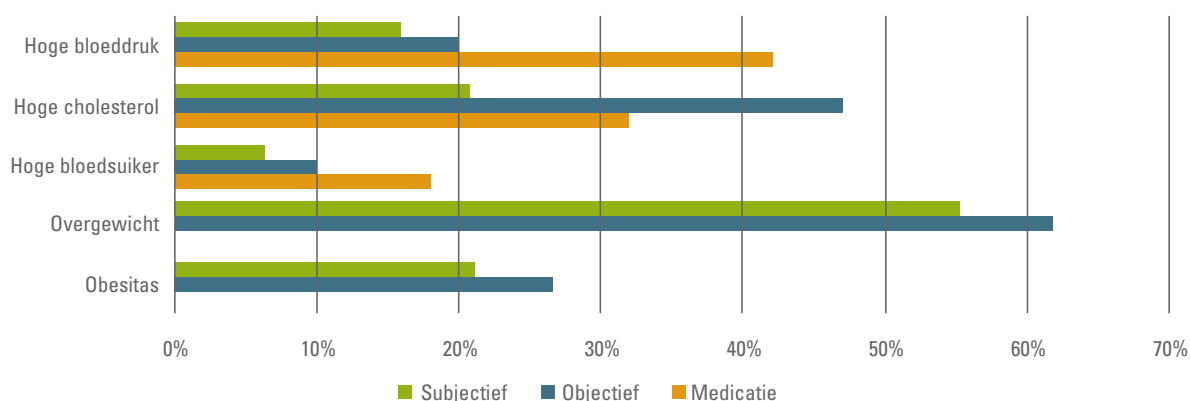
lijke activiteiten omwille van hun gezondheid. Hoewel 1 op 5 vragende partij is om hulp te ontvangen bij deze activiteiten, wordt deze momenteel niet geboden. Desondanks daalt wel het aantal ouderen met beperkingen in de bevolking, wat pleit voor het verder uitbouwen van professionele zorg, mantelzorg maar ook zelfmanagement van deze doelgroep.

Daarnaast blijft de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder een risicogroep. Chronische ziekten of aandoeningen nemen toe met de leeftijd en ook multimorbiditeit neemt sterk toe met de leeftijd (aanwezig bij 37,9% van de 65-plussers). Depressie werd gerapporteerd door 8,2% van de 75-plussers.

2.2. Gezondheidsonderzoek

Vermits zelfrapportering een subjectieve manier is om gezondheid te meten, werd in 2018 ook een gezondheidsonderzoek aan de gezondheidsenquête gekoppeld, waarin een paar objectieve metingen werden verzameld. Dit gezondheidsonderzoek werd uitgevoerd bij 1.184 personen die deelnamen aan de gezondheidsenquête 2018. Parameters zoals bloeddruk, gewicht, lengte, buikomtrek, cholesterolgehalte en suiker in het bloed werden gemeten volgens de Europese richtlijnen. Wanneer de objectieve metingen uit het gezondheidsonderzoek vergeleken worden met de zelf-rapportage van deze personen uit de gezondheidsenquête, merken we enkele opvallende zaken op (figuur 5).

Figuur 5: Belgen zijn zich niet altijd bewust van gezondheidsproblemen en medicatie is vaak onvoldoende om objectieve parameters onder controle te houden. Subjectief = zelfrapportage in gezondheidsenquête. Objectief = op basis van gezondheidsonderzoek. Medicatie = % Belgen dat ondanks het nemen van medicatie voor het specifieke gezondheidsprobleem geen gecontroleerde bloedwaarden heeft.



- In 2018 werd in de gezondheidsenquête voor het eerst een instrument opgenomen om kwetsbaarheid bij ouderen te meten. Vijf dimensies worden geëvalueerd: gebrek aan energie, verminderde eetlust, zwakke spierkracht, afname van de loopsnelheid en een gebrek aan lichaamsbeweging. Op basis van informatie over deze vijf dimensies is het mogelijk om het niveau van kwetsbaarheid van een persoon te bepalen.
- Een persoon wordt als kwetsbaar gedefinieerd als minstens drie van deze vijf criteria aanwezig zijn. De intermediaire toestand, pre-frailty, komt overeen met de aanwezigheid van één of twee criteria en betekent een groter risico om kwetsbaar te worden.
- Een te hoge bloeddruk = systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg

- **Een te hoge bloeddruk**⁸: 15,9% geeft aan een hoge bloeddruk te hebben. Dit percentage is lager dan het percentage personen dat een gemeten hoge bloeddruk heeft (20,0%). Dit betekent dus dat heel wat personen met een hoge bloeddruk zich daar niet van bewust zijn.

Als hier ook de personen bijgeteld worden met een normale bloeddruk, maar die geneesmiddelen voor hoge bloeddruk nemen (de potentieel hoge bloeddruk), dan heeft één op drie (32,8%) een hoge of potentieel hoge bloeddruk. Ook hier is het bewustzijn van dit gezondheidsprobleem eerder laag, want slechts 44,9% van hen rapporteert een hoge bloeddruk.

Slechts 58% van de personen die medicatie neemt voor een te hoge bloeddruk heeft een normale bloeddrukwaarde.

- **Een te hoog cholesterolgehalte**⁹: één op vijf verklaart een te hoog cholesterolgehalte te hebben (20,8%). Bijna de helft van de personen (47%) heeft een te hoge gemeten cholesterolwaarde. Ook hier weer zijn er heel wat personen die zich niet bewust zijn van hun te hoge cholesterolwaarden in het bloed.

Als hier ook de personen bijgeteld worden met een normaal cholesterolgehalte, maar die geneesmiddelen voor hoge cholesterol nemen (de potentieel hoge cholesterol), dan heeft 58,3% een hoge of potentieel hoge cholesterol. Slechts 1 op 3 personen van hen rapporteert een hoge cholesterol.

Bij slechts 68% van alle gebruikers van cholesterolverlagende medicatie (statines) leidt dit tot een optimaal cholesterolgehalte (<190mg/dl) in het serum.

- **Een te hoge bloedsuikerspiegel en diabetes**¹⁰: 6,2% rapporteert aan diabetes te lijden. Uit het gezondheidsonderzoek blijkt dat 1 op 10 personen diabetes heeft. Bij dit onderzoek werd geen onderscheid gemaakt tussen diabetes type 1 en type 2. 1 op 3 personen met diabetes is zich hier niet van bewust. 5% van de bevolking heeft een ongekende of slecht gecontroleerde vorm van diabetes.

Slechts 82% van de personen die medicatie gebruiken voor hun diabetes heeft een gecontroleerde bloedsuikerspiegel.

- Een **on gezond lichaamsgewicht**: uit het gezondheidsonderzoek blijkt dat 55,4% van de personen overgewicht heeft en 21,2% obees is (op basis van objectief gemeten lengte en gewicht). Uit deze objectieve metingen blijkt dat overgewicht en obesitas een groter probleem is dan op

basis van de zelfrapportage vermoed werd. Het percentage personen met overgewicht en obesitas ligt respectievelijk 6,4% en 5,4% hoger. Dit komt omdat de personen in de zelfrapportage hun gewicht onderschatten en hun lengte overschatten, waardoor de BMI waarden lager uitvallen.

Uit de vergelijking van de objectieve metingen (gezondheidsonderzoek) en de zelfrapportage (gezondheidsenquête) blijkt dat niet iedereen zich ervan bewust is dat men een verhoogde bloeddruk heeft of dat de cholesterolwaarden in het bloed te hoog zijn. Het is echter wel belangrijk om zich bewust te zijn van deze verstoorde waarden, zodat men gericht en pro-actief het risico op bijvoorbeeld de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en diabetes kan verkleinen. Want ook al hebben deze gezondheidsproblemen aanvankelijk weinig of geen symptomen, op langere termijn kunnen ze wel belangrijke consequenties hebben.

2.3. Levensstijl

Levensstijl is een naast biologische factoren, omgeving en voorzieningen van de gezondheidszorg een belangrijke gezondheidsdeterminant¹¹. Informatie over levensstijl is interessant omdat wetenschappelijk onderzoek dit linkt aan het ontstaan of in stand houden van bepaalde aandoeningen (bv. hart- en vaatziekten, diabetes type 2, bepaalde kankers) en zelfs vroegtijdige sterfte. Levensstijl is dus een bepalende factor voor gezondheid en kan je voor een deel zelf in handen nemen. Toch zien we via de gezondheidsenquête dat de Belgen de laatste jaren globaal gezien niet gezonder gaan leven zijn. Hieronder focussen we op de cijfers rond lichaamsgewicht, beweging en zitgedrag, voeding, roken, alcohol- en druggebruik en seksuele gezondheid. Voor levensstijl is een weinig positieve trend te bemerken in de afgelopen edities van de gezondheidsenquête en komen er verschillende risicogroepen naar voren.

Het probleem van overgewicht en obesitas blijft stijgen

Ons lichaamsgewicht wordt naast onze genetische achtergrond en socio-economische status ook bepaald door onze levensstijl. Wanneer men overgewicht (BMI¹² van 25 of meer) of obesitas (BMI van 30 of meer) heeft, moet er een alarmbel afgaan. In de eerste enquête in 1997 was de gemiddelde BMI van de Belgen 24,5, terwijl dit in 2018 gestegen is naar 25,5. In 2018 geeft bijna de helft (49,3%) van de volwassen bevolking aan overgewicht te hebben en 15,9% rapporteert obesi-

9. Bij het gezondheidsonderzoek werden zowel het gemiddeld totaal serum cholesterol, gemiddeld HDL-cholesterol, gemiddeld non-HDL-cholesterol en de gemiddelde verhouding totaal/HDL-cholesterol bepaald. In dit artikel spreken we van een te hoge cholesterol wanneer de totale serum cholesterol hoger is dan 190mg/dl.

10. Diabetes gedefinieerd als nuchtere bloedsuikerspiegel ≥ 126 mg/dl of geglycosyleerd hemoglobine (HbA1C) $\geq 6,5\%$ of gebruik van diabetesmedicatie (zelfgerapporteerd)

11. Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende soorten factoren, we noemen ze gezondheidsdeterminanten. Het Health Field Concept (Lalonde, 1974) vat deze in 4 categorieën samen: biologische factoren, voorzieningen in gezondheidszorg, leefstijl en omgeving. www.gezondleven.be, geraadpleegd op 15 april 2020

12. BMI: Body Mass Index (kg/m²): wordt berekend door het gewicht in kg te delen door de lengte in meter tot het kwadraat.

tas. Twintig jaar geleden rapporteerde 41,3% overgewicht en 10,8% obesitas. Over het algemeen hebben mensen die lager geschoold zijn, meer kans om overgewicht te ontwikkelen. Zo heeft in de groep van de laagst opgeleiden bijna twee op drie (61,8%) volwassenen overgewicht en lijdt meer dan een kwart (21,8%) aan obesitas. Je kans op overgewicht stijgt ook naarmate je ouder wordt. Twee op drie van de mannen van middelbare leeftijd (45-74 jaar) rapporteren overgewicht.

Ondanks dat ouderdom het risico op overgewicht doet toenemen, zien we ook een tendens tot overgewicht bij jongeren tussen 2 tot 17 jaar. 20% van hen heeft overgewicht en 6% heeft obesitas, percentages die zo goed als constant zijn gebleven over de verschillende enquêtējaren (figuur 6). Opvallend zijn de hoge prevalentiecijfers voor peuters en kleuters tussen 2 en 4 jaar rond overgewicht (24,4%) en obesitas (11,7%). Extra aandacht moet geschonken worden aan de bijkomende kwetsbaarheid die jongeren uit laag opgeleide gezinnen ervaren. 40,5% van de jongeren uit laag opgeleide gezinnen hebben overgewicht en 14% obesitas, waarbij jongeren uit hoog opgeleide gezinnen bijna 4 keer minder kans lopen (12,9% en 2,9%, respectievelijk).

Onze levensstijl is te sedentair

In de editie van 2018 zijn meer gegevens verzameld over lichaamsbeweging en voor het eerst ook over zitgedrag. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan om wekelijks minstens 150 minuten matig intensief te bewegen. De conclusie is ... we bewegen te weinig op regelmatige basis en we zitten te veel neer, zowel op het werk als in de vrije tijd. Buiten de werkuren, haalt ongeveer 1 op 3 (30,1%) van de volwassen bevolking de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie. Als we de totale beweging bekijken (inclusief werkgerelateerd), dan beweegt 55,8% van

de Belgen voldoende voor een goede gezondheid.

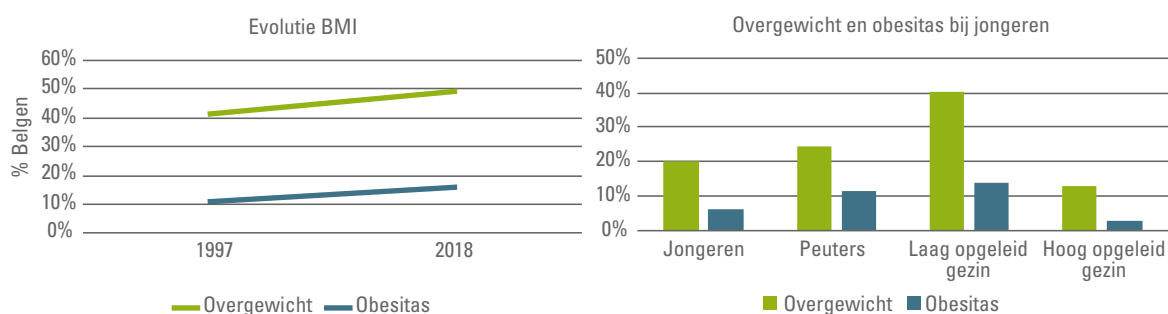
Mannen (60,2%) en hoger opgeleiden (58,4%) scoren dan weer beter dan het gemiddelde qua beweging. Ook jongeren van 18-24 jaar (59,3%) blijken gemiddeld meer te bewegen, mede omdat ze ten opzichte van de andere leeftijdscategorieën het vaakst wandelen en fietsen om zich te verplaatsen. Maar wat betreft sedentair gedrag, doen jongeren en hoger opgeleiden het juist minder goed. Ook voor 75-plussers is dit een aandachtspunt, zij zitten gemiddeld 6,7 uur per dag. Gemiddeld zit de Belg 5,8 uur neer per dag.

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat bijna 1 op 3 (28,8%) Belgen van 15 jaar en ouder een gezondheidsrisico loopt door een gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd. Dit cijfer blijft min of meer stabiel sinds 2004. Maar alarmerend is dat bijna 65% van de vrouwen van 75 jaar en ouder een gezondheidsrisico loopt door een gebrek aan beweging. En dit risico neemt ook sterk toe met een dalend opleidingsniveau (van 18,9% bij de hoogst geschoolden naar 53,8% bij de laagst geschoolden).

Gezonde voeding blijft een uitdaging

Ook de aanbevelingen voor het dagelijks eten van groenten, fruit, calciumrijke producten en een ontbijt zijn een uitdaging voor de Belgen. Al doen vrouwen, de oudere populatie en mensen die hoog opgeleid zijn het hier beter. Jongeren en mensen die lager opgeleid zijn hebben meer moeite om deze aanbevelingen in de praktijk om te zetten. Wel zien we dat sinds de eerste meting in 2013, er minder gesuikerde frisdranken worden gedronken (25,5% in 2013 en 20,4% in 2018) en minder zoete en zoute snacks worden gegeten (41,6% in 2013 en 38,3% in 2018). Zoomen we wat meer in op deze resultaten, dan zien we wel dat vooral jongvolwassenen gesuikerde frisdranken drinken (bijna 30% in de leeftijdsgroep 15-34 jaar)

Figuur 6: Meer dan de helft van de Belgen rapporteert overgewicht of obesitas in 2018 (links). De prevalentie van overgewicht en obesitas is hoog bij jongeren, waarbij diegene uit een laag opgeleide gezin extra kwetsbaar zijn (rechts) (jongeren = 2-17 jaar, peuters = 2-4 jaar, 'laag/hog opgeleide gezin' = jongeren uit een laag/hog opgeleide gezin)



en dat bijna de helft van de kinderen (48,9%) dagelijks zoete en zoute snacks eten (figuur 7).

Voor het eerst werd gevraagd naar voedselallergie en -intoleranties. Bijna 1 op tien (9,0%) van de Belgen geeft dit aan te hebben, waarvan dit bij 5,2% werd vastgesteld door een arts.

Minder rokers, maar geen daling problematisch alcoholgebruik en stijging drugsgebruik

Zowel alcohol, roken als drugsgebruik zijn wereldwijd erkend als risicogedrag voor talrijke gezondheidsproblemen, ziekten en zelfs vroegtijdig overlijden.

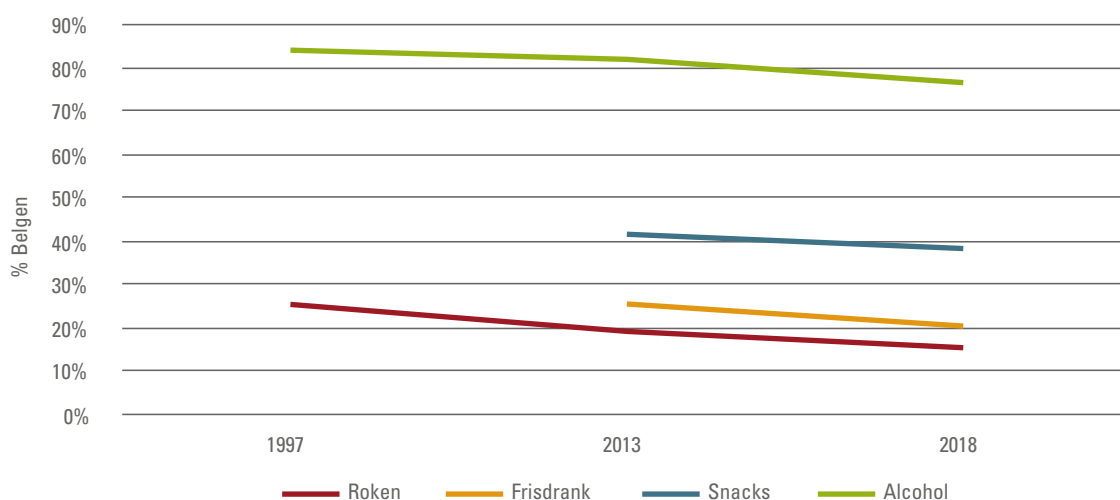
Maar de gezondheidsenquête brengt goed nieuws, nog nooit waren er zo weinig dagelijkse rokers in België (15,4%) dan in 2018. Dit is een daling met 3,5% ten opzichte van 2013 en zelfs met 10% ten opzichte van 1997. 73,5% van de rokers ondernam daarbij een rookstopoging in 2018. Ook binnen de groep van 15-24 jarigen zien we een daling van het aantal rokers (15% vs. 22%) en dagelijkse rokers (11% vs. 17%) vergeleken met de cijfers uit 2013. De grootste vooruitgang wordt gezien in het Vlaams gewest. Maar het kan nog beter. Willen we voorkomen dat mensen beginnen te roken, dan moeten we vooral inzetten op jongeren tussen 16 en 18 jaar, de leeftijd wanneer het vaakst de eerste sigaret wordt gerookt. Hoe lager men opgeleid is, hoe groter de kans dat men rookt. Niet

enkel de klassieke sigaret werd bestudeerd, ook het gebruik van de e-sigaret werd in 2018 voor de eerste keer onder de loep genomen. Zo blijkt 15,5% van de Belgen deze elektrische sigaret al uitgeprobeerd te hebben, waarbij 1,4% van de Belgen dagelijkse gebruiker is. Dubbel zoveel mannen maken gebruik van een e-sigaret dan vrouwen (5,6% versus 2,7%). Bijna 9 op 10 'dampers' rookte alvorens men de e-sigaret gebruikte, hoewel 1 op 3 15-24 jarigen nog nooit had gerookt toen men de e-sigaret ging gebruiken. Diegene die starten met de e-sigaret hebben de perceptie hiermee het stoppen met roken te vergemakkelijken of te kunnen verminderen met het traditioneel roken (figuur 7).

Wat betreft alcoholgebruik zijn de belangrijkste boodschappen dat het gebruik van alcohol bij de algemene bevolking vermindert (84,1% in 1997 naar 76,6% in 2018). We starten wel iets vroeger met onze eerste alcoholconsumptie, namelijk gemiddeld op 17,7 jaar. Het alcoholgebruik met de grootste gezondheidsrisico's, namelijk hyperalcoholisatie¹³ en piekdrinken¹⁴, neemt echter niet af en komt vooral voor bij jongeren en mannen. Steeds meer Belgen vinden hun alcoholgebruik problematisch, zo gaf 15% van de Belgen in 2018 aan dat men een alcoholprobleem heeft (gehad), hoewel dit in 2001 6,6% was (figuur 7).

Wat betreft druggebruik zien we in 2018 een toename sinds 2013. Met 22,6% Belgen (15 -64 jaar) die ooit cannabis hebben gebruikt, is dit een stijging met 7,6% ten opzichte van 2013

Figuur 7: Zowel het percentage Belgen dat dagelijks rookt, alcohol- en gesuikerde frisdrank drinkt als zoete/zoute snacks eet, is gedaald doorheen de jaren



13. Hyperalcoholisatie: het drinken van minstens 6 glazen alcohol bij eenzelfde gelegenheid.

14. Piekdrinken = 'binge drinken': het drinken van minstens 4 glazen alcohol bij vrouwen en 6 glazen alcohol bij mannen in minder dan 2 uur.

en zelfs een verdubbeling sinds 2001. En ook het gebruik van een andere drug dan cannabis stijgt van 3,6% in 2013 naar 9% van de Belgen (15-64 jaar) in 2018. Cocaine (1,5%) en ecstasy (1,2%) zijn na cannabis de meest gebruikte drugs. Het aantal gebruikers is ook gestegen ten opzichte van 2013 (respectievelijk 0,5% en 0,3%). Druggebruik komt vaker voor bij jongeren van 15-24 jaar en mannen tussen 15 en 34 jaar, zij vormen dan ook een belangrijke doelgroep voor voorlichting en preventie. Druggebruik komt voor op alle treden van de sociale ladder. In het Brussels gewest komt het gebruik van drugs het meest voor.

Seksueel risicogedrag

Het risicogedrag omtrent seksuele gezondheid werd onder andere bepaald door na te gaan hoeveel Belgen een SOA-screenings-test lieten uitvoeren. 7,8% gaf aan dit de laatste 12 maand gedaan te hebben en 38,4% liet ooit al zo'n test uitvoeren. De gezondheidsenquête heeft twee subgroepen geïdentificeerd die meer vatbaar zijn voor seksueel risicogedrag: jongeren en personen met een laag opleidingsniveau. Jongeren omdat zij meerdere sekspartners hebben gehad het afgelopen jaar. Personen met een laag opleidingsniveau omdat zij minder vaak anticonceptie gebruiken, vaker geslachtsgemeenschap hebben voor de leeftijd van 15 jaar en meerdere sekspartners hebben gehad het afgelopen jaar. In het Brusselse gewest worden het minste vaak voorbehoedsmiddelen gebruikt en wordt er frequenter gebruikt gemaakt van de morning-after pil.

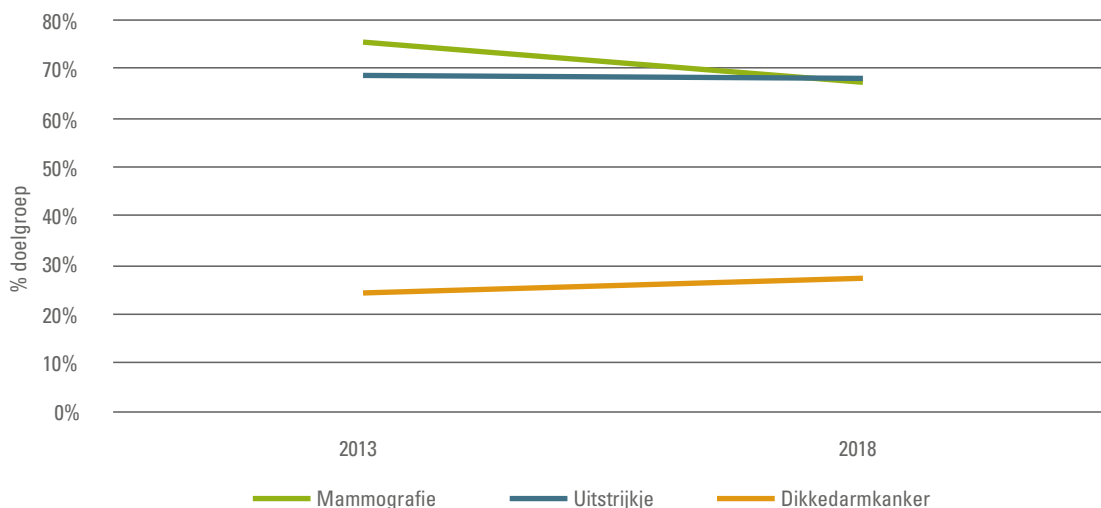
2.4. Preventieve kennis en praktijken

Preventiecampagnes bereiken niet iedereen

In welke mate doet de Belg mee aan vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen? In 2018 zien we voor de screening van cardiovasculaire risicofactoren en diabetes positieve cijfers. Voor bloeddrukmeting (91,3%) en ook voor bloedcholesterol (74,8%) en bloedsuikergehalte (70,2%) is er een lichte toename van het aantal Belgen dat deze metingen liet uitvoeren sinds 2013. Wat betreft de vroegtijdige opsporing van kanker in de doelgroepen, zien we minder mammografieën (67,3% in 2018 en 75,5% in 2013) en uitstrijkjes (68,1% in 2018 en 68,7% in 2013), maar meer opsporing voor dikkedarmkanker (27,3% in 2018 en 24,3% in 2013) (figuur 8). Voor dit laatste is een belangrijke bemerking dat er duidelijke gewestelijke verschillen zijn. Zo is een verdrievoudiging van de screening naar dikkedarmkanker waar te nemen in het Vlaams gewest in 5 jaar tijd. Dit is voornamelijk door het aanbieden van een gratis screening voor risicopersonen via het Vlaams Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. Ondanks deze belangrijke tendens, blijkt het niet evident om iedereen uit de doelgroep te bereiken. Zo valt zelfs 1 op 2 personen voor de screening naar dikke darmkanker uit de boot. Het blijft daarbij bijzonder moeilijk om mensen die laag opgeleid zijn deel te laten nemen aan deze vroegtijdige opsporingscampagnes.

Ook de vaccinatiegraad blijft een belangrijk werkpunt de komende jaren. Iets minder dan de helft (46,2%) van de risicopersonen liet zich vaccineren tegen de griep het afgelopen griepseizoen. Ook voor pneumokokken (8,6%) en het humaan

Figuur 8: Screening - De Belg laat zich algemeen goed screenen, hoewel men een daling ziet in het % vrouwen dat deelneemt aan mammografieonderzoek en een uitstrijkje laat nemen. De opsporing naar dikke darmkanker neemt wel toe, mede dankzij het Vlaams bevolkingsonderzoek.



papillomavirus (26,4%) ligt de vaccinatiegraad bij de risicogroepen laag. Ook hier zien we gewestelijke verschillen.

Gezondheidsvaardigheden niet bij iedereen voldoende

Het niveau van gezondheidsvaardigheden¹⁵ speelt een belangrijke rol in het omgaan met de eigen gezondheid en gezondheidspreventie. Een goed niveau van deze vaardigheden is nodig om gezondheidsinformatie te kunnen identificeren, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken. In 2018 krijgen we hier voor het eerst een kijk op. Eén op drie Belgen (33,4%) geeft zelf aan over beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden te beschikken¹⁶. Wat we zeker moeten onthouden is dat het net de kwetsbare groepen zijn die over minder gezondheidsvaardigheden beschikken. Willen we de gezondheid van de Belg verbeteren kunnen we het best inzetten op die doelgroepen die hier het meest bij gebaat zijn, zoals personen uit oudere leeftijdsgroepen, mensen die een lager opleidingsniveau hebben, Belgen die een slechte subjectieve gezondheid rapporteren of multimorbiditeit hebben. Ook op het niveau van gezondheidsvaardigheden zijn er gewestelijke verschillen, waarbij in het Waals gewest het vaakst een onvoldoende niveau van gezondheidsvaardigheden wordt aangegeven (37,3%).

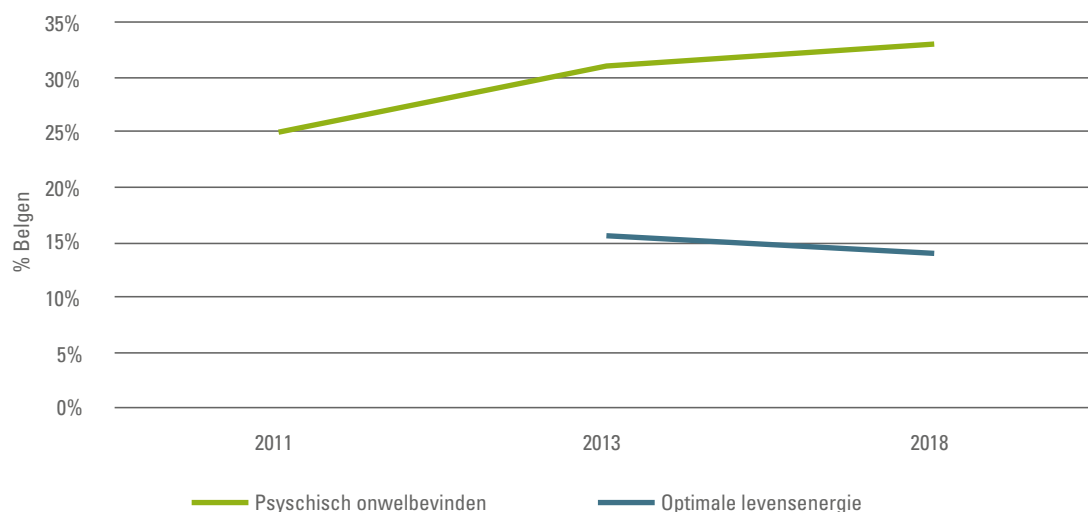
2.5. Geestelijke gezondheid en welzijn

Hoe voelt de Belg zich in zijn vel?

Gemiddeld geeft de Belg 7,4 op 10 (10 = meest tevreden) voor tevredenheid over het leven. In de gezondheidsenquête van 2013 gaven de cijfers aan dat het minder goed ging met de geestelijke gezondheid van de Belgen. Er werden meer psychische problemen aangegeven en ook de prevalentie van emotionele problemen steeg sterk tussen 2008 en 2013. Ook nam het gebruik van antidepressiva geleidelijk aan toe.

Globaal kan gesteld worden dat het psychisch welbevinden en het niveau van levensenergie het afgelopen decennium afgenomen zijn in vergelijking met de jaren 2001-2008 (figuur 9). In 2018 zien we een verdere daling van het psychisch welbevinden. In 2018 gaf 33% van de Belgen aan psychisch onwelbevinden te ervaren, waar dat in 2011 slechts een kwart van de bevolking was. Het belangrijkste kantelmoment in toename van onwelbevinden zien we in de periode van 2013 tot 2018. Slechts 14% van de Belgen bereikt in 2018 de optimale energiedrempel (versus 15,6% in 2013). Wie lager opgeleid is, heeft een hoger risico om zich psychisch onwel te voelen, om geen optimale levensenergie te ervaren en om minder tevreden te zijn met het leven. Dit gaat ook op voor de vrouwen, in vergelijking met de mannen.

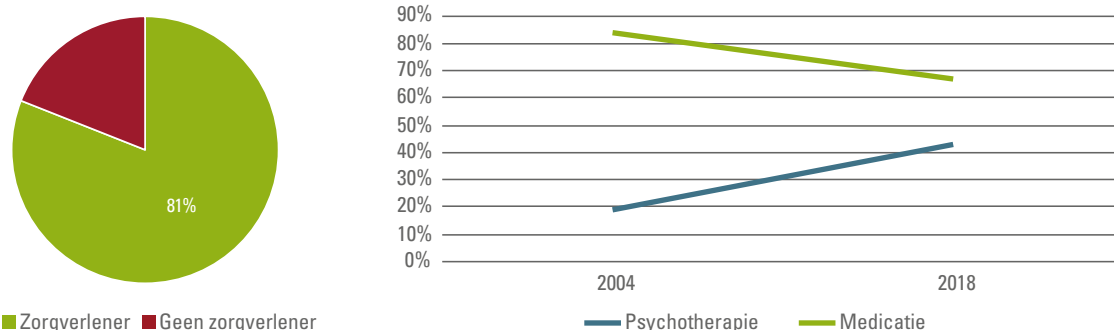
Figuur 9: Geestelijke gezondheid - Doorheen de tijd zien we een toename van het psychisch onwelbevinden van de Belgen. De optimale levensenergie is gedaald ten opzichte van de rapportering 2013.



15. Een uitgebreide blik op dit thema vind je terug in dit nummer van CM Informatie.

16. Om het niveau van gezondheidsvaardigheden te meten, werd gebruik gemaakt van de korte, 6 items versie van de HKS-EU-Q. De HLS-EU-Q6 omvat items die de drie domeinen van gezondheidsvaardigheden evalueren (gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering) telkenmale met de vier volgende dimensies: het verwerven en verkrijgen van consistente informatie met betrekking tot gezondheid, het begrijpen van deze informatie, het evalueren en beoordelen van deze informatie en het toepassen en concreet gebruiken van deze informatie

Figuur 10: Behandeling depressie: 4 op de 5 Belgen met depressieve klachten raadpleegt een zorgverlener (links). Een combinatie van psychotherapie en medicatie wordt gebruikt ter behandeling, waarbij psychotherapie de laatste jaren aan belang wint en medicamenteuze behandeling daalt (rechts).



Voor alle psychische aandoeningen die in de gezondheid-senquôte aan bod komen (depressie, angst, eetstoornissen, zelfmoordgedachten of -pogingen) neemt de prevalentie licht af na de behoorlijke toename tussen 2008 en 2013, al zijn de cijfers nog steeds op een hoogtepunt. Over het algemeen kent het Vlaamse Gewest een lagere prevalentie omtrent psychische aandoeningen. Grotendeels zijn het meer vrouwen dan mannen die aangeven hiermee te maken te hebben en ook hier zijn er sociale ongelijkheden in het nadeel van personen met een lagere opleiding.

Hoe evolueert het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva?

Het gebruik van antidepressiva bij de Belgische bevolking blijft stabiel ten opzichte van 2013 (7,6%). Het aantal personen dat slaap- en kalmeermiddelen neemt, daalt van 14,3% in 2008 naar 12,4% in 2018. Meer vrouwen (vooral 45-plussers) dan mannen gebruiken antidepressiva en slaap- en kalmeermedicatie. Het gebruik van deze medicatie neemt toe met de leeftijd (75-plussers als belangrijke gebruiksgroep) en ook mensen die lager geschoold zijn doen hier meer beroep op.

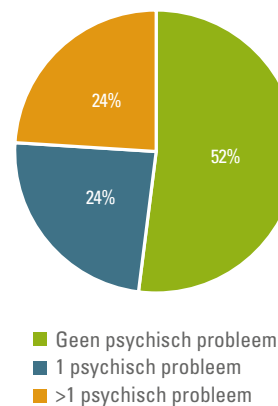
Voor de personen die aangaven het afgelopen jaar een depressie te hebben gehad, geeft de meerderheid (81%) aan hiervoor een zorgverlener te hebben geraadpleegd (figuur 10). Om depressie aan te pakken, doen we steeds meer beroep op psychotherapie (43% van de patiënten in 2018 tegenover 19% in 2004) en minder op geneesmiddelen (67% versus 84%, respectievelijk). Het gebruik van psychotherapie neemt af met de leeftijd en neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. Het gebruik van zorg bij een depressie ligt in het Waalse gewest hoger: of het nu om de raadpleging van een zorgverlener gaat

(91,8%), om het gebruik van medicatie (74,5%) of het volgen van psychotherapie (51,4%).

Hoe zit het bij de jongere generatie?

In 2018 werd in de gezondheid-senquôte voor het eerst informatie verzameld over geestelijke gezondheid bij kinderen en adolescenten van 2 tot 18 jaar¹⁷. Iets meer dan de helft van de kinderen/jongeren (52%) heeft geen ernstige psychische

Figuur 11: Psychische problemen bij jongeren – Meer dan de helft van de jongeren (2-18 jaar) ervaart geen ernstige psychische problemen. Voor een kwart van de jongeren werd 1 ernstig psychisch probleem gerapporteerd en de overige 24% rapporteerde meer dan 1 ernstig psychisch probleem.



17. De vragenlijst werd in het geval van jonge kinderen door één van de ouders beantwoord ("proxy" bevraging). De vragenlijst werd in het geval van jongeren van 15 tot 18 jaar door henzelf beantwoord.

problemen, ongeveer een kwart (24%) heeft één van deze problemen en een kwart (24%) heeft er meer dan één (figuur 11). Wanneer wordt uitgegaan van het strikte criterium van een vermoedelijke pathologie, dan heeft 70% geen ernstige psychische problemen. De meest gerapporteerde problemen zijn relatiestoornissen met leeftijdsgenoten (20%), emotionele stoornissen (19%), en gedragsstoornissen (18%). Bijna alle problemen hebben de neiging om af te nemen met de leeftijd. Vanaf de leeftijd van 15-18 jaar ervaren meisjes meer emotionele problemen. Een hoger opleidingsniveau van de ouders is een beschermende factor voor de psychische problemen bij kinderen en jongeren.

3. Bespreking

3.1. Wat zeggen de resultaten?

In dit artikel kwam een waaier aan cijfers en informatie over de volksgezondheid in België aan bod. Hoe kunnen we deze cijfers nu interpreteren?

Allereerst, de gezondheidsenquête is gebaseerd op gegevens die door de mensen zelf werden gerapporteerd. Dit is belangrijk om in het achterhoofd te houden bij het interpreteren van de gegevens, zoals rond prevalentie van chronische aandoeningen. Deze zelf-rapportage geeft ons wel unieke informatie over hoe de bevolking zelf kijkt naar hun gezondheid en wat hun werkelijke gezondheidsnoden zijn en dit op een bijzonder grote schaal. Vermits de methodiek over de jaren heen identiek is voor de gezondheidsenquête, kunnen er evoluties in kaart worden gebracht. De gezondheidsenquête is dus bijzonder waardevol om samen aan de slag te gaan rond gezondheid.

3.2. Een belangrijke rol is weggelegd voor het gezondheidsfonds!

Zonder in detail in te gaan op alle bevindingen, kunnen we zeggen dat het meer dan ooit nodig is om hier met een gezondheidsfonds blik naar te kijken. We willen onze leden meer levenskwaliteit bieden door betrouwbare partner te zijn in hun brede blik op gezondheid. Hierbij willen we het liefst proactief, preventief en coöperatief aan de slag gaan. Om deze rol optimaal te benutten moeten we ons des te meer laten leiden door de cijfers die de Belgen ons geven via onder meer de gezondheidsenquête en de wetenschappelijke conclusies die we hieruit kunnen trekken. Laat ons starten met enkele factoren die we via een gezonde leefstijl kunnen aanpakken, zoals voedingsgewoonten, omgaan met stress, of beweging en sedentair gedrag. Globaal blijft de levensstijl van de Belgen ook in 2018 doorwegen op de gezondheid en op determi-

nanten die aan de basis liggen van verscheidene chronische aandoeningen. De gezondheidsenquête leert ons dat er voor het eerst meer Belgen met overgewicht zijn dan met een gezond gewicht. Hierdoor kunnen we voorspellen dat het aantal personen met diabetes type 2 de komende jaren verder zal toenemen. Ook het feit dat we algemeen minder bewegen en meer stilzitten resulteert momenteel in gezondheidsrisico's voor velen. We zien dat het aantal personen met 1 of zelfs meerdere chronische aandoeningen zoals lage rugpijn, een te hoge bloeddruk en cholesterol en diabetes, verder toeneemt. Maar ook aandoeningen die niet automatisch gelinkt worden aan leefstijl of de vergrijzing zijn aan een opmars bezig, zoals allergie en astma. De redenen daarvoor zijn divers. Zowel genetische factoren liggen hiervoor aan de basis, maar ook de invloed van de omgeving is aanwezig. En hoewel deze aandoeningen niet automatisch gelinkt zijn aan leefstijl, is geweten dat roken, obesitas, ... ziekten zoals astma in de hand kunnen werken.¹⁸ Ook de geestelijke gezondheid van de Belgen gaat er niet op vooruit. De signalen van mentaal onwelbevinden, langdurige vermoeidheid, pijn, gevoelens van angst en depressie, beïnvloeden allen de ervaren levenskwaliteit. Mentale gezondheid verdient op alle leeftijden meer aandacht, dus ook bij kinderen/jongeren en bij ouderen. Kennis over gezondheid en participeren aan gezondheidspreventie moet beter. De bevolking ondersteunen, adviseren en begeleiden bij gezondheid is dus meer dan welkom en nodig. Hier liggen dus veel kansen voor preventie en opportuniteiten voor CM als Gezondheidsfonds. Door trajecten op maat aan te bieden, waarbij onze leden individueel of in groep empowered worden om met hun gezondheid aan de slag te gaan zijn alvast een stap in de juiste richting. Hierbij worden de meest kwetsbaren onder ons, die vaak uit de boot blijken te vallen als het op gezondheid aankomt, niet vergeten. Onze Gezondheidsbevordering jaarthema's 2020 zijn alvast goed gekozen en plaatsen gezondheid in zijn brede context: vaccinatie, geestelijke gezondheid, diabetes type 2, fijn stof, ...

Een interessant gegeven is dat voor de eerste keer objectieve metingen werden verzameld bij een deel van de respondenten van de gezondheidsenquête 2018. Opmerkelijk is dat een te hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte en de prevalentie van (of risico op) diabetes en overgewicht/obesitas in hogere mate objectief werd waargenomen dan wat de bevolking zelf rapporteerde in de enquête. Deze discrepantie geeft aan dat gezondheidsrisico's en -problemen bij de bevolking niet altijd gekend zijn of de mate van bewustzijn hiervan eerder laag is.

Eveneens nieuw in de gezondheidsenquête zijn de cijfers voor gezondheidsvaardigheden. 1 op 3 Belgen scoren laag als het op gezondheidsvaardigheden aankomt. Daarenboven blijken net die groepen die het meeste geholpen zouden zijn met meer gezondheidsvaardigheden, lager te scoren. Zowel ouderen, mensen met een moeilijke sociale context of chronische

18. https://www.wiv-isp.be/epidemiology/epin/crospnl/asthme_nl.pdf

aandoeningen zouden meer levenskwaliteit kunnen ervaren wanneer zij een hoger niveau aan gezondheidsvaardigheden kunnen bereiken. Hier kunnen we als gezondheidsfonds een belangrijke rol in spelen. Dit kunnen we doen door individueel of in groep in te zetten op onze burgers. Maar dat is maar een deeltje van de puzzel. Willen we echt een verschil maken, dan moeten we verder durven gaan en gezondheid niet louter als iets individueel zien, maar ook binnen de omgeving van dat individu plaatsen. Die omgeving kan zowel direct (sociale interacties, eenzaamheid, milieu, ...) als indirect (sociaal-cultureel, economisch, politiek, ...) meespelen. Als Gezondheidsfonds is het echter niet ons uitgangspunt om elke dag, de “perfecte gezondheid” na te streven. Maar vanuit het health in all policies principe willen we wel stap voor stap keuzes maken die binnen dit samenspel van verschillende factoren (individueel én collectief) de gezondheid van de Belgen bevordert. Hierbij zien we gezondheid als een middel om de sociale, fysieke en emotionele uitdaging van het leven aan te gaan. Het vermogen om je aan te passen (veerkracht) en de burger centraal zetten vanuit gelijkwaardigheid zijn hierbij cruciaal. We zijn ons ervan bewust dat niet iedereen de behoefte heeft om actief aan zijn gezondheid te werken. Als Gezondheidsfonds kunnen we wel een verschil maken door ons nog meer ‘health literacy friendly’ te organiseren¹⁹, bijvoorbeeld op vlak van het aanbieden van begrijpbare informatie en mensen helpen de weg te vinden in het doolhof van gezondheidsadviezen. Ook de sociale interacties vanuit onze vrijwilligerswerking zijn hierbij bijzonder waardevol. Maar even goed door onze leden te begeleiden om deze informatie toe te passen in de praktijk en effectief over te gaan tot gedragsverandering. Je kan wel weten dat meer bewegen en een gezond gewicht beter zijn voor je gezondheid. Maar hoe verander je die vastgeroeste gewoontes? Hoe verander je voedingsgewoontes naar een gezond patroon dat je in je leven integreert? Hoe begin je aan meer bewegen? Hoe praat ik met iemand die mentale problemen heeft? Hier kunnen we als gezondheidsfonds een actieve bijdrage leveren.

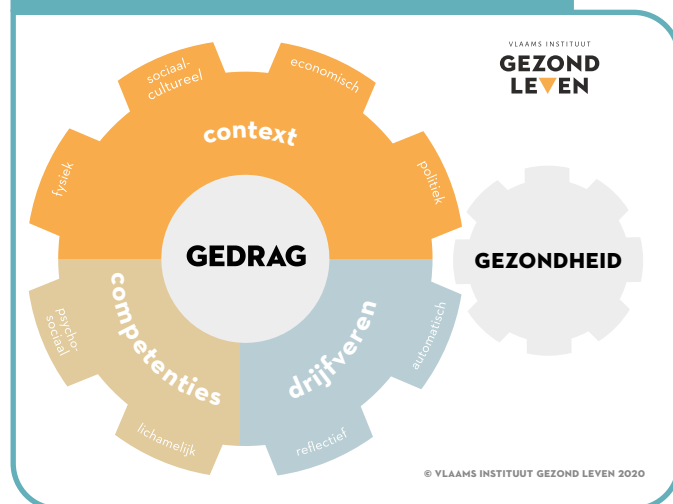
Waarom is gezondheidsbevorderend gedrag zo’n uitdaging?

We bevinden ons in een tijdperk waar we volop worden blootgesteld aan informatie over gezondheid en waar we overladen worden met goed bedoelde gezondheidsadviezen. Technologie zoals wearables laat ons toe om onze gezondheid op de voet te volgen. Het is echter niet omdat we iets weten, dat we automatisch gezondheidsbevorderend gedrag stellen. Dan begeben we ons op het terrein van de gedragswetenschappen. Om gezondheidsbevorderend gedrag te stellen, heb je naast kennis ook vaardigheden en drijfveren nodig. Deze stellen je in staat en motiveren je om gedrag te stellen of te veranderen. Hoewel we vaak tot meer in staat zijn dan wat we zelf denken, heeft het individu niet alles zelf in handen. De context of om-

geving waarin we leven, wonen en werken bepaalt ook mee de gezonde of ongezondere keuzes die we maken. Willen we echt dat ons gedrag verandert, dan zetten we het best in op drie voorwaarden: voldoende competenties, sterke en duurzame drijfveren en een context waarin het gedrag of de gedragsverandering haalbaar is of zelfs gestimuleerd wordt (figuur 12).²⁰

Figuur 12: Gedragswiel

© Vlaams Instituut Gezond Leven



Desondanks we vaak tot meer in staat zijn dan wat we zelf denken, heeft het individu niet alles zelf in handen. De omgeving waarin we leven, wonen en werken bepaalt ook mee de gezonde of ongezondere keuzes die we maken. Vandaar dat CM zal blijven ijveren voor ‘health in all policies’, omdat gezondheidsproblemen hand in hand samen gaan met maatschappelijke uitdagingen zoals armoede, huisvesting, publieke dienstverlening, ouderenzorg²¹. Het individu kan nooit alleen verantwoordelijk worden gesteld voor de gezondheidskeuzes die hij/zij al dan niet neemt. Het is moeilijk om de ‘juiste’ gezondheidskeuzes te maken als men bijvoorbeeld moet rondkomen met een inkomen dat onder de armoedegrens ligt. Als roken een manier is om met de stress om te gaan van ruzie binnen het gezin. Als preventieve onderzoeken naar kanker wel gratis zijn, maar de assumptie dat kanker een onbehandelbare ziekte is je ervan weerhoudt om je te laten screenen. Of je zoutarm moet eten voor je chronische nierziekte, maar de overheid geen maatregelen neemt om het zoutgehalte in onze maaltijden te beperken. Er is dus een grootschalige en gezamenlijke inspanning van verschillende actoren vereist om een verschil te maken op vlak van gezondheid voor de samenleving.

Daarnaast, kennis alleen is onvoldoende om gewoontes te veranderen en gezond gedrag te stellen. Denk maar aan het

19. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? KCE Reports 322A. 2019.

20. <https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten>, geraadpleegd op 20 april 2020.

21. Van Hootegem G & Dessers E. Onbezorgd. Naar een geïntegreerd gezondheidssysteem. 2017. Acco; Leuven.

stoppen met roken²². Misschien kijken we nog te vaak louter vanuit het biomedische perspectief en hopen we dat vooral geneesmiddelen onze gezondheid zullen verbeteren²³? Al blijkt uit het eerste gezondheidsonderzoek dat voor de vaak voorkomende risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische aandoeningen (hoge bloeddruk, hoge cholesterol, hoge bloedsuikerspiegels) bij een belangrijk aandeel van de mensen de medicatie niet het gewenste effect heeft. Therapietrouw speelt hierin zeker een rol. Daarnaast is het ook belangrijk te beseffen dat medicatie de chronische aandoening wel onder controle kan houden, maar dat vaak een gezonde levensstijl (al dan niet gecombineerd met medicijnen) substantieel kan bijdragen tot verbetering van de objectieve gezondheidsparameters en de zelf ervaren gezondheid. Wanneer we onze leden actief kunnen op weg helpen naar een gezonde levensstijl, dragen we vanzelfsprekend bij aan hun gezondheid en zullen op termijn de kosten voor zorgconsumptie lager (kunnen) liggen.

Limieten van een algemeen onderzoek om gezondheidsproblemen aan te pakken

CM wil er zijn voor iedereen, en in het bijzonder voor de meest kwetsbaren. Maar wie zijn deze mensen? Kwetsbaarheid laat zich niet zo eenduidig definiëren. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat voor wie onderaan de sociaal-economische ladder staat, er na 20 jaar nog geen vooruitgang is geboekt. De nood is dus groot aan het opzetten en evalueren van acties die de socio-economische ongelijkheden aanpakken²⁴. Ook ouderen (65-plussers) behoren tot de meer kwetsbaren onder de Belgen. Vermits onze levensverwachting globaal toeneemt, zal ook deze groep de komende jaren alleen maar groter worden. Onze rol als gezondheidsfonds pro-actief opnemen, en bijdragen tot gezondheid in de brede betekenis van het woord, wordt ook bij deze groep een extra uitdaging. Maar bijvoorbeeld ook personen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn behoren tot een risicogroep, omdat dit onder andere invloed heeft op de financiële gezondheid en zingeving.

Hoe kunnen we er zijn voor iedereen? Een mogelijke strategie is te vertrekken vanuit de behoeftegestuurde aanpak, een strategie die vertrekt vanuit een specifieke vraag of behoefte en dus focust op de werkelijke noden van een specifieke groep²⁵. Een vraaggestuurd, persoonsgericht zorgmodel wordt tevens gepromoot op beleidsniveau²⁶. Dit laat ruimte voor een gepersonaliseerde en dus meer doeltreffende en doelmatige aanpak dan de 'one size fits all' aanpak. Want niet iedere Belg

heeft dezelfde behoeften op vlak van gezondheidsbevordering en gezondheidszorg en acties op het populatieniveau zullen gemiddeld wel een effect hebben, maar hierdoor weet je niet of groepen met het gezondheidsrisico echt bereikt worden. In dit artikel kon je een diversiteit aan risicogroepen terugvinden, want het zijn niet enkel de meest kwetsbare groepen of chronisch zieken die advies en coaching nodig hebben. Durven speciëren is vooruitgaan, al zal het een uitdaging zijn om de risicogroepen te identificeren en prioriteiten te selecteren. Wat kan helpen om acties meer gericht en pro-actief te maken is data-gericht werken en specifiek ook op regionaal en lokaal niveau aanwezig zijn. Goede acties in de ene regio zijn immers niet noodzakelijk goede acties in een andere regio, al kunnen de bouwstenen wel gelijklopend zijn. Ook participatie zal ons helpen om noden te identificeren: samenwerking met de leden, met het terrein en met experts in gezondheid en in domeinen die gelinkt zijn aan gezondheid.

4. Besluit

De gezondheidsenquête 2018 heeft weer een schat aan waardevolle informatie opgeleverd over de gezondheid van de Belg. Aan ons als gezondheidsfonds om hiermee aan de slag te gaan. De uitdagingen zijn divers. Het gaat zowel om betrouwbare informatie aanbieden en de mensen actief op weg helpen om deze informatie om te zetten in een gezonde levensstijl. Nog meer bewustmaking rond bepaalde risicofactoren als hoge bloeddruk en hoge cholesterol en mentaal welbevinden. Mensen begeleiden om tot een betere levenskwaliteit te komen. Maar het gaat ook om gezondheid in een breder kader te plaatsen door 'health in all policies' want werken aan gezondheid is ook een verhaal van een waardig inkomen, een degelijke huisvesting, En steeds voor ogen houden dat niet iedereen zijn behoeften en noden hetzelfde zijn en er een individuele aanpak nodig is, waarbij de kracht van de omgeving niet mag vergeten worden.

Gezondheid is dus een werkwoord. Het vraagt kwaliteit, solidariteit en duurzaamheid. Voortdurende bewustheid, aandacht, reflectie, aanpassing, volharding, maar ook correcte en begrijpbare informatie, coaching en partnership zijn cruciaal. De juiste instrumenten op de juiste moment aan de juiste personen, aangemoedigd op individueel en collectief niveau. Op die manier bouwen we samen vastberaden aan meer levenskwaliteit voor iedereen.

22. Williams DM & Rhodes RE. The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health Psychol Rev.* 2016 Jun;10(2):113-28.

23. Deschepper R. Je levensstijl als medicijn. Zo word en blijf je gezond. 2019. Lannoo, Tielt.

24. Van der Heyden J, Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, Nguyen D, Tafforeau J, Gisle L, Braekman E, Berete F. Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/33.

25. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? *KCE Reports* 322A. 2019.

26. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid-overzicht>, geraadpleegd op 23 maart 2020.

Geestelijke gezondheid

Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag.

Rebekka Verniest (Studiedienst), Carolien Luypaert (Stafmedewerker Gezondheidsbevordering)

Piet Bracke (UGent, Departement Sociologie)

Met dank aan Hervé Avalosse en Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

We stellen elkaar vaak de vraag “Hoe gaat het met u?”. Maar welk antwoord verwachten we dan? Willen we dan horen hoe iemand zich echt voelt, zeker als de ander door een moeilijkere periode gaat? Weten we dan hoe we kunnen reageren? En als de vraag aan ons gesteld wordt, durven we altijd zeggen hoe we ons echt voelen, zeker als het wat minder gaat?

Iedereen maakt al eens een moeilijke periode mee en heeft al eens klachten als slaapproblemen of stress. Soms gaat dit snel over, maar soms is er sprake van een ernstiger psychisch probleem. Onderzoek heeft al uitgewezen dat heel wat Belgen op een bepaald moment in hun leven met psychische problemen of klachten kampen. Op dat moment kan praten al een eerste hulp zijn en in een aantal gevallen is het ook noodzakelijk om professionele hulp in te schakelen. En toch blijven veel mensen het moeilijk hebben om deze stappen te zetten. Verschillende factoren liggen hier aan de basis. Er is zelfstigma, stigma en taboe in de samenleving, maar ook nog andere barrières zoals het gebrek aan kennis over hulpverlening en de angst voor of ervaring met financiële ontoegankelijkheid.

In mei 2019 onderzocht CM bij haar leden hoe ze zelf zouden reageren tegenover iemand met psychische problemen en psychische hulpverlening om zo een beeld te krijgen van de mate van stigmatisering. Verder is ook gevraagd naar hun eventuele eigen ervaringen met psychische problemen. Hadden ze hier al mee te kampen? En zo ja, hoe gingen ze hiermee om? Durfden ze erover praten en deden ze een beroep op professionele zorg? Waarom niet?

Dit artikel vat de voornaamste resultaten over de eigen ervaringen van de leden en hieruit blijkt dat de bereidheid om te praten en/of hulp in te schakelen al vrij groot is. Toch zijn er mensen die enkel praten over de problemen of enkel hulp zoeken terwijl in een aantal gevallen beide zaken nodig zijn. En er is een kleine groep die noch praat, noch professionele hulp inschakelt hoewel dit misschien wel nodig is. Het onderzoek bevestigt dat dit deels het gevolg is van de taboesfeer en het stigma die nog steeds rond psychische problemen hangen (schaamte, angst voor reacties). Maar ook andere barrières zoals onvoldoende kennis over het aanbod of een perceptie van of ervaringen met de ontoegankelijkheid van zorg, spelen een rol. Dit doet besluiten dat er nog heel wat werk kan verricht worden in de richting van destigmatisering en doorbreking van het taboe enerzijds en in de versterking van een breed toegankelijk aanbod en de bekendmaking ervan anderzijds. Samen met de overheid en heel wat andere organisaties, wil CM hier mee aan werken.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, psychische problemen, psychische zorgverlening, barrières, taboe, stigma

1. Inleiding

“Hoe gaat het met u?” Het is een eenvoudige vraag die we elkaar regelmatig stellen. Maar is dit altijd echt gemeend? Willen we dan horen hoe iemand zich echt voelt? Zijn we erop voorbereid dat er niet altijd een positief antwoord zal volgen? Als iemand ons dan antwoordt dat het slecht gaat, hoe gaan we daarmee om? Weten we hoe we moeten reageren? Weten we hoe we de ander kunnen helpen? Hoe denken we trouwens in het algemeen over personen met psychische problemen? En als deze vraag aan ons gesteld wordt, hoe oprecht antwoorden we dan? Durven we altijd zeggen hoe we ons echt voelen, zeker als het wat minder gaat? Of houden we dat liever voor onszelf?

Iedereen maakt wel eens een moeilijkere periode mee en heeft al eens diverse klachten als slaapproblemen, stress of veel piekeren. Soms zijn deze klachten van korte duur en vaak gaan ze vanzelf over. Maar als ze lange tijd aanslepen en het dagelijks functioneren ernstig beperken, is er mogelijk sprake van een psychische aandoening. Enkele veelvoorkomende aandoeningen zijn burn-out, depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik. Onderzoek toonde aan dat een kwart van de Belgen ooit met psychische problemen te kampen krijgt¹ en dat deze problemen vaak een grote impact hebben, zowel op de zieke en zijn directe omgeving als op de gehele samenleving. De gezondheidsenquête 2018² leert dat er bij 33% van de Belgen sprake is van psychisch onwelbevinden die bijvoorbeeld het gevolg kan zijn van concentratieproblemen, slaaptkort of een gevoel van neerslachtigheid. Verder is er bij 17,7% een reële kans op een psychische aandoening, vertoont 11% symptomen van een angststoornis, wordt 7% geconfronteerd met een eetstoornis en ruim 9% met een depressieve stoornis. Voor heel wat indicatoren kenden de resultaten de voorbije jaren bovendien een ongunstige evolutie.

Als je een moeilijkere periode meemaakt, kan het opluchten om erover te praten met iemand die je vertrouwt. Het helpt je je gedachten op een rijtje te zetten en kan ervoor zorgen dat je je minder alleen voelt. Praten kan ook drempelverlagend zijn om, zo nodig, de stap te zetten naar professionele hulp, de behandeling vol te houden en herval te vermijden³. Dit wordt steeds opnieuw onderstreept in adviezen en pu-

blieke campagnes⁴. Maar het taboe op praten over psychische problemen is in onze samenleving nog steeds groot. Allerlei factoren spelen hierbij een rol, maar angst voor sociale uitsluiting, schaamte en het niet kunnen verwoorden zijn vaak bepalend. Mensen willen anderen ook niet tot last zijn en de problemen zelf oplossen. De omgeving heeft soms vooroordelen over mensen met psychische problemen of weet niet hoe te reageren. Daarnaast zijn er nog andere barrières zoals een ontoereikend of ontoegankelijk aanbod. Dit alles zorgt ervoor dat problemen aanslepen of verergeren en mensen niet of pas laat de noodzakelijke hulp zoeken.

Gezien de hoge prevalentie van psychische problemen en hun impact, is het belangrijk dat het taboe en stigma errond en andere barrières verdwijnen. Als gezondheidsfonds kan en wil CM hiertoe bijdragen, zowel onder de vorm van eigen campagnes als onder de vorm van beleidsbeïnvloeding. Om nog beter te kunnen inspelen op de noden van de bevolking rond geestelijk gezondheid, is in het voorjaar 2019 bij de CM-leden een grootschalig onderzoek gedaan naar het taboe rond psychische problemen en over de eigen ervaringen met psychische problemen⁵. Zo kon ook worden nagegaan in welke mate de bevindingen uit de literatuur rond taboe en barrières bevestigd konden worden.

Dit artikel bespreekt naast de onderzoeksmethode, de resultaten van de eigen ervaringen van de CM-leden met psychische problemen en de wijze waarop ze hiermee omgingen. De resultaten rond de mening over en houding tegenover psychisch lijden en psychische hulpverlening worden in een afzonderlijk artikel besproken.

2. Onderzoeksmethode

Eind mei 2019 is een online bevraging gedaan bij een willekeurige steekproef van 100.000 CM-leden⁶ aangesloten bij een Vlaams CM-ziekenfonds. Van de 7.034 ontvangen vragenlijsten, werden er uiteindelijk 5.675 weerhouden voor verdere verwerking⁷.

1. <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>

2. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4 (https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/MH_NL_2018.pdf) - zie ook het artikel in dit nummer van CM-Informatie dat de resultaten van de gezondheidsenquête in detail analyseert.

3. Elise Pattyn et. al. Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. *Psychiatric Services* 65:232–238, 2014; doi: 10.1176/appi.ps.201200561

4. Zie onder meer <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/praat-erover> en <https://www.tegek.be/hulp/praten-kan-helpen.html>

5. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandstalige dienst gezondheidsbevordering van CM. Het hielp bij het identificeren van belangrijke behoeften van de bevolking op het gebied van geestelijke gezondheid en ondersteunde de campagne van 2019 'Hoe gaat het met u?' (beschikbaar op <https://www.cm.be/over-cm/campagnes/hoegaat-het-met-u>) geconsulteerd op de 30 maart 2020.

6. Gezien de techniek van vier vignettes zijn in de praktijk vier willekeurige steekproeven van 25.000 personen getrokken die elk op een aantal parameters (leeftijd, geslacht en provincie) representatief zijn voor de Vlaamse bevolking. Het basisbestand hiervoor is het bestand van CM-leden van wie CM over het mailadres beschikt en van wie CM de toestemming heeft gekregen om dit mailadres voor online-enquêtes te gebruiken.

7. Een deel van de 7.034 ontvangen vragenlijsten kon niet worden weerhouden: vragenlijsten waar enkel de profielvragen waren ingevuld (1.331 vragenlijsten) of waarvoor de noodzakelijke informatie voor de herweging van de resultaten niet beschikbaar was.

De vragenlijst, opgesteld in samenwerking met de UGent⁸, bevatte vooreerst enkele vragen over het profiel van de respondent (leeftijd, geslacht, woonplaats, burgerlijke status, ...).

Een tweede deel startte met de beschrijving van een casus van iemand die geconfronteerd wordt met een psychische kwetsbaarheid ('vignette'), zonder hierbij de aandoening expliciet te benoemen. Er werden enkel een reeks typische symptomen beschreven⁹. Er werden vier verschillende casussen gebruikt: een man en een vrouw met de symptomen van depressie en een man en een vrouw met de symptomen van psychose. Vervolgens is aan de deelnemers gevraagd een aantal vragen te beantwoorden in verband met de beschreven casus. De antwoorden op deze vragen laten toe een beeld te schetsen in welke mate ook bij CM-leden sprake is van stigma en taboe rond psychische kwetsbaarheid.

In het derde deel van de bevraging is bij de respondenten gevraagd naar de eigen ervaringen met psychische problemen. Is men ooit al geconfronteerd geweest met psychische problemen? Met wie heeft men hierover gepraat? Of waarom praatte men er niet over? Bij wie zocht men hulp? Of wat waren de drempels om hulp te zoeken? Ook de antwoorden op deze vragen schetsen een deel van het stigma en taboe.

3. De ervaring van de CM-leden met psychische problemen

3.1. Profiel van de respondenten

3.1.1. Socio-demografische kenmerken

Aanvankelijk bestond de groep respondenten voor 60% uit vrouwen en 40% uit mannen. Na herweging is dit gecorrigeerd tot respectievelijk 51,1% en 49,9%. Zoals te verwachten was het aandeel CM-leden uit de leeftijdscategorie 18-39 jaar dat de vragenlijst heeft ingevuld het kleinst (15%). Vooral de groep 65-plussers is met 34,5% in vergelijking met de Vlaamse bevolking, oververtegenwoordigd. 50,4% van de respondenten bevond zich in de leeftijdscategorie 40-64 jaar. Dit wordt door

herweging gecorrigeerd tot 35,5% voor de leeftijdscategorie 18-39 jaar, 45,1% voor de leeftijdscategorie 40-64 jaar en 19,4% 65-plussers.

Door deze herweging sluit de verdeling van de onderzoekspopulatie volgens leeftijd en geslacht beter aan bij de referentiepopulatie (= de Vlaamse bevolking).

Ruim twee derde van de respondenten woont samen in een relatie: de helft is gehuwd, 17% samenwonend. Het overige derde is alleenstaand, onder meer door scheiding of door het overlijden van de partner. Het aantal gehuwden stemt overeen met de resultaten voor de Vlaamse bevolking¹⁰. Het aantal gescheiden personen is iets lager dan in de Vlaamse bevolking. Vooral het aantal weduwen/weduwnaars is lager. Mogelijks ligt de leeftijdsgrens van 80 jaar voor de steekproef aan de basis van het verschil met de Vlaamse bevolking.

Met 58% is het aandeel hooggeschoolden (diploma hoger of universitair onderwijs) in het onderzoek hoger dan wat in de Vlaamse bevolking wordt vastgesteld (37% in 2015). Het aandeel middengeschoolden (diploma secundair onderwijs) bedraagt bijna 37% tegenover 40% in de Vlaamse bevolking. Vooral het aandeel laaggeschoolden (zonder diploma secundair onderwijs) is in de steekproef lager dan in de Vlaamse bevolking (4% tegenover 23%).

De meerderheid van de respondenten is beroepsactief, hetzij als loontrekkende (50%), hetzij als zelfstandige of in een vrij beroep (6%). 28% is gepensioneerd en 10% is arbeidsongeschikt of andersvalide. De overigen zijn werkzoekende, student of huisvader/huismoeder.

Twee derde van de respondenten geeft aan makkelijk tot zeer makkelijk rond te kunnen komen met het beschikbare inkomen. 12% van de respondenten komt (zeer) moeilijk rond. In 2018 was dit in de Vlaamse bevolking 11%¹¹.

3.1.2. Mentale gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd de CES-D8 in te vullen, een gestandaardiseerde vragenlijst waarmee een inschatting kan gemaakt worden van de omvang van depressieve klachten in de week voor de afname ervan¹². Meer concreet is hen ge-

8. Onder leiding van prof. Dr. Piet Bracke, hoogleraar verbonden aan de vakgroep sociologie en lid van een onderzoeksgroep die sociaaldemografisch en gezondheidssociologisch onderzoek verricht dat zich onder meer focust op mentale gezondheid en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Zie onder meer: Piet Bracke (UGent), Katrijn Delaruelle (UGent) and Mieke Verhaeghe. Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: a cross-national comparison (2019) FRONTIERS IN SOCIOLOGY. 4. En: Charlotte Sercu (UGent) en Piet Bracke (UGent). Stigma, social structure, and the biomedical framework: exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. (2017) QUALITATIVE HEALTH RESEARCH. 27(8). p.1249-1261
9. De gebruikte vragen zijn een selectie uit de vragenlijst die gebruikt is voor de 'Stigma In Global Context - Mental Health Study' (SCG-MHS), een internationale vergelijkende studie naar het niveau en de samenhangende factoren van stigma bij depressie en schizofrenie (<http://www.indiana.edu/~sgcmhs/>).
10. <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-burgerlijke-staat>
11. https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-in-subjectieve-armoede-0#ruim_1_op_10_geeft_aan_moeilijk_rond_te_komen_met_beschikbaar_inkomen
12. Het meetinstrument CESD is een zelfbeoordelingslijst die de omvang meet van depressieve symptomen. De CES-D8 is er een verkorte versie van. Zie onder meer: Jelte Bouma et. al. Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen (https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_cesd2edruk.pdf).

vraagt hoe vaak ze zich in de voorbije week op een bepaalde manier voelden of gedroegen, gaande van 'nooit of bijna nooit' (score 0) tot 'altijd of bijna de hele tijd' (score 3). Voor elke respondent is vervolgens een totaalscore berekend die ligt tussen 0 en 24¹³, waarbij een hogere score wijst op een hogere frequentie en intensiteit van depressieve klachten. De resultaten, samengevat in tabel 1, tonen aan dat de gemiddelde score hoger is voor vrouwen dan voor mannen. 65-plussers, respondenten met een hogere opleiding en respondenten die makkelijk tot zeer makkelijk rondkomen met het beschikbaar inkomen lijken in minder mate geconfronteerd te worden met depressieve klachten. Deze resultaten liggen globaal in lijn met wat doorgaans in onderzoek wordt gevonden¹⁴.

Tabel 1: CES-D8-score van de respondenten naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en financiële situatie

	Gemiddelde	Pctl 25	Pctl 50	Pctl 75
Totaal	8,17	5	8	11
Man	7,76	4	8	11
Vrouw	8,57	5	9	11
18-39 jaar	8,59	5	8	12
40-64 jaar	8,29	5	8	11
65+ jaar	7,1	4	7	10
Maximaal secundair onderwijs	8,79	6	9	12
Hoger niet-universitair onderwijs	7,91	4	8	11
Universitair onderwijs of (post) doctoraat	7,4	4	7	10
(Zeer) moeilijk rondkomen	11,98	9	12	15
Eerder moeilijk rondkomen	9,56	7	10	12
Eerder makkelijk rondkomen	7,65	5	8	10
(Zeer) makkelijk rondkomen	6,42	3	6	9

3.2. Eigen ervaringen psychische problemen

3.2.1. Had men zelf al te maken met psychische problemen?

Naast de inschatting van de mentale gezondheid op basis van de CES-D8, geeft ook de vraag naar de eigen ervaringen met psychische problemen een idee van de gezondheidstoestand van de respondenten. De helft van de respondenten zegt dat hij/zij nog nooit geconfronteerd is met psychische problemen waardoor hij/zij moeite had met de dagelijkse bezigheden (figuur 1). Bijna 1 op 3 had in het verleden een probleem (= meer dan een jaar geleden) en 17% kampt op het moment van de bevraging of in een recent verleden met een probleem. Ook in een eerdere bevraging bij Vlamingen in 2014 bleek dat ongeveer de helft zelf al te maken had met een psychisch probleem¹⁵.

Dat meer vrouwen dan mannen aangeven al geconfronteerd te zijn met psychische problemen, stemt overeen met de vaststelling uit andere onderzoeken. Verder is bijna de helft van de personen met ervaring met problemen 40-64 jaar en 40% 18-39 jaar; een eerder beperkt aandeel is 65 jaar of ouder (13%). Voorts neemt het aantal personen dat ervaring heeft met psychische problemen af met toenemend opleidingsniveau (van 42% bij laaggeschoolden tot 23% bij hooggeschoolden). Wie aangeeft dat hij/zij al psychische problemen had, zegt ook vaker (zeer) moeilijk rond te komen met het beschikbaar gezinsinkomen. Ook de verschillen naar leeftijd en inkomensniveau stemmen overeen met bevindingen uit andere onderzoeken, waaronder de Belgische gezondheidsenquête¹⁶.

3.2.2. Praten CM-leden over psychische problemen?

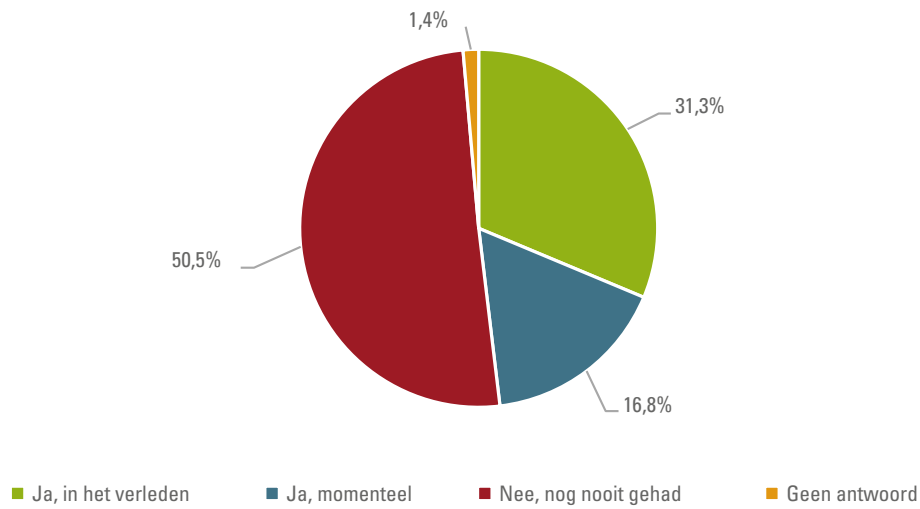
Zoals gezegd, is praten over gevoelens en problemen belangrijk, maar dit is niet voor iedereen even gemakkelijk. Veel mensen voelen zich er oncomfortabel, kwetsbaar, beschaamd of zwak bij of hebben schrik voor de reactie van de ander.

Wie praat over zijn/haar psychische problemen?

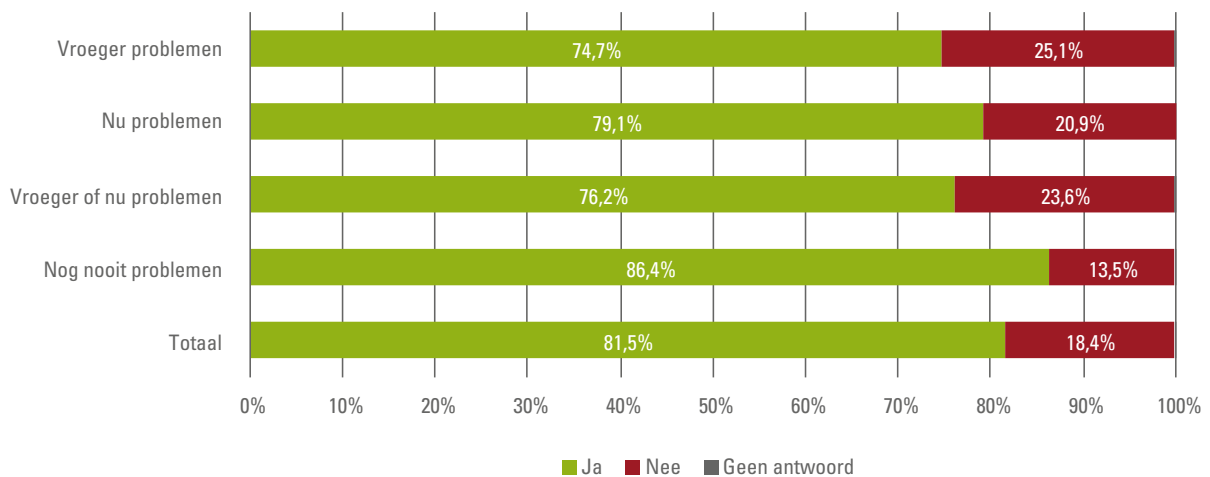
82% van de CM-leden geeft dat ze met de directe omgeving (vrienden, partner, familie, collega's, ...) over psychische problemen gepraat hebben of dit zouden doen (figuur 2). Bij personen met ervaring met psychische problemen is dit 76%, bij wie nog nooit een psychisch probleem ervaarde, is dit 86%. Bij deze groep is het evenwel niet uit te sluiten dat ze de eigen bereidheid om de praten overschatten.

- De twee positief geformuleerde items, worden omgekeerd gecodeerd alvorens de totale score te berekenen. Waar 'weet niet' is geantwoord, is dit in de totaalscore per persoon verwerkt met de techniek van 'mean imputation' waarbij voor elk van de 8 items de gemiddelde score berekend is voor de beschikbare data. Voor respondenten die voor een item 'weet niet' hebben aangekruist, wordt dit vervangen door de gemiddelde score voor dit item.
- S. Van de Velde, K. Levecque, P. Bracke. Vlaanderen versus Nederland: verschillen in depressieve klachten bij mannen en vrouwen gemeten met de ces-d8. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)2, 73-82.
- Coppens E. et al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Lukas, Leuven, 2014.
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J., O.C. en Buffel, V. et al Fit in het hoofd? In: De sociale staat van Vlaanderen 2013, p. 137.

Figuur 1: Eigen ervaring met psychische problemen bij CM-leden



Figuur 2: Sprak u met uw directe omgeving over een psychisch probleem of zou u dit doen?



De bereidheid om te praten is kleiner bij laaggeschoolden en bij diegenen die moeilijk rondkomen met het beschikbaar inkomen (tabel 2). Vrouwen geven dan weer vaker aan over de problemen te (zullen) praten. Ook ander onderzoek vermeldt dat vrouwen psychische problemen doorgaans makkelijker bespreekbaar maken en bij anderen steun vragen¹⁷. Voor mannen leeft nog meer de opvatting dat zij emoties moeten beheersen waardoor zij eerder zullen terugvallen op zelfzorg en op het zelf oplossen van problemen. Dit is dan niet alleen

hun eigen opvatting, maar wordt door de omgeving ook zo verwacht. Toch is het opvallend dat slechts een op de vier mannen aangeeft niet over de problemen te (zullen) praten.

Vooraf bij de personen met ervaring met psychische problemen neemt het aandeel dat hierover praatte af met de leeftijd. Daar waar in de jongste leeftijdsgroep nog vier op de vijf respondenten hiertoe bereid is, is dit bij de 65-plussers nog maar twee op de drie. Dit sluit aan bij wat in eerder onderzoek

17. Elise Pattyn et al., O.C.

gevonden is, namelijk dat ouderen minder een beroep doen op informele hulp¹⁸. Dit kan te maken hebben met een mindere bereidheid, vb. door negatieve ervaringen in het verleden. Maar ook het afgenomen sociaal netwerk van ouderen is een factor die kan meespelen.

Tabel 2: Praat u over een psychisch probleem met uw directe omgeving of zou u dit doen? (volgens geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en financiële situatie)

	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen
	Ja	Ja
Man	72,0%	83,2%
Vrouw	79,5%	90,4%
18-39 jaar	80,9%	87,2%
39-64 jaar	74,7%	86,4%
65 jaar en ouder	67,7%	85,4%
Maximaal secundair onderwijs	69,5%	84,1%
Hoger niet universitair onderwijs	80,8%	88,2%
Universitair onderwijs of postdoc	83,4%	87,5%
(Zeer) moeilijk rondkomen	66,7%	77,0%
Eerder moeilijk rondkomen	75,5%	85,4%
Eerder makkelijk rondkomen	78,5%	87,1%
(Zeer) makkelijk rondkomen	80,3%	87,8%
Totaal	76,2%	86,4%

Hoewel deze resultaten op het eerste zicht zeer bemoedigend lijken, blijft het toch een belangrijk aandachtspunt dat nog steeds heel wat mensen niet met de directe omgeving (zouden) praten over psychisch lijden. Nog te veel mensen hebben de neiging op zichzelf terug te plooiën en problemen voor zichzelf te houden. Dit houdt het risico in dat ze nog meer in een isolement terechtkomen, alsook dat problemen laattijdig gedetecteerd en behandeld worden en de problemen dus nog ernstiger worden. Het blijft dan ook noodzakelijk in campagnes het belang en het nut van informele hulp te blijven benadrukken, te blijven herhalen dat praten wel degelijk kan helpen en dat het de stap naar professionele hulp kan verkleinen.

Waarom praat men niet over problemen?

De voornaamste reden om niet met de directe omgeving te praten is dat men de problemen zelf wil oplossen of de omgeving, om welke reden dan ook, niet wil belasten (tabel 3). Ook schaamte en angst voor reacties blijken belangrijke drempels voor wie al ervaring heeft met psychisch lijden. Zij gaan er ook vanuit dat er onvoldoende openheid zal zijn bij de omgeving.

Wie nog geen ervaring heeft met psychische problemen, verwijst minder vaak naar schaamte en het gebrek aan openheid in de omgeving als redenen om niet over problemen te praten. Dit moet echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het is immers mogelijk dat zij het stigma zowel bij zichzelf als in de samenleving sterk te onderschatten en deze factoren wel zullen meespelen op het moment dat ze daadwerkelijk met psychisch lijden geconfronteerd zouden worden.

Het stigma en taboe leven globaal dan weer meer bij jongere respondenten die vaker dan de anderen aangeven dat ze geen positieve reactie van de omgeving verwachten (22,9%), dat ze zich schamen (41,5%) en het probleem zelf willen oplossen (55,9%)¹⁹. Meer mannen dan vrouwen zien er niet onmiddel-

Tabel 3: Redenen om over de psychische problemen niet met de directe omgeving te spreken

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen	Totaal
	%	%	%	%	%
Probleem zelf willen oplossen	55,0%	36,7%	49,2%	59,7%	53,2%
Omgeving niet belasten	45,0%	54,3%	47,9%	38,3%	48,1%
Zich schamen	30,5%	35,7%	32,2%	23,6%	28,9%
Angst voor reacties	24,9%	28,1%	26,0%	23,6%	25,1%
Omgeving zou slecht reageren	22,6%	20,6%	22,0%	14,0%	19,0%
Geen openheid verwacht van omgeving	21,9%	26,6%	23,4%	11,9%	19,1%
Het belang ervan niet inzien	18,2%	9,5%	15,4%	14,3%	15,0%
Er geen nood aan hebben	16,3%	11,1%	14,6%	20,0%	16,7%

18. Elise Pattyn et. al., O.C.

19. Gegevens niet in tabelvorm opgenomen in dit artikel.

lijk het belang van in om over de problemen te praten (17,4%) en willen het probleem vaker zelf oplossen (56,3%). Vrouwen daarentegen verwachten dan weer vaker een gebrek aan openheid in de omgeving (20,8%).

Met wie praat men over de problemen?

Wie over de problemen wil praten, doet dit in de eerste plaats met de partner of een vriend(in) (tabel 4). Vooral wie nog geen problemen ervaren ziet de eigen partner als gesprekspartner. Dit is minder het geval voor wie al problemen had. Vrouwen praten vaker met een vriend(in) (63%), mannen vaker met hun partner (76%). Ook jongeren (74%), hoger opgeleiden (75%) en respondenten die (zeer) makkelijk met hun inkomen rondkomen (81%) praten vaker met hun partner. Ook andere personen uit de dichte omgeving worden als gesprekspartner gezien (moeder, broer, zus). Verder praten jongeren (67%), hoger opgeleiden (66%) en personen met ervaring met psychische problemen (65%) vaker met vrienden. Bij de interpretatie van deze verschillen moet uiteraard rekening worden gehouden in verschillen in leefwereld van de respondenten (al dan niet aan het werk, al dan niet samen met een partner, ...). Hoe dan ook wijzen deze resultaten op het grote belang van een vertrouwenspersoon in het algemeen en de eigen familie in het bijzonder voor wie over psychische problemen wil praten.

De uitspraak uit campagnes dat 'praten helpt' wordt bevestigd door de resultaten (tabel 5). Globaal geeft 92% aan dat praten over de problemen een beetje tot (zeer) veel helpt of zou helpen. Dit aandeel is iets hoger voor wie nog nooit met problemen kampte, al kan hier opnieuw sprake zijn van enige overschatting.

3.2.3. Zoeken CM-leden professionele hulp voor psychische problemen?

Er zijn situaties waar enkel praten met de omgeving niet volstaat en, al dan niet gespecialiseerde, professionele hulpverlening noodzakelijk is. Bij de deelnemers aan het onderzoek is daarom ook gepeild naar de bereidheid om professionele hulp in te schakelen voor de ervaren psychische problemen en naar de eventuele redenen om dit niet te doen.

Tabel 4: Met wie praat men over psychische problemen?

	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen	Totaal
Vriend(in)	65,2%	53,5%	58,8%
Partner	61,1%	81,1%	72,0%
Moeder	37,5%	24,4%	30,4%
Zus/broer	34,4%	33,3%	33,8%
Collega's	26,7%	14,0%	19,8%
Vader	19,0%	14,6%	16,6%
Professional	19,4%	13,4%	16,1%
Andere familieleden	16,1%	8,7%	12,1%
Buren	6,4%	2,6%	4,4%

Wie zoekt hulp voor de problemen?

Uit het deel van het onderzoek naar de attitude van de respondenten tegenover personen met psychisch lijden en psychische hulpverlening, bleek dat de CM-leden geen uitgesproken negatieve attitude hebben tegenover professionele hulpverlening en dat zij ook voor de persoon uit de casus professionele hulp zouden adviseren²⁰. Het is dan ook niet zo verrassend dat drie respondenten op vier ook zelf professionele hulp (zouden) zoeken voor de ervaren psychische problemen (figuur 3).

Uit ander onderzoek is wel al gebleken dat er soms heel wat tijd over gaat voordat iemand met psychisch lijden de noodzakelijk zorg krijgt. Zo komt de opstart van professionele hulp gemiddeld 1 jaar te laat voor ernstige stemmingsproblemen en zelfs 16 jaar voor ernstige angstproblemen²¹. Er blijken dus nog heel wat drempels te zijn voordat men de stap naar hulpverlening zet.

Dit verklaart misschien voor een deel waarom in dit onderzoek het aandeel hulpzoekers lager is bij wie op het moment van de bevraging met problemen kampt. Wellicht zal een deel van

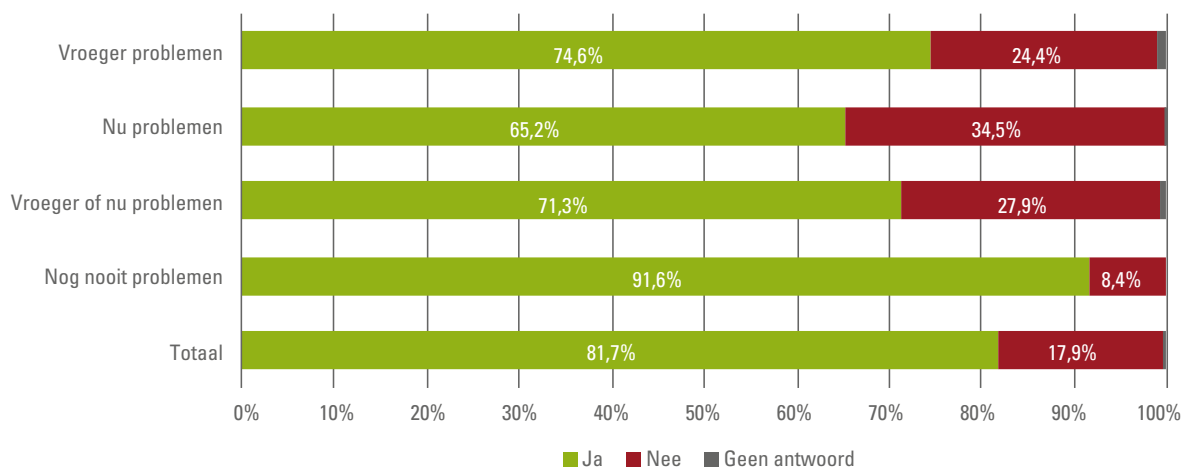
Tabel 5: In welke mate helpt het om over psychische problemen te praten?

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen	Totaal
	%	%	%	%	%
Weinig of niet	9,1%	15,6%	11,4%	3,4%	7,0%
Een beetje	40,4%	46,2%	42,5%	39,8%	41,0%
(Zeer) veel	49,4%	38,0%	45,2%	56,6%	51,4%

20. Zie het artikel "Hoe gaat het met u? Onderzoek naar de houding van CM-leden tegenover personen met psychische problemen en psychische hulpverlening". in ditzelfde nummer van CM Informatie.

21. <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>

Figuur 3: Zocht u professionele hulp voor een psychisch probleem of zou u dit doen?



deze mensen in een latere fase van het ziekteproces toch een beroep doen op professionele hulp. Het feit dat personen die al te maken hadden met psychische problemen minder de stap zetten naar professionele hulp, kan ook het gevolg zijn van minder positieve ervaringen in het verleden met hulp of met de impact in termen van ervaren stigma.

Net zoals bij praten, is ook de bereidheid om professionele hulp in te schakelen hoger bij wie nog nooit met problemen kampte, maar hier kan dan weer sprake zijn van overschatting. Mogelijks zal een deel van hen, in geval van problemen, de stap naar professionele hulp toch niet zetten, misschien omdat dit niet nodig is, maar misschien ook omdat de drempel te hoog is.

In alle subgroepen blijkt dat vrouwen meer dan mannen een beroep (zouden) doen op professionele hulp (tabel 6). Deze genderverschillen zijn wellicht deels te verklaren door de eerder vermelde heersende opvatting dat mannen meer dan vrouwen in staat moeten zijn hun emoties te beheersen en problemen zelf op te lossen waardoor ze minder het advies zullen krijgen om professionele hulp te zoeken en dat ook uit zichzelf minder zullen doen.

Verder lijken vooral ouderen met ervaring met psychische problemen minder geneigd om professionele hulp in te schakelen. Dit geldt ook voor personen die (zeer) moeilijk rondkomen en die nog niet met problemen kampten. Ten slotte heeft ook het

Tabel 6: Zocht u professionele hulp voor een psychisch probleem of zou u dit doen? Volgens geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, financiële situatie

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen
	Ja	Ja	Ja	Ja
Man	67,0%	59,4%	64,4%	89,2%
Vrouw	80,1%	70,8%	77,9%	94,3%
18-39	75,6%	67,5%	72,0%	92,5%
40-64	75,8%	65,1%	73,2%	90,8%
65+	69,0%	47,5%	66,6%	91,3%
Maximaal secundair onderwijs voltooid	70,4%	61,6%	67,5%	88,8%
Hoger niet-universitair onderwijs voltooid	78,3%	70,6%	76,8%	92,6%
Universitair onderwijs voltooid of (post) doctoraat	76,6%	68,0%	74,0%	94,3%
(Zeer) moeilijk rondkomen	78,2%	65,5%	71,5%	82,0%
Eerder moeilijk rondkomen	74,5%	67,6%	71,9%	89,6%
Eerder makkelijk rondkomen	72,4%	62,6%	69,3%	92,7%
(Zeer) makkelijk rondkomen	75,6%	65,0%	72,8%	93,1%

opleidingsniveau een impact op het hulpzoekend gedrag met de laagste bereidheid bij personen die minder hoog zijn opgeleid. Ook deze vaststellingen sluiten aan bij wat in de literatuur gevonden wordt²².

Waarom zoekt men geen hulp?

De redenen om geen beroep te doen op professionele hulp zijn zeer divers (tabel 7). De voornaamste reden is dat men het probleem zelf wil oplossen (59%). Maar er worden ook barrières aangehaald die te maken hebben met onze organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. De angst voor de kostprijs is een belangrijke drempel voor wie al ervaring heeft met psychische problemen (33%) en dan vooral voor wie op het moment van de bevraging of in een recent verleden te kampen had met psychische problemen (45%). De angst voor de kostprijs lijkt ook meer een drempel voor vrouwen (33%), jongeren (34%), minder hoog opgeleiden (34%) en, logischerwijs, personen met financiële moeilijkheden (59%). Personen die nog geen problemen kenden, halen deze reden veel minder aan (8%). Zowel bij wie nog geen problemen ervaarde als bij wie recent problemen had, wordt door een op de tien ook verwezen naar de mogelijks lange wachtlijsten in de zorg. Dit alles wijst op een perceptie van een nog onvoldoende toegankelijke geestelijke gezondheidszorg. Verder tonen de resultaten ook dat een op de vijf respondenten onvoldoende kennis heeft over het aanbod en dus niet goed weet bij wie hij terecht zou kunnen of zich niet vertrouwd zou voelen met GGZ-hulpverlening.

Ten slotte wordt het taboe rond psychische problemen en psychische hulpverlening bevestigd, zeker bij wie al ervaring heeft met psychische problemen. Meer dan een op de tien respondenten beschouwt hulp zoeken als een teken van persoonlijk falen, zou zich schamen of durft de stap naar de hulpverlening niet te zetten. De jongste leeftijdsgroep haalt dit nog vaker aan als reden dan de anderen (respectievelijk 15%, 16% en 24%). Ook hoger opgeleiden zeggen vaker dat ze de stap niet durven zetten (19%).

Bij wie zoekt men hulp?

In lijn met de resultaten van ander onderzoek blijkt dat ook voor de respondenten de huisarts een belangrijk aanspreekpunt blijft in geval van problemen²³ (tabel 8). De huisarts wordt dan gezien als zowel hulpverlener als doorverwijzer naar meer gespecialiseerde hulp indien dit nodig zou zijn.

Ook de psycholoog of psychotherapeut worden vaak vermeld en dan vooral door de respondenten met ervaring met psychische problemen. Deze respondenten vermelden pas in derde orde hulpverlening bij een psychiater. Zij die nog nooit met psychische problemen werden geconfronteerd, vermelden dan weer opvallend vaker de psychiater. Door het gebrek aan eigen ervaring zijn zij zich minder bewust van het aanbod in de GGZ en refereren zij standaard naar de gekende (biomedische) professionals/geneesheren.

Tabel 7: Waarom raadpleegde u geen professionele hulp?

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu probleem	Nog nooit problemen	Totaal
	%	%	%	%	%
Probleem zelf willen oplossen	62,5%	46,4%	55,1%	70,8%	58,6%
Zorgen maken over de kostprijs	23,9%	45,3%	32,9%	16,5%	29,3%
Denken dat het probleem vanzelf overgaat	23,3%	19,6%	21,5%	29,7%	23,3%
Er niet mee vertrouwd zijn	20,3%	22,4%	21,1%	9,9%	18,6%
Niet weten waar men terecht kan of bij wie	19,3%	17,0%	18,2%	21,2%	18,9%
Geen nood aan hebben	20,8%	15,9%	18,5%	16,0%	18,0%
De stap niet durven zetten	14,2%	18,6%	16,1%	17,9%	16,5%
Zich schamen	11,1%	14,5%	12,5%	15,1%	13,1%
Hulp zoeken als teken van persoonlijk falen	11,7%	14,6%	12,8%	8,5%	11,8%
Geen geloof in professionele hulpverlening	9,5%	8,8%	9,1%	17,5%	11,0%
Het belang ervan niet inzien	11,6%	7,2%	9,7%	18,4%	11,6%
Geen tijd voor dergelijke hulpverlening	7,0%	15,1%	10,5%	9,4%	10,2%
Lange wachttijden om geholpen te worden	1,8%	10,0%	5,3%	7,1%	5,7%
Niet lukken om een afspraak vast te leggen	1,5%	3,3%	2,2%	2,4%	2,2%

22. Elise Pattyn et al., O.C.

23. Zie onder meer: <https://domusmedica.be/actueel/gezondheidsenquête-huisarts-geslaagd> en Dr. Evelien Coppens et al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven 2014

Tabel 8: Op welke professionele hulp doet men een beroep?

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen	Totaal
Huisarts	71,2%	26,5%	56,9%	81,5%	71,1%
Psycholoog/psychotherapeut	68,4%	50,0%	62,5%	27,5%	42,4%
Psychiater	33,6%	32,1%	33,1%	67,4%	52,8%
Alternatieve hulpverlener	13,4%	4,3%	10,5%	6,4%	8,1%
Maatschappelijk werker	5,2%	0,2%	3,6%	7,9%	6,1%
Andere professional	3,4%	1,7%	2,8%	0,3%	1,4%
Coach	1,3%	1,1%	1,2%	0,1%	0,6%

Ouderen vermelden nog vaker dan anderen de huisarts (77%) en ook de maatschappelijk werker (9%) als hulpverlener, terwijl jongeren vaker verwijzen naar de psycholoog of psychotherapeut (54%) en psychiater (48%). Ook hoger opgeleiden vermelden deze gespecialiseerde hulp vaker (respectievelijk 61% en 47%). Ten slotte lijken vrouwelijke respondenten niet alleen vaker een beroep te doen op gespecialiseerde hulp (respectievelijk 54% en 45%), maar ook op alternatieve zorgverleners (11,3%).

Algemeen heeft men de ervaring of het vertrouwen dat de professionele hulp helpt (tabel 9). Vooral wie nog geen problemen kende, gaat ervan uit dat men zeer veel baat zal hebben bij professionele hulp. Wie al problemen had, geeft vaker aan dat professionele hulp een beetje helpt. Dit aandeel is lager bij wie op het moment van de bevraging of in een recent verleden een beroep deed op professionele hulpverlening. Mogelijks zijn zij nog steeds in behandeling en zullen ze in een latere fase van dit traject het effect van de professionele hulp nog positiever inschatten. Verder zijn zij er vanuit hun eigen ervaring nog meer van bewust dat professionele hulp alleen niet volstaat en dat hun situatie in zijn totaliteit moet worden aangepakt met ook aandacht voor andere levensdomeinen (onderwijs, tewerkstelling, wonen, vrije tijd, ...).

3.2.4. Praten versus hulp zoeken

Over de totale groep beschouwd, geeft een meerderheid aan hulp te zoeken en ook over de problemen te praten (figuur 4). Het gaat om 58% van de respondenten met ervaring met psychische problemen en 82% van de respondenten zonder ervaring met psychische problemen. Al moet voor deze laatsten, zoals reeds aangegeven, rekening worden gehouden met een overschatting en is het nog af te wachten of ze dit ook effectief zouden doen wanneer ze effectief met psychische problemen te maken zouden hebben.

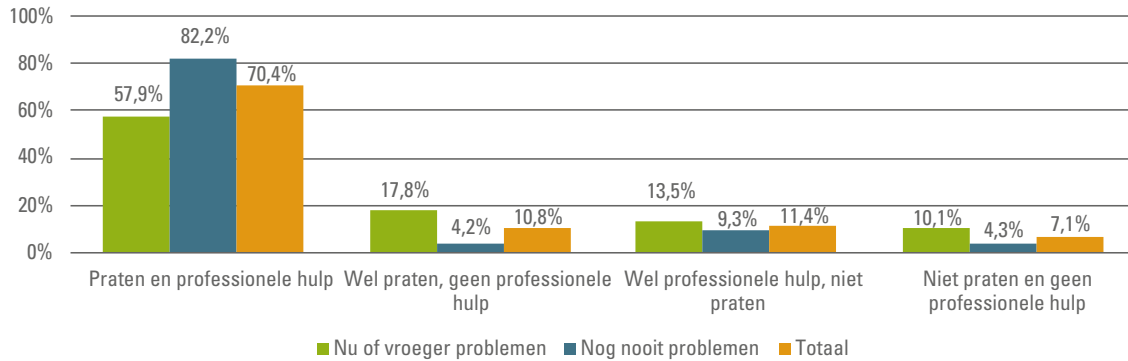
Vrouwen geven vaker dan mannen aan dat ze over hun problemen praten en hiervoor ook professionele hulp zoeken. Hetzelfde geldt voor hoger opgeleiden en voor de jongste leeftijdscategorie respondenten die al geconfronteerd werd met problemen. Ouderen geven vaker aan dat ze niet over problemen spreken maar wel hulp zoeken of dat ze noch over de problemen spreken, noch hulp zoeken.

Verder zijn er respondenten die enkel over de problemen praten en anderen die enkel professionele hulp inschakelen. Dit is niet noodzakelijk een groot probleem, op voorwaarde dat ze hiermee effectief geholpen zijn en dit niet is ingegeven door bijvoorbeeld negatieve reacties uit de directe omgeving of negatieve ervaringen met hulpverlening in het verleden.

Tabel 9: In welke mate helpt professionele hulp?

	Vroeger problemen	Nu problemen	Vroeger of nu problemen	Nog nooit problemen	Totaal
Weinig of niet	6,1%	9,0%	7,0%	1,2%	3,7%
Een beetje	21,2%	34,7%	25,5%	22,2%	23,6%
(Zeer) veel	72,2%	55,4%	66,9%	76,4%	72,4%

Figuur 4: Praten en/of professionele hulp voor psychische problemen

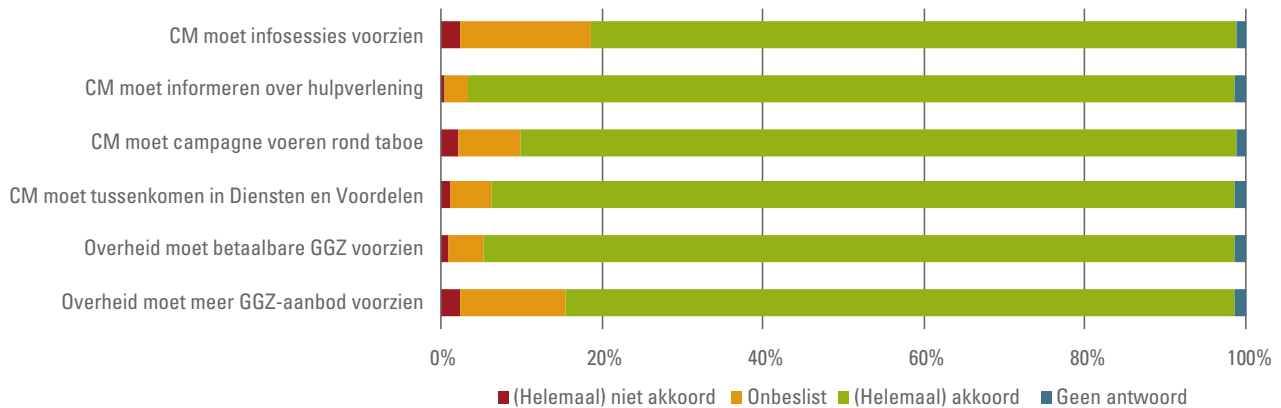


De vaststelling over hulpzoekend gedrag bij de respondenten mag dus zeker hoopgevend te noemen zijn. Maar hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat nog te veel mensen niet over hun problemen praten en ook niet de stap zetten naar professionele hulp. Het gaat om 7% van de respondenten. Bij wie al psychische problemen ervaren heeft, is dit zelfs 10%. Voor een aantal onder hen kan het zijn dat problemen effectief vanzelf overgaan, maar de uit de resultaten bleek ook al dat heel wat respondenten drempels ondervinden om de stap naar (in)formele hulp te zetten.

3.2.5. Wat is de rol van de overheid en van een ziekenfonds?

Aan de respondenten is ten slotte ook een aantal stellingen voorgelegd over de rol van de overheid en een ziekenfonds in het GGZ-beleid. Voor alle stellingen geldt dat een meerderheid ermee akkoord gaat (figuur 5). De financiële toegankelijkheid van zorg is een belangrijke bekommernis en een overgrote meerderheid vindt dat zowel de overheid als zijn mutualiteit hier een verantwoordelijkheid moeten opnemen. Dit is in lijn met de vaststelling dat een deel van de respondenten de stap naar professionele hulp niet zet uit angst voor de kostprijs.

Figuur 5: De rol van de overheid en van CM als de mutualiteit van de respondenten



Er is tevens een duidelijke vraag naar meer informatie over mogelijke hulpverlening bij psychische problemen. Dit is niet te verwonderen aangezien velen aangaven niet te weten bij wie ze in geval van psychische problemen terecht (zouden) kunnen voor hulp (zie hoger). En ook in het tweede deel van het onderzoek geeft een grote groep respondenten aan niet te weten naar wie men de persoon uit de casus zou kunnen doorverwijzen (zie ander artikel). Er is dus duidelijk nood aan een versterking van dit aspect van de mental health literacy.

4. Besluit en aanbevelingen

CM onderzocht bij haar leden of ze al met psychische problemen te kampen hadden en hoe ze hiermee omgingen. Durven ze over hun problemen praten en durven ze de stap zetten naar professionele hulp? Welke zijn de barrières die ze ondervinden? De resultaten tonen dat de helft van de CM-leden al met psychisch lijden te maken had. Een groot deel hiervan praatte hierover met mensen uit de directe omgeving en/of deed een beroep op professionele hulpverlening. Bij wie nog niet te maken kreeg met psychisch lijden is de bereidheid om desgevallend erover te praten of er hulp voor te zoeken nog groter, al is de kans reëel dat ze hun eigen hulpzoekend gedrag overschatten en zij in geval van effectieve problemen toch drempels zullen ervaren om de stap naar hulp te zetten.

Maar belangrijker is dat 24% van de respondenten met ervaring met psychisch lijden hier niet over praatte en 28% geen beroep deed op professionele hulp. Bovendien geldt voor 10% dat ze niet over de problemen praten maar ook geen hulp inschakelen. En wellicht zal het praten en/of hulp zoeken in een deel van de situaties wel nodig geweest zijn.

De redenen om niet over de problemen te praten of hulp in te schakelen zijn divers. Als men niet over de problemen praat, is dit in de eerste plaats omdat men de problemen liever zelf oplost of omdat men de omgeving niet willen belasten, maar ook schaamte en angst voor reacties spelen een rol. Ook bij het hulpzoekend gedrag spelen taboe en stigma een rol, naast andere barrières zoals de kostprijs en het gebrek aan kennis over het aanbod.

De impact van het feit dat mensen niet over de problemen praten of geen hulp zoeken, mag niet onderschat worden. Het kan ertoe leiden dat niet alleen de mentale gezondheid maar ook de levenskwaliteit verder achteruit gaan als gevolg van verder afnemende sociale contacten en toenemende isolatie, het verergeren van bestaande of ontstaan van nieuwe fysieke problemen die ook niet of onvoldoende aangepakt worden, een nog grotere afstand tot opleiding of de arbeidsmarkt, Door niet de stap te zetten naar noodzakelijke zorg en ondersteuning, loopt iemand met psychische lijden dus risico dat de problemen zich zullen opstapelen. De uitdaging gaat dus veel verder dan het behandelen van de psychische problemen, veel verder dan het opnieuw gezond worden.

Wie geconfronteerd wordt met psychische problemen, moet zelf verschillende drempels overwinnen om de stap naar informele of formele hulp te zetten. Daarom zijn initiatieven nodig gericht op het wegwerken van deze ervaren drempels in hulpzoekend gedrag. Zowel de overheid als middenveldorganisaties, zoals de ziekenfondsen, kunnen hier een belangrijke rol spelen. Zo is het belangrijk om nog meer in te zetten op een voldoende groot, laagdrempelig en financieel toegankelijk aanbod aan geestelijke gezondheidszorg gericht op de brede bevolking. Het bestaande aanbod moet ook meer bekend gemaakt worden met brede informatiecampagnes en campagnes aangepast aan de eigenheid van specifieke subgroepen in de samenleving (vb. jongeren, mensen met een beperkte health literacy, ...).

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.

Door sensibiliserings- en informatieacties en een correcte beeldvorming over psychische problemen en hulpverlening, moet bovendien verder ingewerkt worden op het taboe en stigma dat nog steeds leidt tot de aarzeling om over psychische problemen te praten, om hulp te zoeken en in de aarzeling om anderen door te verwijzen naar hulpverleners.

CM neemt hier al haar verantwoordelijkheid op met diverse initiatieven en een ruim aanbod (door het paritair beheer van de sociale zekerheid, het vergoeden van psychologische zorg via de aanvullende diensten en voordelen, door specifiek onderzoek te doen naar de geestelijke gezondheid van haar leden, door initiatieven om stereotypen met betrekking tot de geestelijke gezondheid tegen te gaan). Een concreet voorbeeld is de recente campagne van Gezondheidsbevordering het 'oprechte vraagteken' (zie kader).

Campagne het 'Oprechte Vraagteken'

Met de recente campagne het 'Oprechte Vraagteken' wil CM Gezondheidsfonds enerzijds bijdragen tot **destigmatisering** en **taboedoorbreking** en anderzijds tot het dichterbij de mensen brengen van hulpverlening. Het ultieme doel is om gedragsverandering te bekomen waarbij mensen met psychische problemen wel over de problemen praten en de stap naar 'hulpverlening' zetten als dit nodig is. Toch richt de campagne richt zich in de eerste plaats tot de omgeving en niet tot de persoon met psychische problemen zelf. Met de campagne wil CM mensen ertoe aanzetten écht te vragen hoe het met iemand gaat.

Naast een mediacampagne via diverse kanalen en een reeks publieksacties, ontwikkelde CM in samenwerking met het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) en Te Gek!? een informatiesessie rond het bespreekbaar maken van psychische problemen. Deze sessie richt zich tot iedereen die er graag wil zijn voor mensen in zijn omgeving die het psychisch moeilijk hebben, maar die niet goed weet hoe hij een gesprek hierover kan aanpakken en naar wie men mensen kan doorverwijzen voor hulp.

Verder is er nog de interactieve lezing 'Wegwijs in de geestelijke gezondheidszorg', gegeven door Brenda Froyen waarmee ze een open klimaat creëert en het debat wil stimuleren omtrent het taboe en stigma rond geestelijke gezondheid.

Meer informatie: <https://www.cm.be/het-oprechte-vraagteken>

Hoe gaat het met u? Onderzoek naar de houding van CM-leden tegenover personen met psychische problemen en psychische hulpverlening.

Rebekka Verniest (Studiedienst), Carolien Luypaert (Compas)

Piet Bracke (UGent, Vakgroep Sociologie), Lisa Colman (UGent, Vakgroep Sociologie)

Met dank aan Hervé Avalosse en Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

Mensen stellen elkaar vaak de vraag 'hoe gaat het met u?' Maar vaak is dit vooral een beleefde begroeting. Ze zijn er dan doorgaans niet op voorbereid dat het antwoord ook minder positief kan zijn en zouden niet weten hoe te reageren. Bovendien zal diegene aan wie de vraag wordt gesteld, doorgaans ook aarzelen om hier openlijk over te praten, zeker wanneer het wat minder gaat of er sprake is van psychische problemen. Over deze problemen praat men nu eenmaal niet graag. Dit is in belangrijke mate het gevolg van het stigma dat nog steeds op psychische problemen rust. Bij stigma krijgen mensen op basis van een specifiek kenmerk een stempel opgekleefd en worden hieraan negatieve kenmerken gekoppeld. Dit leidt tot reacties van angst en boosheid, de wens tot afstand en afwijzend en discriminerend gedrag. Maar stigma gaat verder dan interpersoonlijke contacten, het heeft ook een structurele component, meer bepaald de stigmatiserende en discriminerende processen in de samenleving.

Met een onderzoek wilde CM een beeld krijgen van de houding van haar leden tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid en tegenover de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurde door hen een casus voor te leggen van een persoon met een psychische kwetsbaarheid (= vignette) en hierover een aantal vragen te stellen. Hoe beoordelen zij de situatie van de persoon met psychische kwetsbaarheid? Wat zien zij als mogelijke oorzaken? Hoe schatten zij de herstel mogelijkheden in? En welke afstand willen zij? Uit de resultaten blijkt dat er ondanks een globaal positieve houding, ook sporen van vooroordelen en stigma te bespeuren zijn.

Gezien de impact van dit stigma op de persoon met psychische kwetsbaarheid op het vlak van behandeling, zelfbeeld, levenskwaliteit en re-integratie in de samenleving, is het belangrijk verder in te zetten op initiatieven die stigmatisering willen tegengaan. Naast initiatieven die focussen op positieve beeldvorming en correcte informatie over psychische problemen en behandelmogelijkheden, moet ook aandacht gaan naar het wegwerken van structurele stigmatiserende en discriminerende processen. Ook CM wil hierin haar verantwoordelijkheid blijven opnemen.

Sleutelwoorden: Psychisch lijden, Geestelijke gezondheid, vermaatschappelijking, taboe, stigma, beeldvorming, vooroordelen, discriminatie

1. Inleiding

De vraag 'hoe gaat het met u?' is in onze samenleving voor velen geëvolueerd naar niets meer dan een beleefde begroeting. Wie de vraag stelt, verwacht in principe geen negatief antwoord. En als dat negatieve antwoord er wel komt, weet men misschien niet altijd hoe te reageren. Bovendien zeggen mensen die de vraag krijgen niet altijd hoe ze zich echt voelen.

Als het over negatieve gevoelens en psychische problemen gaat, hebben mensen nog altijd heel veel schroom om erover te praten. En ook de stap naar professionele hulpverlening is voor velen niet gemakkelijk. Dit heeft in niet onbelangrijke mate te maken met het stigma dat nog steeds op psychische problemen rust.

Stigma is een complex gegeven met meerdere dimensies met cognitieve, affectieve en gedragscomponenten¹. Het start met het proces waarbij personen met een specifiek kenmerk, c.q. een psychisch probleem, op basis van dit kenmerk een stempel krijgen. Hieraan worden vervolgens een aantal negatieve karakteristieken gekoppeld. Zo worden personen met psychische problemen vaak beschouwd als zwak, onbetrouwbaar, onvoorspelbaar of gevaarlijk. Deze negatieve stereotypering leeft zowel bij de omgeving (publiek stigma) als bij de persoon zelf die deze stereotypen verinnerlijkt (zelfstigma). Zo ontstaat de wens om afstand te nemen, een "wij-zij"-gevoel en kan dit ertoe leiden dat het zelfvertrouwen en zelfbeeld van personen uit de gestigmatiseerde groep zwaar worden aangetast en zij zich anders en minderwaardig voelen. Van de kant van de stigmatiserende persoon zijn er gevoelens van irritatie, boosheid, angst en bij de gestigmatiseerde persoon gevoelens van angst en schaamte. De gestigmatiseerde verliest zijn rol, zijn status in de samenleving en er is sprake van discriminerend gedrag. Het stigmaproces kan ook niet los gezien worden van heersende machtsverhoudingen en het feit dat meer kwetsbare groepen de gevolgen van negatieve stereotypering moeilijker kunnen ontlopen dan meer bevoorrechte groepen. De discriminatie doet zich voor in interpersoonlijke relaties waarbij iemand met psychische problemen bijvoorbeeld problemen ondervindt om deel te nemen aan het sociaal leven, om aanvaard te worden voor een job of om een woning te huren. Maar deze discriminatie situeert zich ook op een hoger niveau². Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de algemeen negatievere beeldvorming in de media, in het gezondheidsbeleid dat te weinig aandacht besteedt aan geestelijke gezondheid (szorg), in verzekeringsproducten met verschillende voorwaarden voor personen met psychische problemen. Omdat personen met een psychische kwetsbaarheid zich bewust zijn van deze moeilijkheden, zullen zij hier vaak op anticiperen en bijvoorbeeld hun gezondheidsproblemen angstvallig verborgen houden, zich op zichzelf terugtrekken, de vraag naar hulp en ondersteuning uitstellen of de behandeling in een voorziening verzwijgen en de tijdelijke afwezigheid bijvoorbeeld als verlof duiden. Op deze manier willen ze negatieve reacties, het oordeel van de omgeving en discriminerend gedrag vermijden (ervaren stigma). Dit stigma kan daarenboven afstralen op mensen uit de omgeving van psychisch zieken waardoor ook zij niet openlijk over de situatie durven praten (associatief stigma).

Het moge dan ook duidelijk zijn dat stigma voor individuen een vernietigende en herstelbelemmerende invloed kan hebben en niet alleen impact heeft op het behandelen van de psychische problemen, maar ook op de mogelijkheden tot zelfontplooiing door het opnemen van rollen in de samenleving en dus op de levenskwaliteit. Stigma wordt door sommigen dan ook omschreven als de tweede ziekte die overwonnen moet worden, als de eigenlijke 'vijand' die verslaan moet worden³.

Zo blijkt uit de realiteit dat er een verband bestaat tussen psychische problemen en socio-economische status: 72% van de personen die een beroep doen op een OCMW of CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk) ervaren een toestand van psychisch onwelbevinden en 58% van hen kent een milde depressiviteit. 36% ondernam reeds een poging tot zelfdoding. Dit zijn veel hogere cijfers dan bij personen die geen beroep doen op sociale ondersteuning⁴. Uit een bevraging bij de erkende instellingen voor schuldbemiddeling op tendensen in het profiel van het cliënteel, wordt onder meer gewezen op een toename van het aantal multiprobleemdossiers waarbij er naast de financiële problemen vooral sprake is van problemen op diverse levensdomeinen (vb. sociaal isolement, huisvesting, ...), alsook naar een toename van psychische problemen en verslaving⁵. Wat dit laatste betreft is het een opvallende vaststelling dat in 2018 bijna 60% van het cliënteel te kampen heeft met één of meerdere psychische problemen en/of verslaving(en). Een andere vaststelling is dat de schulden van mensen met psychische problemen vaak moeilijk af te bouwen zijn.

Op vlak van tewerkstelling is gebleken dat de tewerkstellingsgraad van personen met psychische aandoeningen 50% bedraagt. Dit is 15% lager dan voor personen zonder psychische aandoeningen. Bovendien is de kloof tussen beide groepen tussen 1997 en 2008 toegenomen. De tewerkstellingsgraad neemt ook af met toenemende ernst van de aandoening. Uit studies van de OESO is al gebleken dat de werkloosheidsgraad van personen met een psychische aandoening doorgaans dubbel zo hoog is als van personen zonder psychische aandoening. In België bedroeg de werkloosheidsgraad in 2018 26,5% voor personen met ernstige psychische problemen en 17,3% in geval van gematigde psychische problemen tegenover 9,5% bij personen zonder deze problemen⁶.

1. Bruce G. Link and Jo C. Phelan, Conceptualizing Stigma. In: Annual Review of Sociology vol. 27:363–85, August 2001 (<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>) en Bruce Q. Link et.al, Measuring Mental Illness Stigma. Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, 2004 (<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/3/511/1933054>)
2. Charlotte Sercu, Stigma and the psychiatric enterprise: An ethnographic study of stigma in the Belgian mental health care context. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor in Sociology. Academic year 2015-2016.
3. Zie onder meer <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/stigma>
4. <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
5. Hans Ledegen, Vlaamse gezinnen in budget- en/of schuldhulpverlening Cijfergegevens 2015 – 2018, Steunpunt Mens en Samenleving, juli 2019
6. Jeroen KNAEPS, Vocational rehabilitation People with mental health problems Vocational rehabilitation counselors Mental health practitioners. Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in the Biomedical Sciences. Leuven, March 2015

Nochtans maakt iedereen wel eens een moeilijkere periode mee of een periode met klachten zoals slaapproblemen, stress of veel piekeren. Nochtans worden heel veel mensen met een psychische aandoening geconfronteerd, soms voor een lange periode en is het belangrijk om dan met anderen over de problemen te kunnen praten en om, zo nodig, de stap naar professionele hulpverlening te zetten. Daarom is het belangrijk dat het taboe en stigma verder bestreden worden.

Om meer inzicht te hebben in de houding van de CM-leden, organiseerde CM in het voorjaar 2019 bij de CM-leden een groot-schalig onderzoek naar het taboe rond psychische problemen en over de eigen ervaringen met psychische problemen⁷.

2. Onderzoeksmethode

Einde mei 2019 gebeurde een online bevraging bij een willekeurige steekproef van 100.000 CM-leden⁸ aangesloten bij een Vlaams CM-ziekenfonds. Uiteindelijk konden 5.675 van de 7.034 ontvangen vragenlijsten weerhouden worden voor verdere verwerking⁹ (responsgraad = 7%).

De vragenlijst, opgesteld in samenwerking met de UGent¹⁰, bevatte enkele vragen over het profiel van de respondent en vragen over de eigen ervaringen met psychische problemen en hoe ze ermee omgingen. Daarnaast werd ook gepeild naar hun houding tegenover personen met psychisch lijden en tegenover psychische hulpverlening¹¹.

Hiervoor werd gebruik gemaakt van de 'vignette-techniek', een vaak gebruikte methode in studies rond stigma bij psychisch lijden. Dit deel van de enquête startte met de beschrijving van een casus van iemand die geconfronteerd wordt met een psychische kwetsbaarheid ('vignette'), zonder hierbij de aandoening expliciet te benoemen. Er werden enkel een reeks typische symptomen beschreven, in overeenstemming met de DSM-IV-classificatie van psychische problemen. Er werden in

dit onderzoek vier verschillende casussen gebruikt (zie kader):

- Man met symptomen van depressie
- Vrouw met symptomen van depressie
- Man met symptomen van psychose
- Vrouw met symptomen van psychose

Vervolgens is aan de deelnemers gevraagd een aantal vragen te beantwoorden in verband met de beschreven casus. De antwoorden op deze vragen laten toe een beeld te schetsen in welke mate ook bij CM-leden sprake is van stigma en taboe rond psychische kwetsbaarheid.

Het werken met vignetten biedt een aantal voordelen¹². Een vignet geeft een concreet voorbeeld van mensen en hun gedrag in een specifieke situatie. Hierdoor kan een bredere beschrijving gegeven worden van een situatie dan wanneer men zou werken met een algemeen begrip zoals 'een persoon met psychische problemen'. Bovendien kan binnen eenzelfde onderzoek gevarieerd worden in aantal kenmerken van de beschreven persoon (geslacht, leeftijd, aandoening, ...) en kunnen verschillen in antwoorden in functie van deze kenmerken in kaart worden gebracht. Zo kan in dit onderzoek nagegaan worden of de antwoorden verschillen naar gelang de persoon met depressie of psychoses geconfronteerd wordt. En het feit dat het om fictieve personen gaat, wordt door respondenten doorgaans als meer onpersoonlijk en minder bedreigend ervaren dan wanneer gepeild wordt naar openlijke of expliciete meningen. Nog een voordeel is dat voor eenzelfde situatie, heel wat en soms zeer uiteenlopende vragen kunnen gesteld worden.

Maar er zijn ook een aantal beperkingen. Zo blijft de beschreven casus een hypothetische situatie en zal een persoon met psychische problemen in realiteit nooit volledig identieke symptomen vertonen als de persoon in de casus. Verder reageert een respondent niet op een fysieke persoon waardoor de impact van onder meer het uiterlijk van de persoon, maar ook van de interactie tussen beiden niet meegenomen kunnen worden. Het is dan ook niet uit te sluiten dat een respondent in werkelijkheid toch anders zal reageren dan aangegeven in de bevraging. Niettemin blijft het een zeer valabele methode om stigma in kaart te brengen¹³.

7. Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandstalige dienst gezondheidsbevordering van CM. Het hielp bij het identificeren van belangrijke behoeften van de bevolking op het gebied van geestelijke gezondheid en ondersteunde de campagne van 2019 'Hoe gaat het met u?' (beschikbaar op <https://www.cm.be/over-cm/campagnes/hoegaat-het-met-u>) geconsulteerd op de 30 maart 2020.
8. Gezien de techniek van vier vignetten, zijn in de praktijk vier willekeurige steekproeven van 25.000 personen getrokken die elk op een aantal parameters (leeftijd, geslacht en provincie) representatief zijn voor de Vlaamse bevolking. Het basisbestand hiervoor is het bestand van CM-leden van wie CM over het mailadres beschikt en van wie CM de toestemming heeft gekregen om dit mailadres voor online-enquêtes te gebruiken.
9. Een deel van de 7.034 ontvangen vragenlijsten kon niet worden weerhouden: vragenlijsten waar enkel de profielvragen waren ingevuld (1.331 vragenlijsten) of waarvoor de noodzakelijke informatie voor de herweging van de resultaten niet beschikbaar was.
10. Onder leiding van Piet Bracke - hoogleraar verbonden aan de vakgroep sociologie en lid van een onderzoeksgroep die sociaaldemografisch en gezondheidssociologisch onderzoek verricht dat zich onder meer focust op mentale gezondheid en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Zie onder meer: Piet Bracke (UGent), Katrijn Delaruelle (UGent) and Mieke Verhaeghe. Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: a cross-national comparison (2019) FRONTIERS IN SOCIOLOGY. 4. En: Elise Pattyn, Mieke Verhaeghe, Charlotte Sercu and Piet Bracke, Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking.
11. De vragen zijn geïnspireerd op deze die gebruikt zijn in het internationaal onderzoek 'Stigma in a Global Context - Mental Health Survey' (SGC-MHS).
12. Bruce Q. Link et. al, O.C.
13. Evans, S. C. et.al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. International journal of clinical and health psychology, 15(2), 160-170 (2015).

Casus vrouw met depressie

Sara is een vrouw. De voorbije weken voelt Sara zich terneergeslagen. Ze wordt 's morgens wakker met een somber en zwaarmoedig gevoel dat de hele dag blijft hangen. Ze beleeft niet meer dezelfde vreugde aan de dingen zoals vroeger. Het lijkt alsof niets haar plezier verschaft. Zelfs leuke momenten maken Sara niet blij. De kleinste opdrachten kosten haar de grootste moeite. Ze kan zich moeilijk concentreren. Ze heeft geen energie, is futloos en is niet in staat om te doen wat ze anders altijd doet. En hoewel Sara zich moe voelt, kan ze 's nachts niet slapen. Sara voelt zich waardeloos, bijzonder moedeloos en schuldig. De familie van Sara merkt dat ze geen eetlust meer heeft en vermagerd is. Ze zondert zich af en heeft geen zin om te praten.

Casus man met depressie

Tom is een man. De voorbije weken voelt Tom zich terneergeslagen. Hij wordt 's morgens wakker met een somber en zwaarmoedig gevoel dat de hele dag blijft hangen. Hij beleeft niet meer dezelfde vreugde aan de dingen zoals vroeger. Het lijkt alsof niets hem plezier verschaft. Zelfs leuke momenten maken Tom niet blij. De kleinste opdrachten kosten hem de grootste moeite. Hij kan zich moeilijk concentreren. Hij heeft geen energie, is futloos en is niet in staat om te doen wat hij anders altijd doet. En hoewel Tom zich moe voelt, kan hij 's nachts niet slapen. Tom voelt zich waardeloos, bijzonder moedeloos en schuldig. De familie van Tom merkt dat hij geen eetlust meer heeft en vermagerd is. Hij zondert zich af en heeft geen zin om te praten.

Casus vrouw met psychose

Sara is een vrouw. Tot een jaar geleden ging het best goed met Sara. Maar toen veranderde alles. Ze dacht dat de mensen in haar omgeving slechte dingen over haar vertelden en achter haar rug roddelden. Sara was ervan overtuigd dat de mensen haar bespioneerden en dat ze konden horen wat ze dacht. Sara verloor haar enthousiasme in haar werk en gezin, trok zich in huis terug en bracht de tijd meestal alleen door. Sara werd zodanig in beslag genomen door haar gedachten, dat ze maaltijden oversloeg en haar persoonlijke hygiëne verwaarloosde. 's Nachts, wanneer iedereen sliep, liep ze te ijsberen in huis. Sara hoorde stemmen, hoewel er niemand anders aanwezig was. Die stemmen zeiden haar wat ze moest doen of denken. Ze verkeert al zes maanden in deze situatie.

Casus man met psychose

Tom is een man. Tot een jaar geleden ging het best goed met Tom. Maar toen veranderde alles. Hij dacht dat de mensen in zijn omgeving slechte dingen over hem vertelden en achter zijn rug roddelden. Tom was ervan overtuigd dat de mensen hem bespioneerden en dat ze konden horen wat hij dacht. Tom verloor zijn enthousiasme in zijn werk en gezin, trok zich in huis terug, en bracht de tijd meestal alleen door. Tom werd zodanig in beslag genomen door zijn gedachten, dat hij maaltijden oversloeg en zijn persoonlijke hygiëne verwaarloosde. 's Nachts, wanneer iedereen sliep, liep hij te ijsberen in huis. Tom hoorde stemmen hoewel er niemand anders aanwezig was. Die stemmen zeiden hem wat hij moest doen of denken. Hij verkeert al zes maanden in deze situatie.

3. Onderzoeksresultaten

3.1. Profiel van de respondenten¹⁴

3.1.1. Socio-demografische kenmerken

Na herweging¹⁵ bestaat de steekproef voor ongeveer de helft uit mannen, de helft uit vrouwen. Het merendeel van de respondenten (45%) bevindt zich in de leeftijdscategorie 40-64

jaar. 36% is jonger dan 40 jaar, een vijfde is 65 jaar of ouder. Twee derde van de respondenten woont samen in een relatie. 58% is hooggeschoold (diploma hoger of universitair onderwijs), bijna 37% middengeschoold (diploma secundair onderwijs) en 4% laaggeschoold (zonder diploma secundair onderwijs).

De meerderheid van de respondenten is beroepsactief, hetzij als loontrekkende (50%), hetzij als zelfstandige of in een vrij beroep (6%). 28% is gepensioneerd en 10% is arbeidsonge-

14. Een meer uitgebreide profielbeschrijving is opgenomen in het artikel 'Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag.' in hetzelfde nummer van CM Informatie.

15. De resultaten zijn herwogen door de waargenomen verdeling volgens leeftijd, geslacht en woonplaats te vergelijken met de verdeling van de referentiepopulatie (namelijk de Vlaamse bevolking tussen 18 en 80 jaar) met daaraan gekoppeld de verwachte aantallen per categorie volgens leeftijd, geslacht en woonplaats en door vervolgens gewichten te berekenen.

schikt of andersvalide. De overigen zijn werkzoekende, student of huisvader/huismoeder.

Twee derde van de respondenten geeft aan makkelijk tot zeer makkelijk rond te kunnen komen met het beschikbare inkomen. 12% van de respondenten komt (zeer) moeilijk rond.

3.1.2. Mentale gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd de CES-D8 in te vullen, een gestandaardiseerde vragenlijst waarmee een inschatting kan gemaakt worden van de omvang van depressieve klachten in de week voor de afname ervan. Uit de resultaten blijkt dat de gemiddelde score hoger is voor vrouwen dan voor mannen, waarbij een hogere score wijst op een hogere frequentie en intensiteit van depressieve klachten. 65-plussers, respondenten met een hogere opleiding en respondenten die makkelijk tot zeer makkelijk rondkomen met het beschikbaar inkomen lijken in mindere mate geconfronteerd te worden met depressieve klachten. Deze resultaten liggen globaal in lijn met wat doorgaans in onderzoek wordt gevonden¹⁶.

Op de vraag naar de eigen ervaringen met psychische problemen, antwoordde de helft van de respondenten dat hij/zij nog nooit geconfronteerd is met psychische problemen waardoor hij/zij moeite had met de dagelijkse bezigheden. Bijna 1 op 3 had in het verleden een psychisch probleem (= meer dan een jaar geleden) en 17% kampt op het moment van de bevraging of in een recent verleden met een psychisch probleem. Ook in een eerdere bevraging bij Vlamingen in 2014 bleek dat ongeveer de helft zelf al te maken heeft gehad met een psychisch probleem.¹⁷

3.2. Hoe denken de CM-leden over personen met psychische problemen en over psychische hulpverlening?

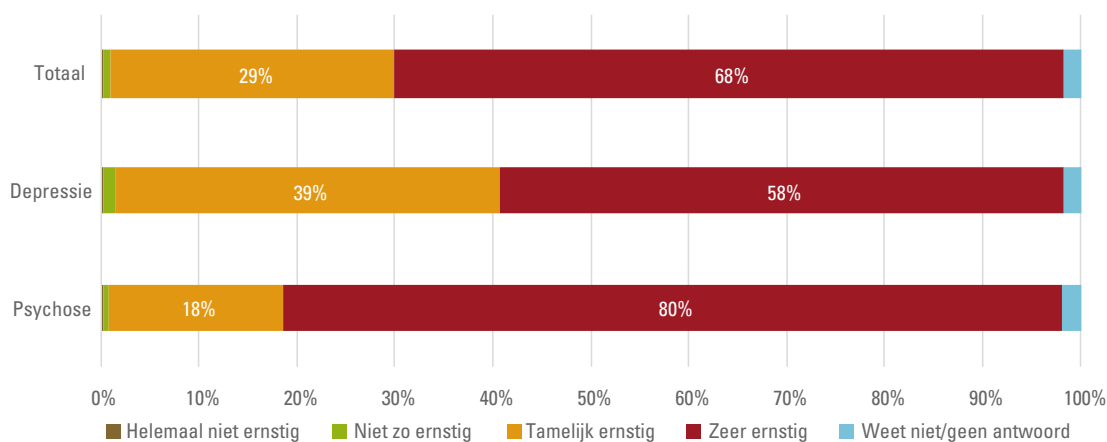
3.2.1. Is de beschreven situatie ernstig?

Globaal vindt 68% van de CM-leden de situatie van Tom en Sara zeer ernstig (figuur 1). De inschatting verschilt wel naar gelang de beschreven psychische kwetsbaarheid. 80% van de respondenten vindt de situatie van de persoon met psychoses zeer ernstig, terwijl dit bij depressie 58% is. Vooral de jongere respondenten, universitair geschoolden en wie financieel makkelijk rondkomt beoordeelt de situatie met psychose vaker als zeer ernstig. Ook bij depressie beoordelen ouderen de toestand vaker als tamelijk ernstig en dus minder vaak als zeer ernstig (51,8% bij 65-plussers tegenover 61,7% bij jongste leeftijdscategorie).

3.2.2. Wat is de oorzaak van psychische problemen?

Aan de respondenten is voor een aantal vermeende oorzaken gevraagd in welke mate ze het waarschijnlijk achten dat deze aan de basis liggen van de situatie van Tom en Sara. Uit figuur 2 kan afgeleid worden dat de respondenten geen louter biomedische visie hanteren op psychische problemen. Slechts een kwart denkt dat erfelijkheid (heel of enigszins) waarschijnlijk een rol speelt. De overigen denken dat dit (zeker) niet het geval is (34,5%) of zijn onbeslist (40%). Verder wijt slechts 17% de problemen aan een hersenziekte en doet meer dan de helft dit nadrukkelijk niet. Ouderen zijn voor deze vermeende oorzaken iets vaker dan de anderen onbeslist (34,4% bij hersenziekte en 43,1% bij erfelijkheid), terwijl hooggeschoolden ze iets vaker enigszins of zeer waarschijnlijk achten (22% bij hersenziekte en 30% bij erfelijkheid voor personen met een universitaire opleiding).

Figuur 1: Beoordeling van de ernst van de casus, algemeen en volgens ziektebeeld



16. S. Van de Velde, K. Leveque, P. Bracke. Vlaanderen versus Nederland: verschillen in depressieve klachten bij mannen en vrouwen gemeten met de ces-d8. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)2, 73-82.

17. Coppens E. et.al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Lukas, Leuven, 2014.

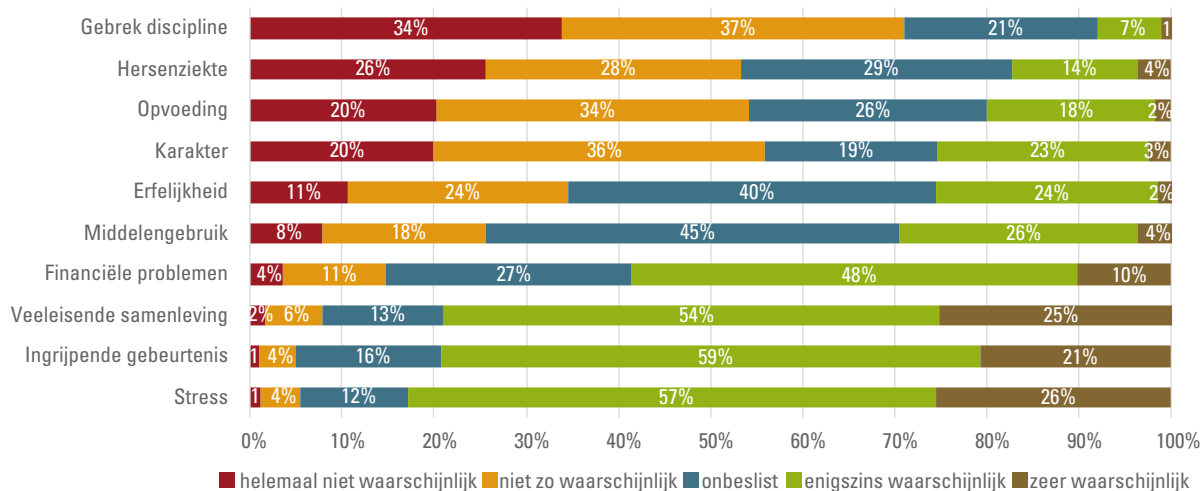
De respondenten zoeken de oorzaak van de psychische problemen vooral in een aantal factoren die te maken hebben met psychosociale stress: stress, een ingrijpende gebeurtenis of crisis, de veeleisende samenleving of financiële problemen. Vrouwen, jongeren en personen die het (zeer) moeilijk hebben om rond te komen, beoordelen deze oorzaken nog vaker als (zeer) waarschijnlijk. Zo vindt 29% van de vrouwen het zeer waarschijnlijk dat stress een oorzaak is, tegenover 22% bij mannen. Van wie zeer moeilijk kan rondkomen wijst 31% een crisis en 34% stress aan als zeer waarschijnlijke oorzaak, tegenover respectievelijk 18% en 23% bij wie zeer makkelijk rondkomt. 88% van de CM-leden jonger dan 40 jaar vindt stress een mogelijke oorzaak en 80% de veeleisende samenleving; bij de 65-plussers is dit respectievelijk 75% en 72%.

Factoren verbonden met individuele schuld worden minder als oorzaak aangeduid: voor slechts 8% is het waarschijnlijk dat de problemen het gevolg zijn van een gebrek aan discipline. Een kwart denkt wel dat het karakter een rol speelt. 20% vindt het dan weer wel heel of enigszins waarschijnlijk dat opvoeding een rol speelt.

Er zijn duidelijke verschillen naargelang de persoon in de casus geconfronteerd wordt met een depressie dan wel met psychoses (tabel 2). Bij depressie komen de psychosociale factoren nog prominenter op de voorgrond, zeker als het gaat over de impact van de veeleisende samenleving en van financiële problemen. Daarenboven vindt men het bij depressie nog minder waarschijnlijk dat de opvoeding een rol speelt. Voor psychose verwijst men dan weer vaker naar erfelijkheid, een hersenziekte, middelenmisbruik en het karakter. Dit alles wijst erop dat de respondenten psychose nog meer beschouwen als een psychische stoornis conform de biomedische omschrijvingen van het gedrag (hersenzieke, erfelijk). Ook het aspect 'schuld' is iets meer aanwezig (karakter, middelenmisbruik) of andere oorzaken die moeilijk veranderbaar zijn. Al zijn de respondenten zich ook bij psychose bewust van de bepalende impact van omgevingsfactoren.

De CM-resultaten zijn in lijn met bevindingen in andere onderzoeken die concluderen dat, zeker in Westerse landen maar ook elders, vooral sociale factoren worden aangeduid als oorzaken van psychische problemen en dan vooral depressie en dat erfelijkheid en hersenziekte vaker aangeduid worden als reden voor aandoeningen als psychoses en schizofrenie^{18,19,20,21}

Figuur 2: Beoordeling van de waarschijnlijkheid van vermeende oorzaken



- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(10), 1637-1645.
- Patrick McKeon and Siobhan Carrick, Public attitudes to depression: a national survey. In: *Irish Journal of Psychological Medicine*, Volume 8, Issue 2, September 1991, pp. 116-121.
- Bruce G. Link et. al., Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, September 1999, Vol. 89, No. 9.
- Matthias C. Angermeyer et. al., Attitudes and beliefs of the French public about schizofrenie and major depression: results from a vignette-based population survey. In: *BMC Psychiatry* 2013, 13:313 (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/313>)

Tabel 2: Beoordeling van de vermeende oorzaken, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Zeer) waarschijnlijk			Onbeslist			(Helemaal) niet waarschijnlijk		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Stress	82,9%	84,9%	80,8%	11,7%	10,4%	13,1%	5,4%	4,7%	6,1%
Ingrijpende gebeurtenis/crisis	79,2%	77,8%	80,7%	15,8%	17,4%	14,2%	5,0%	4,8%	5,1%
Veeleisende samenleving	79,1%	82,3%	75,7%	13,2%	11,6%	14,9%	7,7%	6,1%	9,5%
Financiële problemen	58,6%	64,3%	52,5%	26,6%	25,8%	27,5%	14,8%	9,9%	20,0%
Middelengebruik	29,6%	24,8%	34,6%	44,9%	46,0%	43,7%	25,5%	29,1%	21,7%
Erfelijk probleem	25,6%	20,2%	31,3%	40,0%	40,4%	39,5%	34,4%	39,4%	29,1%
Karakter	25,4%	21,4%	29,6%	18,7%	19,0%	18,4%	55,9%	59,6%	51,9%
Manier waarop men opgevoed is	20,0%	18,3%	21,8%	25,8%	24,5%	27,3%	54,2%	57,3%	50,9%
Hersenziekte	17,2%	7,2%	27,9%	29,4%	28,7%	30,2%	53,3%	64,0%	41,9%
Gebrek aan discipline	8,1%	7,9%	8,2%	21,0%	20,8%	21,2%	71,0%	71,3%	70,7%

De mening van mensen over de achterliggende oorzaken van psychische problemen is niet zonder belang. Het heeft een invloed op zowel de houding van mensen tegenover personen een psychische kwetsbaarheid als op doorverwijsgedrag. Er is aangetoond dat een meer psychosociale met attributie samengaat met minder stigmatiserend gedrag en minder afstand omdat de persoon met psychische kwetsbaarheid minder zelf verantwoordelijk wordt geacht voor de situatie²² en niet als echt 'anders' wordt gezien. Omgekeerd worden psychisch kwetsbaarheid in geval van een meer biomedische attributie meer als onveranderlijk gezien en worden psychisch kwetsbaren vaker als gevaarlijk en onvoorspelbaar beschouwd wat op zijn beurt kan leiden tot meer afstand en een meer stigmatiserende houding. Positief bij een psychosociale attributie is dat men makkelijk doorverwijst naar informele hulp die een enorme bron van steun kan zijn. Nadeel is wel dat professionele hulp minder snel geadviseerd wordt. De mogelijks noodzakelijke professionele hulp wordt hierdoor te laat of zelfs niet ingeschakeld²³. Daarom blijft het belangrijk om mensen correct te informeren over psychische problemen, waaronder de mogelijke oorzaken, het belang van informele hulp en aangevozen behandelingen.

3.2.3. Welke attitude heeft men tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid?

Met enkele stellingen is gepeild naar de attitude van CM-leden tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid. Het besluit is dat de CM-leden geen uitgesproken negatieve attitude hebben (tabel 3). 75% gaat immers niet akkoord met de stelling dat de kansen van personen met een psychische kwetsbaarheid altijd beperkt zullen zijn. Een even groot aandeel vindt dat zij moeten worden aangenomen voor een job wanneer zij hiervoor even geschikt zijn als anderen. Voorts vindt slechts 17% dat er moeilijk met hen te praten valt en vindt 58% dat dit zeker niet het geval is.

Een vijfde van de respondenten vindt wel dat ze onvoorspelbaar zijn, maar dit is minder dan de 33% die in een ander onderzoek in Vlaanderen is vastgesteld²⁴. Verder gaat slechts een kleine meerderheid uitdrukkelijk akkoord met de stelling dat zij even betrouwbaar zijn als om het even wie, al is er dan weer slechts een minderheid die deze stelling nadrukkelijk niet onderschrijft (17%). Opvallend is dan ook de grote mate van onbeslistheid voor meerdere items.

22. Sandra Dietrich et al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354
23. Zie onder meer Pattyn E., To seek help or not to seek help for mental illness, that seems to be the question. To be judged or not to be judged for mental illness, that is the real question. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Sociology. October 2013. En: Sandra Dietrich S., Beck M., Bujantugs B., e.a. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354. En: E. Pattyn et al. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. Social Psychiatry (2013) 48:1637-1645.
24. Coppens E. et al. O.C.

Tabel 3: Mate van negatieve stereotypering van personen met psychische problemen, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Helemaal) akkoord			Onbeslist			(Helemaal) niet akkoord		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Hun kansen zullen altijd beperkt zijn	11,2%	9,7%	12,9%	14,1%	12,4%	16,0%	74,6%	77,9%	71,2%
Ze zijn onvoorspelbaar	21,3%	12,6%	30,5%	25,6%	23,4%	28,0%	53,2%	64,1%	41,5%
Men moet ze aannemen voor een job als ze even geschikt zijn	74,5%	76,9%	72,3%	16,2%	15,0%	17,4%	9,3%	8,1%	10,3%
Men kan er moeilijk mee praten	16,7%	14,1%	19,5%	25,0%	22,6%	27,6%	58,3%	63,3%	52,9%
Ze zijn even productief in job	32,1%	31,1%	33,2%	36,2%	33,4%	39,2%	31,7%	35,5%	27,6%
Ze zijn even betrouwbaar als om het even wie	52,0%	62,2%	41,1%	30,9%	26,1%	36,0%	17,1%	11,7%	22,9%
Ze zijn creatiever dan de meeste andere mensen	14,7%	12,9%	16,5%	61,6%	60,9%	62,4%	23,8%	26,2%	21,2%

Over de stelling dat personen met een psychische kwetsbaarheid even productief zijn in hun job als om het even wie, zijn de meningen sterk verdeeld.

De resultaten wijzen wel op een iets meer uitgesproken negatieve stereotypering tegenover mensen met een psychose: men gaat er meer mee akkoord dat zij onvoorspelbaar zijn (30% versus 13% bij depressie) en minder dat ze even betrouwbaar zijn (41% versus 62% bij depressie).

Verder gaat een kleiner aandeel niet akkoord met de stelling dat er moeilijk mee te praten is (53% versus 63% bij depressie) en dat ze even productief zijn in hun job (28% versus 36% bij depressie).

3.2.4. Gewenste sociale afstand tegenover personen met psychische kwetsbaarheid

Bij CM-leden is gepeild naar hun bereidheid om in een aantal voorgestelde sociale situaties een sociale relatie aan te gaan met de persoon uit de casus. Uit de antwoorden blijkt dat de bereidheid tot contact met personen met een psychische

kwetsbaarheid afneemt naarmate de afstand kleiner wordt (tabel 4). Waar nog driekwart van de CM-leden bereid is om iemand met psychische problemen als buur te hebben, wil maar twee derde er vrije tijd mee doorbrengen of er nauw mee samenwerken en wil slechts 55% er bevriend mee zijn. De gewenste sociale afstand is algemeen ook groter tegenover personen met psychoses dan tegenover personen met depressie.

Ouderen wensen over het algemeen iets meer afstand tot personen met psychische problemen: slechts 68,5% van de 65-plussers is bereid om Tom/Sara als buur te hebben en 56% om er vrije tijd mee door te brengen. In vergelijking met laaggeschoolden, zijn hogeschoolden dan weer meer bereid Tom/Sara als buur te hebben (78% tegenover), maar minder bereid om er nauw mee samen te werken (16% is niet of helemaal niet bereid). Ten slotte is het weinig verrassend dat personen met ervaring met psychische problemen minder afstand wensen: 79% wil Tom/Sara als buur, 69% wil er vrije tijd mee doorbrengen, 61% wil er vrienden mee worden en 69% wil er nauw mee samenwerken. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met resultaten uit ander onderzoek²⁵.

25. Bruce Q. Link et. al, O.C.

Tabel 4: Bereidheid van CM-leden tot interactie in sociale relaties met personen met een psychische kwetsbaarheid, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Absoluut/eerder) bereid			Onbeslist			(Absoluut/eerder) niet bereid		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Tom/Sara als buur te hebben	74,3%	78,6%	69,8%	19,6%	17,9%	21,5%	6,1%	3,5%	8,8%
Vrije tijd doorbrengen met Tom/Sara	61,9%	66,7%	56,8%	23,5%	21,3%	25,8%	14,6%	12,1%	17,4%
Vrienden te worden met Tom/Sara	55,3%	60,4%	49,8%	30,5%	28,3%	32,9%	14,2%	11,3%	17,3%
Nauw samen te werken met Tom/Sara	64,8%	66,4%	63,1%	23,2%	22,3%	24,2%	12,0%	11,4%	12,6%

3.2.5. Herstelcapaciteiten bij psychisch lijden

Zowel voor depressie (76%) als voor psychose (83%) is een meerderheid ervan overtuigd dat de situatie niet vanzelf zal verbeteren, maar dat dit door een behandeling wel kan (88% bij depressie en 90% bij psychose) (tabel 5). Ook in ander onderzoek gingen vier Vlamingen op vijf niet akkoord met de stelling dat psychologische problemen zich, zoals zoveel zaken, vanzelf oplossen, gaven zij aan dat het weinig waarschijnlijk is dat een persoon met een psychisch probleem dit alleen kan oplossen en waren zij van oordeel dat professionele hulp aan-

gewezen is. Wie zelf al ervaring heeft met psychisch lijden, vindt het vaker zeer waarschijnlijk dat de situatie door een behandeling zal verbeteren. Wie die ervaring nog niet heeft, acht dit vaker enigszins waarschijnlijk.

Er is wel minder eensgezindheid over de stelling dat de persoon zelf kan beslissen of hij behandeld moet worden (38%), al acht men dit vaker waarschijnlijk in geval van depressie (44%) dan bij psychoses (31%). Ten slotte acht maar twee op de drie respondenten het waarschijnlijk dat de persoon uit de situatie zal geraken.

Tabel 5: Beoordeling van de herstelcapaciteiten, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Heel) waarschijnlijk			Onbeslist			(Helemaal) niet waarschijnlijk		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
De situatie zal vanzelf verbeteren	10,9%	13,4%	8,2%	10,1%	11,1%	9,1%	79,0%	75,6%	82,7%
De situatie zal verbeteren door behandeling	88,7%	87,5%	89,9%	8,1%	9,1%	7%	3,3%	3,4%	3,1%
Tom/Sara zelf kan beslissen over noodzaak van behandeling	37,8%	44,1%	31,1%	24,4%	25,2%	23,5%	37,9%	30,7%	45,5%
Tom/Sara uit situatie geraakt	66,5%	69,1%	63,6%	22,4%	21%	23,8%	11,1%	9,9%	12,4%

Tabel 6: Attitude tegenover psychische hulpverlening, algemeen en volgens ziektebeeld

	(Helemaal) akkoord			Onbeslist			(Helemaal) niet akkoord		
	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose	Totaal	Depressie	Psychose
Door behandeling zal men beschouwd worden als buitenstaander	13,3%	12,3%	14,3%	14,1%	13,7%	14,6%	72,6%	74,0%	71,1%
Als men over behandeling vertelt, zal men vrienden verliezen	29,6%	24,8%	34,8%	23,3%	22,2%	24,5%	47,1%	53,0%	40,7%
Als mensen weet hebben van behandeling, zullen kansen altijd beperkt zijn	23,5%	19,8%	27,4%	18,8%	17,9%	19,7%	57,8%	62,3%	52,9%
Professionele hulp doet meer kwaad dan goed	2,6%	2,9%	2,3%	7,5%	7,1%	7,9%	89,9%	90,0%	89,8%
Professionele hulp levert goede resultaten op	76,5%	77,9%	74,9%	17,7%	16,5%	18,9%	5,9%	5,6%	6,2%
Moeilijk uit professionele hulp geraken	6,1%	5,7%	6,6%	18,1%	16,5%	19,8%	75,8%	77,9%	73,6%

3.2.6. Hoe staan CM-leden tegenover professionele hulpverlening?

Globaal geloven de respondenten in de positieve effecten van professionele hulp bij psychisch lijden: 90% gaat niet akkoord met de stelling dat deze hulp meer kwaad dan goed zou doen en 73% gelooft niet dat de omgeving personen die in behandeling zijn als een buitenstaander zou beschouwen (tabel 6). Ze zijn er daarentegen duidelijk van overtuigd dat professionele hulp goede resultaten oplevert (77%). 76% gelooft niet dat men maar moeilijk uit de professionele hulp zal geraken, maar bijna 30% gelooft wel in het risico dat men vrienden zal verliezen en bijna een op de vier beaamt dat het een impact kan hebben op de kansen die men krijgt. Dit is toch enigszins in tegenspraak met het feit dat men er niet in gelooft dat men door de behandeling als een buitenstaander beschouwd zal worden. Dit wijst er toch op dat men rekening houdt met de potentieel stigmatiserend effect van het volgen van een behandeling, wat op zijn beurt kan leiden tot een aantal vormen van sociale uitsluiting²⁶. Dit geldt zeker voor personen met psychoses, maar in zekere mate ook voor personen met depressie. Dit is niet onbelangrijk omdat de visie op professionele hulpverlening en vooral de mogelijke impact ervan invloed kan hebben op de bereidheid om hulp te zoeken.

Wie al ervaringen heeft met psychische problemen, is – wellicht vanuit de eigen ervaringen – over het algemeen iets minder optimistisch ingesteld over de gevolgen van een behandeling. Ze betwisten niet de positieve impact ervan, maar ze gaan er vaker mee akkoord dat men door de behandeling door de omgeving als een buitenstaander beschouwd zal worden (17%), de kansen altijd beperkt zullen blijven (28,5%) en men sommige vrienden zal verliezen (34,3%). Dit toont aan dat mensen zich pas echt bewust zijn van negatieve stereotypering en stigma wanneer ze dit zelf aan den lijve ondervinden.

3.2.7. Hoe reageert men tegenover de persoon met psychisch lijden?

In lijn met hun mening over de herstelcapaciteiten, vinden de CM-leden quasi unaniem dat personen met psychisch lijden hierover moeten praten met iemand uit de directe omgeving en hiervoor professionele hulp moeten zoeken. Maar slechts 55% geeft aan te weten hoe hij/zij met de persoon over de situatie zou moeten praten (50% bij iemand met psychoses, 61% bij iemand met depressie). Vrouwen (60%) en personen met ervaring met psychische problemen (63%) geven vaker aan te weten hoe men met de persoon zou moeten praten.

26. Verhaeghe M. Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. UGent, februari 2008

Toch zou ruim vier op de vijf respondenten, ook in geval van psychose, effectief met de persoon praten. Dit is nog iets meer het geval bij vrouwen, jongeren, hoogopgeleiden en personen met ervaring met psychische problemen (telkens 89%). Opvallend is dat slechts 61% aangeeft te weten naar wie men de persoon zou kunnen doorverwijzen voor professionele hulp. Het aandeel is iets hoger bij vrouwen (70%) en bij personen met ervaring met psychische problemen (69%). Bij 65-plussers is dit dan weer maar 56%. De resultaten wijzen erop dat het belangrijk is nog meer te investeren in initiatieven die bijdragen tot een brede bekendmaking van de mogelijkheden voor (informele) hulp bij psychische problemen.

3.2.8. Naar wie zou men personen met psychisch lijden doorverwijzen?

Dat 81% Tom/Sara zou doorverwijzen naar de huisarts (tabel 7) bevestigt bevindingen in eerdere onderzoeken dat de huisarts door velen als vertrouwenspersoon en eerste aanspreekpunt wordt gezien in geval van gezondheidsproblemen²⁷. Het is ook de zorgverlener die ze het best kennen en waar de drempel om naar door te verwijzen minder groot is. Voor een aantal respondenten is de huisarts ook de aangewezen persoon om de hulpvrager na een eerste contact door te verwijzen naar meer gespecialiseerde hulp. 70% zou (ook) doorverwijzen naar een psycholoog of psychotherapeut en een derde naar een psychiater. Behalve professionele zorgverleners, zijn ook vaak naast familieleden vernoemd (de partner, moeder, broer of zus) en vrienden/vriendinnen. Ook de respondenten zien dus het belang in van een gesprek met mensen uit de naaste omgeving, met een vertrouwenspersoon. Alternatieve zorg (alternatieve

zorgverlener of religieuze leider) en ook andere personen die verder af staan (collega's, burens, ...) worden minder genoemd.

Ouderen zouden minder vaak dan jongeren doorverwijzen naar de naaste familieleden. Hetzelfde geldt voor wie lager opgeleid is. Zij kruisten, net als personen die (zeer) moeilijk met het inkomen rondkomen vaker de maatschappelijk werker aan (respectievelijk 23% en 25%). Jongeren zouden vaker doorverwijzen naar de partner (42,1%) en naar een vriend(in) (36,9%). De vastgestelde verschillen worden ongetwijfeld voor een deel verklaard door verschillen in de dagelijkse leefwereld waaronder de verschillen in beschikbaarheid van naaste familie en vrienden en de eigen ervaringen met hulp van maatschappelijk werkers. Voorts lijkt het er ook op dat vrouwen, jongeren en mensen met ervaring met psychische problemen niet alleen iets vaker zouden doorverwijzen naar de psycholoog of psychiater, maar ook naar een alternatieve of complementaire zorgverlener (homeopaat, acupuncturist, chiropractor, aromatherapeut, ...).

4. Besluit en aanbevelingen

Menig onderzoek toonde al aan dat heel wat mensen drempels ervaren om over psychische problemen te praten en hiervoor professionele en niet-professionele hulp in te schakelen. Dit heeft in niet onbelangrijke mate te maken met het taboe en het stigma die in onze samenleving nog steeds rond psychische problemen hangen.

Hoewel CM-leden over het algemeen geen uitgesproken negatieve houding lijken te hebben tegenover personen met een psychische kwetsbaarheid en tegenover psychische hulpverlening, wijzen een aantal resultaten er toch op dat ook bij hen een aantal vooroordelen leven en dat ook zij in bepaalde situaties meer afstand wensen. Ook bij CM-leden zien we dus sporen van stigma. Zo vindt bijna 20% van de respondenten iemand met psychische kwetsbaarheid onvoorspelbaar, vindt 17% hen minder betrouwbaar en wil slechts 50% goed bevriend zijn met hen. Verder is 30% van oordeel dat psychisch kwetsbaren door hulpverlening vrienden zullen verliezen en 24% dat het de kansen die ze zullen krijgen negatief beïnvloedt. Algemeen is er een meer negatieve stereotypering en meer gewenste afstand tegenover personen met psychoses in vergelijking met personen met depressie.

Het verder bestrijden van dit stigma is essentieel. Het is niet alleen in het belang de gezondheid van individuen, maar heeft ook impact op de verdere ontwikkeling van het zorgaanbod waarbij vermaatschappelijking wordt nagestreefd (zie verder).

Tabel 7: Naar wie zou u Tom/Sara doorverwijzen voor hulp?

	%		%
Huisarts	80,8%	Alternatieve/ complementaire genezer	8,0%
Psycholoog/ psychotherapeut	71,2%	(Online) zelfhulpgroep	8,0%
Psychiater	34,6%	Andere familie	6,6%
Partner	33,7%	Collega's	5,2%
Vrienden/ vriendinnen	32,2%	Burens	2,0%
Moeder	19,3%	Niet doorverwijzen	1,4%
Zus/broer	18,9%	Vertrouwens- persoon	1,0%
Maatschappelijk werk	17,7%	Religieuze leider	0,8%
Vader	16,5%	Coach	0,3%
Informatieve websites	8,1%		

Voor iemand met psychische problemen vormt het stigma als het ware een tweede 'ziekte' waarmee hij geconfronteerd wordt. Wie psychische problemen heeft, ervaart al gauw dat velen in de omgeving vooroordelen hebben, afstand willen houden en negatieve reacties geven of zelfs discriminerend gedrag stellen. Dit belemmert mensen niet alleen om over problemen te praten en de stap te zetten naar hulp, maar bemoeilijkt ook de re-integratie in de samenleving en dit op verschillende levensdomeinen (opleiding, vrije tijd, wonen, tewerkstelling, ...).

Ook op het niveau van de samenleving als geheel bestaan discriminerende opvattingen en mechanismen die tegelijk oorzaak van als bevorderende factor zijn voor stigmatisering. Dit blijkt onder meer uit het vastgesteld verband tussen psychische problemen en socio-economische status en de lagere tewerkstellingsgraad bij personen met psychische kwetsbaarheid (zie inleiding).

Het bestrijden van het stigma is een werk van lange adem, de resultaten van initiatieven zijn niet van vandaag op morgen zichtbaar. Daarom moet het om een volgehouden inspanning gaan.

Er zijn heel wat mogelijke strategieën²⁸. Het gaat onder meer om het vergroten van het bewustzijn en feitelijke kennis over psychische problemen (symptomen, behandelmogelijkheden, belang van informele ondersteuning, ...) om mythes en misvattingen over psychische problemen en personen met psychische problemen tegen te gaan. Ook een correcte en minder negatieve beeldvorming over (personen met) psychische problemen in media en communicatie is essentieel. Het is hierbij belangrijk dat psychische problemen genormaliseerd worden, voorgesteld worden als voor een deel horend bij het leven en dat benadrukt wordt dat een psychisch probleem een complex gegeven is en veroorzaakt wordt door een samenspel van verschillende factoren die elkaar kunnen versterken. De focus mag niet liggen op de psychische kwetsbaarheid en de eventuele beperkingen die daarmee gepaard gaan. De aandacht moet gaan naar positieve verhalen die tonen hoe mensen, ondanks een kwetsbaarheid, nog heel wat mogelijkheden en kwaliteiten hebben (cfr. de herstelbenadering). Daarnaast wordt ook het stimuleren van contact met personen met psychische problemen vaak als strategie naar voor geschoven om het stigma in de algemene bevolking aan te pakken en de re-integratie in de samenleving te bevorderen.

Dit is trouwens een van de achterliggende motivaties van de huidige hervorming van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg met een afbouw van de zorg in ziekenhuizen en een verdere uitbouw van vermaatschappelijkte zorg. Deze evolutie is zonder meer toe te juichen. Maar naast het feit dat vermaatschappelijking geen streefdoel op zich mag zijn en de plaats van geïnstitutionaliseerde zorg als schakel in het ruimere GGZ-aanbod voldoende gewaarborgd en geduid moet worden, is er nog een belangrijke kanttekening. Het streven naar meer aanvaarding en integratie van personen met psychische kwetsbaarheid kan niet bereikt worden zonder een fundamentele aanpak van het structureel stigma. De vermaatschappelijking van de zorg moet dan ook gepaard gaan met of zelfs vooraf gegaan worden door initiatieven die de ruimte creëren voor die aanvaarding en re-integratie en die garantie bieden op voldoende kansen op socio-economisch vlak en zelfontplooiing (tewerkstelling, wonen, vrije tijd, ...). Er moeten bijgevolg permanente inspanningen geleverd worden om allerlei vormen van bewuste en onbewuste discriminatie op het niveau van de samenleving aan te pakken. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om specifieke bepalingen in de voorwaarden van allerhande verzekeringsproducten, onvoldoende aandacht voor het domein van GGZ in onderzoek, verschillen in de terugbetaling van zorg, verschillen in de toegang tot sociale voordelen, de ongelijke beleidsaandacht voor GGZ zowel op vlak van preventie als op vlak van behandeling en ondersteuning of de onevenredige verdeling van de middelen.

Een website als www.geestelijkgezondvlaanderen.be, realisatie van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG), wil psychische problemen bij de brede bevolking bespreekbaar helpen maken en ijvert voor een correcte kijk op mensen met psychische problemen en op de zorg die voor deze mensen georganiseerd wordt. Ook initiatieven als Te Gek!? of de Rode neuzencampagne hebben als doel de negatieve beeldvorming over psychisch kwetsbaren bij te sturen en psychische problemen bespreekbaar te maken. Ook CM biedt op haar website informatie over psychische problemen en behandelmogelijkheden en neemt initiatieven om mensen te informeren en om het taboe en stigma te bestrijden. Een recent voorbeeld is de campagne het 'Oprechte Vraagteken' (<https://www.cm.be/het-oprechte-vraagteken>).

28. Charlotte Sercu, O.C.

In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica

Clara Noirhomme en Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

Momenteel is nog te weinig informatie beschikbaar over de kwaliteit van de dienstverlening in woonzorgcentra en met name over de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van de bewoners. CM heeft al in verschillende studies aangetoond dat er veel antidepressiva worden gebruikt onder senioren en in ouderenvoorzieningen. Dit artikel is een update van de studie die in 2018 werd uitgevoerd op basis van de gegevens uit 2014 (Camilotti G., Vandenbergen J. en Verniest R. (2018), Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de woonzorgcentra, CM Informatie 271 pp. 37-46). Ondanks een lichte afname van het gebruik blijven onze vaststellingen dezelfde. Er lijkt maar weinig te zijn veranderd in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van senioren die in een voorziening verblijven. In 2018 gebruikte ongeveer 39% van de CM-leden in woonzorgcentra minstens 30 dagen lang antidepressiva. 18% kreeg antipsychotica voorgeschreven. Er zijn nog steeds grote verschillen tussen woonzorgcentra. Uit een vergelijking met eenzelfde steekproef onder leden die thuiszorg ontvangen en een analyse van het gebruik onder een steekproef voor en na opname in een woonzorgcentrum, blijkt dat het totale gebruik van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra hoger ligt dan in de referentiegroepen.

Sleutelwoorden: Geneesmiddelengebruik, antidepressiva, antipsychotica, woonzorgcentra (RVT, ROB), ouderen

1. Inleiding

In België zijn er geen gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra die in het hele land worden toegepast¹. De 6^e staatshervorming, die al wat betrekking heeft op woonzorgcentra heeft overgedragen aan de gefedereerde entiteiten, dreigt het verzamelen van uniforme gegevens nog verder te bemoeilijken.

Het KCE brengt in het performantierapport van 2019² een aantal kwaliteitsindicatoren samen die een gemengd beeld tonen, in het bijzonder over het overmatige gebruik van antipsychotica. Antipsychotica worden vaak voorgeschreven voor gedragsproblemen bij patiënten met dementie. Vanwege de risico's die met deze geneesmiddelen gepaard gaan, beveelt het rapport van het KCE echter aan om in eerste instantie niet-farmacologische interventies te gebruiken. Uit de gegevens blijkt dat in 2016 antipsychotica werden voorgeschreven bij 6,1% van de 65-plussers. Dat is een zeer hoog percentage

vergeleken met andere OESO-landen: in Zweden, Noorwegen, Nederland, Frankrijk, Australië en Denemarken krijgt nog geen 3,5% van de 65-plussers dergelijke geneesmiddelen voorgeschreven. Het probleem lijkt vooral uitgesproken te zijn in de woonstructuren. Daar wordt dit type medicatie bij 32% van de 75-plussers voorgeschreven, tegen hooguit 5% van de 72-plussers die thuis wonen³. Volgens het KCE moet het terugdringen van de overconsumptie van antipsychotica in de residentiële setting in België daarom een prioriteit blijven.

In een nationale context waar sprake is van een buitensporige medicalisering van psychische problemen, is de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen bij bewoners van woonzorgcentra van groot belang. We hebben echter maar weinig informatie over dit onderwerp. Volgens het KCE kreeg in 2016 bijna de helft (48,6%) van de bewoners in woonzorgcentra minstens één keer een voorschrift voor antidepressiva.

1. In Vlaanderen verzamelt Zorg en Gezondheid een aantal kwaliteitsindicatoren uit de informatie van woonzorgcentra. Deze indicatoren worden vervolgens samengevoegd en gepresenteerd in verslagen die beschikbaar zijn op <https://www.zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra>.
2. KCE (2019), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019, pp. 77-81 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Ibid, p. 78.

siva. Dit hoge cijfer roept vragen op over de geestelijke gezondheidstoestand van de bewoners en de gepastheid van de verstrekte voorschriften.

In dit artikel gaan we nader in op de problematiek van een medicamenteuze behandeling van de geestelijke gezondheid in woonzorgcentra. Hiervoor analyseren we het aantal voorschriften van antidepressiva en antipsychotica voor leden van het CM-ziekenfonds die in 2018 in woonzorgcentra verbleven.

CM heeft reeds aangetoond dat geestelijke gezondheidsproblemen bij senioren zeer aanzienlijk zijn en dat medicalisering niet noodzakelijk het meest geschikte antwoord is⁴. Het probleem van het hoge geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra werd al in drie eerdere studies besproken⁵. Onderhavig artikel is een update van de studie die in 2018 werd uitgevoerd op basis van de gegevens uit 2014. Hoewel we de laatste jaren een zekere afname van het gebruik zien, blijven de gebruikscijfers in 2018, ondanks talrijke bewustmakingscampagnes, nog altijd hoog.

We bespreken hier het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica⁶ in woonzorgcentra vanuit vier verschillende invalshoeken. Allereerst kijken we naar het globale gebruik van antidepressiva en antipsychotica, naar gelang van de regio, het type woonzorgcentrum en de evolutie in de tijd (sectie 2). Daarna analyseren we de verschillen tussen woonzorgcentra naar gelang van het afhankelijkheidsniveau van de bewoners (sectie 3). We vergelijken het gebruik van die geneesmiddelen in woonzorgcentra met dat van leden die gelijkaardige kenmerken vertonen maar thuis verzorgd worden (sectie 4). Tot slot bekijken we hoe het gebruik van de leden in de tijd evolueert, voor en na opname (sectie 5). In sectie 6 geven we onze conclusies en onze aanbevelingen ter zake.

2. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra

2.1. Methodologie

Deze studie is gebaseerd op facturatiegegevens van vergoede geneesmiddelen onder de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV). We bestuderen het gebruik van vergoede geneesmiddelen, voorgeschreven aan de CM-leden die in 2018 in woonzorgcentra verbleven.

Een lid wordt geacht antidepressiva of antipsychotica te hebben ingenomen als deze zijn voorgeschreven tijdens een verblijf in een woonzorgcentrum en als deze geneesmiddelen overeenstemmen met in totaal ten minste 30 DDD⁷ (d.w.z. 30 dagen behandeling). Wij gaan ervan uit dat elk voorgeschreven geneesmiddel daadwerkelijk gebruikt wordt.

Voor deze analyse werden alleen die CM-leden in aanmerking genomen die in 2018 ten minste 30 dagen in woonzorgcentra doorbrachten, in de voorzieningen waar in de loop van 2018 ten minste 20 CM-leden verbleven.

We beschikken over een steekproef van 84.266 leden in 1.273 voorzieningen met een gemiddelde leeftijd van 86 jaar, waarvan een meerderheid vrouw is (72%).

2.2. Resultaten

Gemiddeld (Tabel 1) gebruikte zo'n 39% van de CM-leden die in 2018 minstens 30 dagen in woonzorgcentra verbleven, ten minste 30 dagen lang antidepressiva. Ongeveer 18% van de leden gebruikte antipsychotica. In rust- en verzorgingstehuizen is het verbruik van antidepressiva in het algemeen hoger⁸ (41,28%) dan in rustoorden voor bejaarden (35,72%), wat verklaard kan worden door het feit dat de psychische problemen mogelijk zwaarder zijn in RVT's⁹.

Het gebruik van deze geneesmiddelen is zorgwekkend hoog, vergeleken met dat van alle ouderen¹⁰. We beschikken echter

4. Camilotti G., Vandenberg J., Verniest R. (2017), *Ouder worden maakt minder gelukkig*, CM Informatie 268, pp.17-21.

5. Gillis O., Verniest R. (2011), *Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen*, CM informatie 245 pp. 11-19; Cornelis K., Mertens R. (2007), *Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: grote verschillen*. CM Informatie 229 pp. 3-6; Camilotti G., Vandenberg J. en Verniest R. (2018), *Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de woonzorgcentra*. CM Informatie 271 pp. 37-46.

6. In het kader van deze analyse werden alle antidepressiva en antipsychotica geselecteerd (klassen ATC N06A – antidepressiva en ATC N05A – antipsychotica). De groep N06A omvat antidepressiva, d.w.z. preparaten die gebruikt worden voor de behandeling van endogene en exogene depressies. Die groep is vooral opgesplitst naar werkingswijze. Verschillende antidepressiva hebben verschillende werkingsmechanismen en de classificatie weerspiegelt niet de exacte werking van de betrokken antidepressiva. De groep N05A omvat geneesmiddelen met een antipsychotische werking (d.w.z. neuroleptica). Antipsychotica in combinatie met antidepressiva zijn ingedeeld in de categorie N06C - Psycholeptica in combinatie met psychoanaleptica. Deze groep is vooral opgesplitst naar chemische structuur. Verdere informatie over de ATC/DDD-index 2020 vindt u op de site van de WGO, www.whocc.no/atc_ddd_index/

7. Defined daily dose.

8. In dit artikel hanteren we de volgende terminologie: RVT duidt rust- en verzorgingstehuizen aan, ROB de rustoorden voor bejaarden (inclusief centra voor kortverblijf) en alle instellingen voor ouderen (dus RVT en ROB) worden woonzorgcentra (WZC) genoemd.

9. In Vlaanderen zijn de termen ROB en RVT vervangen door respectievelijk woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning en woonzorgcentra met bijkomende erkenning.

10. In zijn prestatieverslag over het Belgisch gezondheidsstelsel stelt het KCE dat 6,1% van de 65-plussers antipsychotica gebruikt, *op cit.*

Tabel 1: % CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD) - Gegevens CM 2018

Type woonzorgcentrum	Antidepressiva	Antipsychotica	N
	%	%	
RVT	41,28%	21,59%	45.713
ROB	35,72%	14,64%	38.553
Totaal	38,74%	18,41%	84.266

Tabel 2: % CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD), per gewest - Gegevens CM 2018

	Antidepressiva	Antipsychotica	N
	Gemiddelde	Gemiddelde	
Vlaanderen	36,01%	18,03%	61.779
Wallonië	48,69%	20,40%	17.978
Brussel	44,31%	18,28%	2.855
Totaal	38,74%	18,41%	84.266

niet over informatie over de gezondheidstoestand van de leden om te beoordelen of deze realiteit gerechtvaardigd is.

Ook zien we een verschil tussen de regio's, met een groter gebruik van antidepressiva in woonzorgcentra in Wallonië (49%) en Brussel (44%) dan in Vlaanderen (36%). Het gebruik van antipsychotica verschilt daarentegen minder tussen de regio's (Tabel 2).

Als we de evolutie bekijken van het gemiddelde percentage leden in een woonzorgcentrum dat antidepressiva/antipsychotica gebruikt, zien we een lichte afname (met zo'n 2% tussen 2015 en 2018 voor antidepressiva en antipsychotica). De daling is dus maar klein en de cijfers blijven tussen 2015 en 2018 van dezelfde grootteorde (Figuur 1).

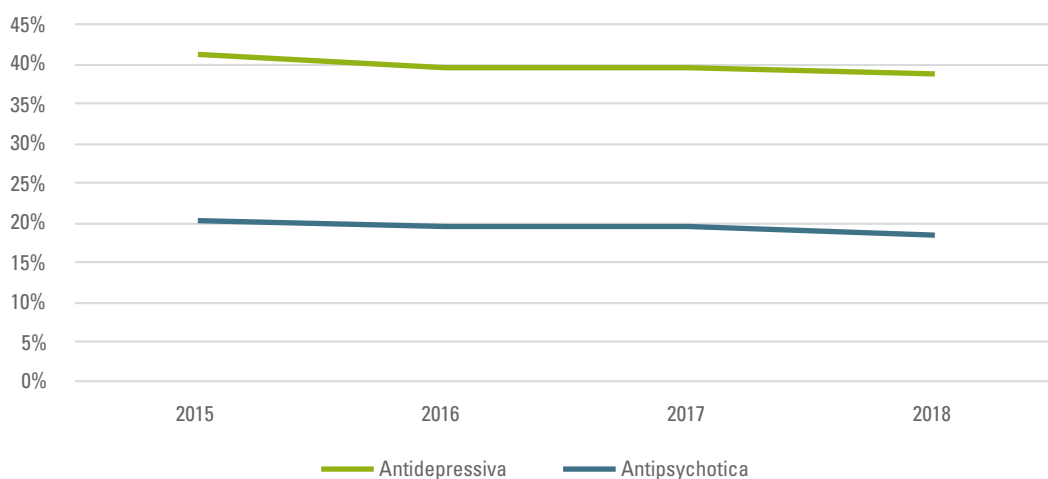
3. Variatie naar gelang het afhankelijkheidsniveau

3.1. Methodologie

Het is belangrijk om te weten of achter het waargenomen gebruiksniveau verschillen tussen de instellingen schuil gaan. In het verleden wees CM al op significante verschillen tussen woonzorgcentra wat betreft het gebruik van antidepressiva en antipsychotica.

Een juiste inschatting van de verschillen tussen woonzorgcentra vraagt idealiter om twee soorten gegevens: enerzijds de gebruiksgegevens voor alle bewoners van elk woonzorgcentrum; anderzijds gedetailleerde informatie over het profiel en de pathologieën in elke voorziening. Bij gebrek aan zulke

Figuur 1: Evolutie van het % CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva of antipsychotica gebruikte (30 DDD) en dat er minimaal 30 dagen verbleef; woonzorgcentra met minstens 20 CM-leden



informatie¹¹ vergelijken we de woonzorgcentra volgens het 'forfait'¹² en beperken we de analyse tot die woonzorgcentra waar veel CM-leden verblijven.

Concreet zijn we als volgt te werk gegaan: voor elke voorziening en elk forfait hebben we het percentage leden berekend dat in 2018 antidepressiva of antipsychotica (minimaal 30 DDD) gebruikte. We hebben een drempel van ten minste 20 leden per forfait aangehouden¹³ om het risico te verminderen dat de waargenomen variatie te wijten zou zijn aan een beperkt aantal waarnemingen. Omdat het forfait een goede indicatie is voor de mate van afhankelijkheid, vergelijken we individuen die qua zorgbehoefte vergelijkbaar zijn: Dit verkleint het risico dat de waargenomen variatie tussen woonzorgcentra het gevolg is van verschillen in het profiel.

Deze methode kent echter een aantal beperkingen. Ten eerste hebben de meeste woonzorgcentra slechts bepaalde categorieën forfaits. Het vergelijken van de verschillen in het gebruik tussen verschillende forfaits is dan ook geen vergelijking tus-

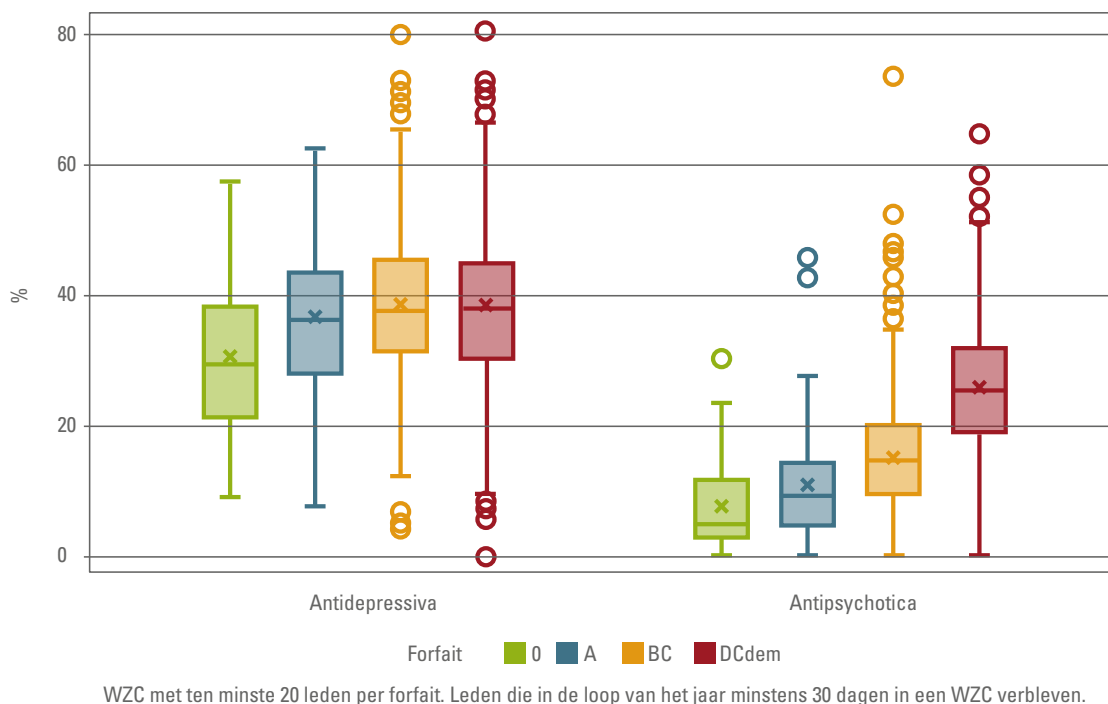
sen dezelfde woonzorgcentra. Ten tweede wordt het aantal woonzorgcentra dat voor dit onderzoek in aanmerking wordt genomen aanzienlijk verminderd door de beperkingen ten aanzien van het minimumaantal leden per forfait, zonder echter het risico te negeren dat de waargenomen verschillen een artefact kunnen zijn van het beperkte aantal observaties per voorziening: in totaal werden 817 van de 1.273 woonzorgcentra in aanmerking genomen.

3.2. Resultaten

Wij hebben de verdeling van de percentages van gebruikers van antidepressiva en antipsychotica weergegeven per woonzorgcentrum, met behulp van een box-plot (Zie einde artikel voor meer duiding).

Figuur 2 toont de verschillen in het percentage bewoners dat antidepressiva en antipsychotica gebruikt, tussen de woonzorgcentra en naar gelang van het forfait¹⁴.

Figuur 2: Verdeling van het % bewoners in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD), naar gelang van het forfait (2018)



11. CM-leden zijn minder representatief voor de bevolking in het Waals Gewest en het Brussels Gewest.
12. Het forfait is afhankelijk van de mate van afhankelijkheid van de bewoner, berekend op basis van de Katzschaal. Meer informatie over de afhankelijkheidsniveaus waarop elk forfait betrekking heeft, vindt u in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
13. We hebben de forfaits gegroepeerd in de categorieën 0, A, B+C, D+Cd om te voorkomen dat het aantal woonzorgcentra in de analyse te veel beperkt wordt. Het lid wordt toegewezen aan het forfait waar hij/zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2018.
14. Meer informatie over de afhankelijkheidsniveaus waarop elk forfait betrekking heeft, vindt u in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Wat het gebruik van antidepressiva betreft, zien we grote verschillen tussen elk type forfait. Voor de forfaits B en C als geheel bijvoorbeeld varieert het aantal leden dat antidepressiva gebruikt, per woonzorgcentrum, van 13% tot 67% (percentiel 10 tot 90). De spreiding is globaal genomen minder groot bij antipsychotica.

In een woonzorgcentrum neemt het gebruik van antidepressiva en antipsychotica gemiddeld toe met de zorgzwaarte (forfait). Zo is het gebruik van antipsychotica bijzonder hoog (26%) bij CM-leden met een D/Cd-forfait. Ter herinnering: Cd is de categorie waarin we het merendeel van de bewoners met dementie vinden. Toch is de doeltreffendheid van antipsychotica voor de behandeling van dementie beperkt gebleken en worden ze niet aanbevolen.

Naast de variatie als gevolg van een beperkt aantal bewoners per woonzorgcentrum, kunnen de waargenomen verschillen

tussen woonzorgcentra tevens verklaard worden door twee andere factoren: andere verschillen in het profiel van bewoners dan het afhankelijkheidsniveau en praktijkverschillen tussen woonzorgcentra bij de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.

Verder zien we dat het percentage CM-leden dat antidepressiva/antipsychotica gebruikt, systematisch lager is (voor elk type forfait afzonderlijk en in totaal) in de vzw-voorzieningen, in vergelijking met commerciële woonzorgcentra of het OCMW-voorzieningen.

Het percentage leden dat antidepressiva gebruikt is trouwens systematisch hoger in de commerciële woonzorgcentra. Ook zien we in tabel 3 dat vzw's een iets groter percentage afhankelijke personen opvangen (B/C en D/Cd). Die resultaten wijzen op praktijkverschillen naar gelang van het statuut van het woonzorgcentrum.

Tabel 3: gemiddeld % leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD), per statuut van de woonzorgcentra en per forfait, 2018

Forfait	Statuut woonzorgcentrum	Antidepressiva	Antipsychotica	% leden per statuut	N
0	OCMW	33,65%	11,20%	9%	2.187
	VZW	29,93%	7,85%	7%	3.107
	Commercieel	38,79%	16,02%	10%	1.717
	Totaal	33,26%	10,90%	8%	7.011
A	OCMW	37,84%	12,58%	14%	3.338
	VZW	34,86%	10,65%	13%	5.238
	Commercieel	40,91%	16,59%	18%	3.268
	Totaal	37,37%	12,83%	14%	11.844
B/C	OCMW	40,73%	17,06%	43%	10.494
	VZW	37,80%	14,42%	45%	18.747
	Commercieel	41,92%	16,33%	43%	7.586
	Totaal	39,48%	15,57%	44%	36.827
D/Cd	OCMW	39,52%	27,39%	35%	8.507
	VZW	38,86%	25,79%	35%	14.780
	Commercieel	42,58%	26,12%	29%	5.099
	Totaal	39,73%	26,33%	34%	28.386
Totaal	OCMW	39,28%	19,51%	100%	24.526
	VZW	37,22%	17,48%	100%	41.872
	Commercieel	41,62%	19,17%	100%	17.670
	Totaal	38,75%	18,43%	100%	84.068

4. Verschil tussen thuiszorg en woonzorgcentrum

4.1. Methodologie

In deze sectie vergelijken we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen zorg thuis¹⁵ en in een woonzorgcentrum. In de ideale situatie waarbij we voor ieder individu in een woonzorgcentrum een lid met dezelfde sociaal-demografische kenmerken en pathologieën in de thuiszorg kunnen identificeren, zou elk verschil in het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen zorginstellingen en thuiszorg toegeschreven kunnen worden aan het voorschrijfgedrag in woonzorgcentra in vergelijking met dat in de thuiszorg.

In de praktijk hebben we, zoals reeds vermeld, echter geen informatie over het ziektebeeld van onze leden. Verschillen in morbiditeit kunnen verklaren waarom sommige mensen in een woonzorgcentrum verblijven en andere, met een vergelijkbaar sociaaldemografisch profiel, thuis blijven. In ieder geval proberen we de impact van profielverschillen op het geneesmiddelengebruik te beperken door elk individu in een woonzorgcentrum te matchen met een thuiswonend individu met identieke eigenschappen wat betreft leeftijdscategorie, geslacht, afhankelijkheidsniveau¹⁶ en jaar van overlijden (2018 of in leven).

We hebben het basisonderzoek beperkt tot CM-leden ouder dan 70 jaar die afhankelijk zijn (volgens de Katzschaal)¹⁷ en die in 2018 hetzij minimaal 60 dagen thuisverpleging hebben

ontvangen, hetzij minimaal 30 dagen in een woonzorgcentrum hebben doorgebracht. Aan de hand van deze steekproef hebben we geprobeerd om elke bewoner van een voorziening te matchen met een "identiek" lid in de thuiszorg met de hierboven beschreven kenmerken. 30% van de leden die in woonzorgcentra verbleven, kon niet worden gematcht, omdat er geen soortgelijk individu werd gevonden dat thuiszorg had gekregen.

Vervolgens hebben we het geneesmiddelengebruik in heel 2018 voor beide groepen gekwantificeerd (ten minste 30 DDD's gedurende het jaar), door ze in te delen op basis van de verblijfsduur in woonzorgcentra of het aantal dagen thuisverpleging. Dit betekent dat een deel van het waargenomen gebruik, in het bijzonder voor leden met een verblijf in een woonzorgcentrum korter dan 3 maanden, niet noodzakelijk verband houdt met een behandeling in een woonzorgcentrum.

4.2. Resultaten

Tabel 4 toont de percentages antidepressiva- en antipsychotica gebruikers in de twee gematchte groepen, naar verblijfsduur in het woonzorgcentrum of aantal dagen thuisverpleging.

Wij stellen vast dat het gebruik van antidepressiva thuis lager is dan in woonzorgcentra, voor elke verblijfsduur/thuiszorgduur. Gemiddeld gebruikt 31,33% van de leden in de thuiszorg in 2018 ten minste 30 DDD's antidepressiva. Voor woonzorgcentrumbewoners met een profiel dat vergelijkbaar is met dat van thuiszorggebruikers bedraagt dit percentage 44,83%.

Tabel 4: % leden dat antidepressiva en antipsychotica gebruikte (30 DDD), naar gelang de duur van de thuisverpleging of het verblijf in een woonzorgcentrum (2018)

Duur	Antidepressiva (%)		Antipsychotica (%)		Aantal waarnemingen
	thuisverpleging	woonzorgcentrum	thuisverpleging	woonzorgcentrum	
(A) Tot drie maanden	26,42%	35,44%	6,22%	15,98%	7.712
(B) 3-6 maanden	27,34%	40,69%	6,74%	25,09%	14.608
(C) 6-9 maanden	33,30%	43,73%	11,14%	27,36%	8.656
(D) 9-12 maanden	33,82%	45,92%	9,53%	28,56%	62.288
Totaal =	31,33%	44,83%	8,66%	27,50%	93.264
Verskil (D-A)	7,40%	10,48%	3,31%	12,58%	

De leden worden gematcht naar afhankelijkheidsklasse, leeftijdsgroep, geslacht, overlijden

15. Leden in de thuiszorg worden geïdentificeerd aan de hand van facturatie van thuisverpleging.

16. De forfaits in de thuisverpleging stemmen niet overeen met de forfaits in woonzorgcentra: om de twee groepen te kunnen matchen, hebben we de leden ingedeeld volgens hun Katzschaal in vier afhankelijkheidsklassen. Voor meer bijzonderheden over de indeling, zie Gillis O., Verniest R. (2011), *Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen*, CM informatie 245 pp. 11-19

17. Als een lid in de loop van het jaar meer dan één inschaling met de Katzschaal heeft, nemen we die waar hij of zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2018 in aanmerking.

De verschillen in het gebruik van antipsychotica zijn aanzienlijk voor elke verblijfsduur. Gemiddeld gebruikt 8,66% van de leden in de thuiszorg antipsychotica, vergeleken met 27,50% van de vergelijkbare personen in woonzorgcentra.

Een ander belangrijk resultaat is dat het gebruik van antidepressiva, en vooral dat van antipsychotica, meer toeneemt naarmate men meer tijd doorbrengt in een woonzorgcentrum, dan naarmate men langer thuiszorg ontvangt. Zo is het percentage mensen dat antipsychotica gebruikt en dat ruim 9 maanden lang thuisverpleging krijgt, 3,31% hoger dan het percentage mensen dat minder dan 3 maanden lang verpleegkundige verzorging krijgt. In woonzorgcentra is dat verschil 12,58%. Voor antidepressiva bedraagt het verschil 7,4% bij thuiszorg, tegen 10,48% bij verblijven in woonzorgcentra. De toename van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica naar gelang van de duur van het verblijf is dus sterker in woonzorgcentra dan thuis. Dat resultaat is verontrustend want het zou de indruk kunnen wekken dat alleen al het feit dat men in een woonzorgcentrum verblijft, al van invloed is op het gebruik van antidepressiva en antipsychotica.

Gezien de beperkingen van de hierboven beschreven analyse, kunnen we de verschillen tussen thuiszorg en voorzieningen niet volledig toeschrijven aan de handelwijze in de voorzieningen: ook andere factoren spelen hierin een rol. De verschillen blijven echter opmerkelijk.

5. Gebruik voor en na opname

5.1. Methodologie

Een laatste invalshoek voor het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra is te kijken hoe het zich ontwikkelt na de opname.

Hiervoor hebben we leden geselecteerd die in 2018 minimaal 6 maanden¹⁸ in een woonzorgcentrum hebben doorgebracht en die in de 6 maanden voorafgaand aan de datum van hun eerste verblijf in een voorziening geen forfaits in een woonzorgcentrum hebben ontvangen. Dat beperkt onze steekproef aanzienlijk (8.170 individuen van de 84.266 in aanmerking genomen).

Voor deze leden berekenen we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de zes maanden voorafgaand aan de opname en in de zes maanden volgend op de (eerste) opnamedatum. We vergelijken dus dezelfde groep individuen voor en na opname in een woonzorgcentrum.

5.2. Resultaten

We stellen vast (tabel 5) dat het percentage leden dat antidepressiva gebruikt, na opname stijgt van 29,6% naar 35,5% (een stijging van 20,1%). Het percentage leden dat antipsychotica gebruikt, stijgt na opname van 8,8% naar 13,3% (een stijging van 51,7%).

Tabel 5: % gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (minstens 30 DDD) in de 6 maanden voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum en de eerste 6 maanden in het woonzorgcentrum

	Antidepressiva	Antipsychotica	Totaal leden
6 maanden voor de opname in het woonzorgcentrum	29,6%	8,8%	8.170
6 maanden na de opname in het woonzorgcentrum	35,5%	13,3%	
Stijgingsgraad	20,1%	51,7%	

De verschillen in het gebruik tussen de periode voor en na de opname in een woonzorgcentrum zijn aanzienlijk. We kunnen hieruit niet automatisch afleiden dat de voorzieningen de oorzaak zijn van de toename van het gebruik: andere factoren die tot opname leiden kunnen een deel van deze toename verklaren. Zo is een groot aantal van de leden in de steekproef ten minste een maal in een ziekenhuis opgenomen geweest voordat ze opgenomen werden in het woonzorgcentrum. Het gebruik van antidepressiva kan ook begonnen zijn tijdens die ziekenhuisverblijven.

Het gebruik van antidepressiva is ook vóór de opname in een woonzorgcentrum al erg hoog. Wanneer we de evolutie van het gebruik door dezelfde individuen in de tijd vergelijken, is het verschil kleiner dan wanneer we individuen in thuiszorg vergelijken met leden in woonzorgcentra, maar ook daar blijft het verschil groot. Dit kan betekenen dat zelfs als de geselecteerde leden in de thuiszorg een demografisch en afhankelijkheidsprofiel hebben dat vergelijkbaar is met dat van leden in woonzorgcentra, ze andere kenmerken kunnen hebben die de verschillen in het gebruik verklaren.

18. Een onderbreking van het verblijf is mogelijk.

6. Besluit

Uit deze analyse blijkt dat het gebruik van antidepressiva en antipsychotica hoog is in woonzorgcentra. Om in te kunnen schatten of dit gebruik gerechtvaardigd is, hebben we informatie nodig over de (mentale) gezondheidstoestand van de leden, die we helaas niet tot onze beschikking hebben.

We zien echter wel grote verschillen tussen woonzorgcentra onderling bij het vergelijken van personen met een vergelijkbaar afhankelijkheidsprofiel, wat kan wijzen op verschillende praktijken, met name op het gebied van het voorschrijven van antidepressiva. Het hoge aandeel van antipsychotica dat wordt voorgeschreven aan mensen die aan dementie lijden, is bijzonder zorgwekkend want we weten dat deze geneesmiddelen geen adequaat antwoord zijn op dit gezondheidsprobleem¹⁹.

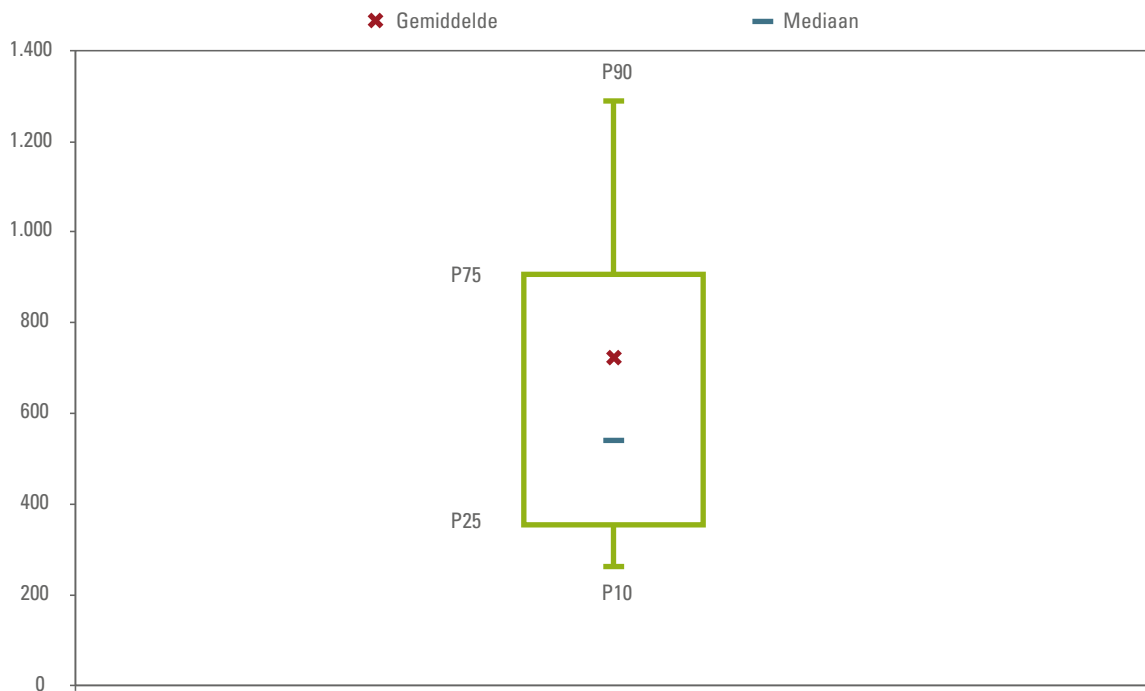
Als referentiepunt vergelijken we eerst twee vergelijkbare groepen in termen van demografie en afhankelijkheid, in de thuiszorg en in woonzorgcentra, en vervolgens dezelfde groep individuen voor en na opname. Hoewel beide methoden beperkingen hebben, zoals hierboven al werd uitgelegd, is er in beide gevallen sprake van een groter gebruik in woonzorgcentra dan in de vergelijkingsgroep.

Onze analyse toont zorgwekkende verschillen tussen het niveau van medicatie in woonzorgcentra, tussen de woonzorgcentra en buiten de woonzorgcentra, voor soortgelijke niveaus van afhankelijkheid. Hoewel we in onze analyse niet kunnen uitsluiten dat in bepaalde gevallen geneesmiddelen worden voorgeschreven op basis van een diagnose van een psychische aandoening, observeren we in de resultaten niettemin een anomalie die door geen enkele demografische oorzaak redelijk verklaard kan worden. Daarom lijkt het ons noodzakelijk om vraagtekens te zetten bij de reden voor zo'n zware medicalisering in woonzorgcentra. Liever zouden we een multifactoriële aanpak zien van de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen in de laatste levensfase.

Concreet pleit CM voor een algemene verandering in de zorg voor de geestelijke gezondheid van ouderen, met bijzondere aandacht voor preventie, meer financiële steun voor de psychologische ondersteuning en een grotere betrokkenheid van familieleden bij medische keuzes. De ontwikkeling van een netwerk tussen zorgverleners onderling is essentieel om de psychologische problemen van ouderen in een vroeg stadium aan te pakken.

19. Dufresne en Gallarda stellen het volgende: "Er zijn aanzienlijke aanwijzingen voor overmatig gebruik van antipsychotica bij ouderen, met name in instellingen. [...] Het doordacht gebruik van antipsychotica bij ouderen is voorwerp van discussie en heeft aanleiding gegeven tot een aantal consensus van experts. In 2004 hebben Alexopoulos e.a. geprobeerd de situaties te verduidelijken waarin deze voorschriften kunnen worden overwogen: dit zijn schizofrenie en aanhoudende waanstoornissen, manie met psychotische symptomen, dementie met agitatie (wanneer het een gedragsreactie op waanbeelden is), majeure depressies met psychotische symptomen. [...] Aan de andere kant zijn deze moleculen niet geïndiceerd in veel situaties waar het gebruik ervan toch klassiek was en nu achterhaald en schadelijk is: prikkelbaarheid en vijandigheid bij afwezigheid van een gekarakteriseerde mentale stoornis (karakterreacties), gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis, neurologische pijn, hypochondrische klachten van neurotische oorsprong, emotionele labiliteit, slapeloosheid..." (Dufresne en Gallarda, 2008, La place des antipsychotiques dans la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée, L'Encéphale, Supplément 6, S242-S248, p. 244, geraadpleegd op 22/04/20, beschikbaar op <https://www.encephale.com/content/download/86708/1490232/version/1/file/main.pdf> - eigen vertaling).

Bijlage: Hoe een boxplot lezen?



Grafische weergave van de spreiding van de waargenomen waarden; het gemiddelde wordt weergegeven door het kruisje, de mediaan door de lijn; het kader (percentiel 25 tot 75) geeft het interval aan waarin 50% van de waarnemingen wordt aangetroffen (interkwartielinterval); de omvang van de gegevensspreiding wordt weergegeven door de lengte van de antennes (percentiel 10 tot 90).

Wat zijn gezondheidsvaardigheden? Een literatuuroverzicht

Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

Gezondheidsvaardigheden zijn “de capaciteit van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken met het oog op het behouden of het verbeteren van zijn gezondheid en die van zijn omgeving in diverse omgevingen tijdens zijn leven” (Sorensen et al., 2012). Dit concept wint aan belang, zowel op het terrein als op politiek en academisch niveau. Het lijkt inderdaad een krachtige vector te zijn om het gedrag inzake gezondheid te verbeteren en sociale gezondheidsongelijkheden te verminderen.

Dit artikel beoogt een overzicht van de wetenschappelijke literatuur en debatten over gezondheidsvaardigheden te geven. In het eerste deel komen wij kort terug op de geschiedenis van het concept en de definitie ervan. Dan zullen wij stilstaan bij de factoren die de gezondheidsvaardigheden beïnvloeden en parallel hiermee bij de mogelijke impact van betere gezondheidsvaardigheden op de resultaten inzake gezondheid en gezondheidsongelijkheden. Het derde gedeelte is toegespitst op het niveau van gezondheidsvaardigheden in het buitenland en in België. Tot slot overlopen wij de verschillende aanbevelingen, het beleid en de actieplannen om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Wij staan hiervoor stil bij de rapporten van de internationale organisaties, de systematische literatuuroverzichten en enkele meer specifieke casestudies. Uit deze oefening kunnen meerdere nuttige conclusies en aanbevelingen gehaald worden voor België.

Sleutelwoorden: *Gezondheidsvaardigheden, ongelijkheid*

1. Inleiding en definitie van het concept

Het concept gezondheidsvaardigheden is einde de jaren 70 ingevoerd in de Verenigde Staten door Cecile Doak als gevolg van een studie rond leesvaardigheid van patiënten in het ziekenhuis. Toen overheerste een functionele definitie van gezondheidsvaardigheden, meer bepaald informatie en instructies inzake gezondheid kunnen lezen en begrijpen (Doak et al., 1996). Iets later, begin de jaren '90, werd in de Verenigde Staten een nationale werkgroep over gezondheidsvaardigheden opgericht. Dit was één van de eerste initiatieven waar deskundigen in verschillende domeinen (gezondheidszorg, onderwijs, sociale wetenschappen) werden samengebracht om rond dit concept te werken. Op dat ogenblik vonden ook de eerste enquêtes plaats om het niveau van gezondheidsvaardigheden te meten. Die kwamen uit het domein van de opvoedingswetenschappen (National Adult Literacy Survey, 1992; International Adult Literacy Survey, 1994). Deze analyses toonden aan dat gezondheidsvaardigheden één van de factoren is die verschillen inzake gezondheid verklaren.

Einde de jaren 90 en in het eerste decennium van de 21^{ste} eeuw werd een brede waaier aan studies uitgevoerd over de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en resultaten inzake

gezondheid (op het vlak van kennis, gedrag, morbiditeit en mortaliteit). Deze studies toonden vooreerst dat gezondheidsvaardigheden niet enkel te maken hebben met gezondheidsinformatie kunnen lezen en begrijpen maar ook met enkele complexere, onderling verbonden vaardigheden zoals mee beslissen over zijn gezondheid, zijn noden kunnen uitdrukken tegenover de zorgverlener of gezondheidsinstructies kritisch kunnen beoordelen (Rudd, 2017). Bovendien schakelden deze studies over van de patiëntgerichte benadering naar de benadering die rekening houdt met interactie en afstemming tussen zorgstelsels en iemands vaardigheden (Rudd, 2017; McCormack et al., 2016). Naast individuele kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, socio-economische status, ...) zijn ook kenmerken terug te vinden die meer aan het stelsel gebonden zijn (de organisatie van de gezondheidszorg, communicatie binnen gezondheidsorganisaties, enz.) die het individuele niveau van gezondheidsvaardigheden beïnvloeden (Rademakers et al., 2014). Gezondheidsvaardigheden worden dan een gedeelde verantwoordelijkheid tussen zowel het individu als gezondheidszorgorganisaties en een verandering in de oriëntering van het beleid is merkbaar, van gezondheidsbevordering naar de wil om het gezondheidsstelsel te hervormen (Trezona et al.,

2019). Vandaag zijn de twee belangrijke benaderingen inzake gezondheidsvaardigheden: “de klinische benadering” met de klemtoon op de individuele vaardigheden (Ishikawa et al., 2008) en “de volksgezondheidsbenadering” die het concept verruimt en andere dan medische dimensies opneemt (Rudd, 2007).

Deze verruiming van de visie op gezondheidsvaardigheden als een interactie tussen een patiënt en zijn gezondheidszorgstelsel is goed weergegeven in de definitie van Sorensen et al. (2012).

Sorensen et al. (2012) **definiëren** gezondheidsvaardigheden als “kennis, motivatie en vaardigheden van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om in het alledaagse leven beoordelingen te maken en besluiten te nemen op het gebied van de gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, om de levenskwaliteit te onderhouden of te verbeteren”. Sorensen et al. (2012) maakten ook een **conceptueel model** voor gezondheidsvaardigheden. Dit model toont de dimensies en belangrijkste domeinen bij gezondheidsvaardigheden (voorgesteld door de pijl en de concentrische ovalen in het midden van figuur 1), de beïnvloedende factoren voor gezondheidsvaardigheden en de band tussen gezondheidsvaardigheden en gezondheidsresultaten. De vier dimensies van gezondheidsvaardigheden zijn:

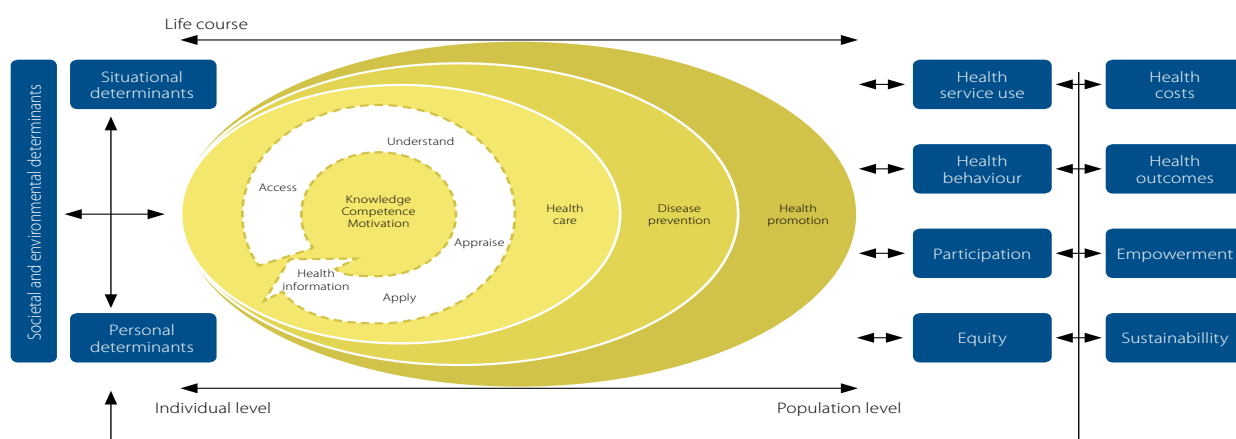
- **Toegang hebben tot** (Access): kunnen zoeken, vinden en bekomen van informatie over gezondheid;
- **Begrijpen** (Understand): kunnen begrijpen van de informatie;
- **Evalueren** (Appraise): kunnen interpreteren, filteren, beoordelen en evalueren van deze informatie;

- **Toepassen** (Apply): kunnen mededelen en gebruiken van deze informatie om gezond te blijven of zijn gezondheid te verbeteren.

Gezondheidsvaardigheden zijn van toepassing in verschillende domeinen binnen een continuüm gaande van het individuele niveau tot op niveau van de bevolking: de gezondheidszorgdiensten, preventie van ziekten en bevordering van de gezondheid. Daardoor kan het klinisch concept van gezondheidsvaardigheden op individueel niveau en de ‘volksgezondheidsaanpak’ die de vaardigheid binnen de bredere context van de gemeenschap en de samenleving benadert, in één enkel model worden geïntegreerd. De combinatie van de vier vaardigheden inzake gezondheidsvaardigheden en de drie gezondheidsdomeinen, Sorensen et al. (2012) geeft een matrix met 12 dimensies (zie Tabel 1).

Dit model toont ook de belangrijkste determinanten voor de gezondheidsvaardigheden en de factoren die door gezondheidsvaardigheden beïnvloed worden. Bij de determinanten voor de gezondheidsvaardigheden wordt een onderscheid gemaakt tussen de factoren die verder van het individu verwijderd zijn (de sociale en omgevingsdeterminanten, bijvoorbeeld: geografische ligging, cultuur, taal, politieke instanties, sociale stelsels) en de factoren dicht bij het individu die eerder te maken hebben met de persoonlijke determinanten (bijvoorbeeld: leeftijd, geslacht, etnische herkomst, socio-economische status, opleiding, inkomen, ...) en de situatie (bijvoorbeeld: sociale ondersteuning, familiale invloed, gebruik van media en fysieke omgeving). De gezondheidsvaardigheden beïnvloeden op hun beurt het gezondheidsgedrag, gebruik van de gezondheidsdiensten, de participatie en gezondheidsongelijkheid en zal dus een gevolg hebben op de

Figuur 1: Conceptueel model gezondheidsvaardigheden, bron: WGO (2013), p.14, aangepast door Sorensen et al. (2012)



Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

Tabel 1: De 12 subdimensies in het conceptueel model inzake gezondheidsvaardigheden
(bron: Sorensen et al., 2012)

	Toegang tot informatie of ze verkrijgen	Begrijpen van deze informatie	Beoordelen en bekritisieren van deze informatie	Deze informatie toepassen of gebruiken
Gezondheidszorg	Vaardigheid om toegang te verkrijgen tot informatie over klinische of medische vragen	Vaardigheid om medische informatie te begrijpen en de zin ervan in te zien	Vaardigheid om medische informatie te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om geïnformeerd te beslissen over zijn gezondheid
Ziektepreventie	Vaardigheid om toegang te verkrijgen tot informatie over de risicofactoren	Vaardigheid om informatie over de risicofactoren te begrijpen en de zin ervan te inzien	Vaardigheid om informatie over de risicofactoren te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om de relevantie van informatie over de risicofactoren te beoordelen
Gezondheidsbevordering	Vaardigheid om zich op de hoogte te stellen van gezondheidskwesties	Vaardigheid om informatie over gezondheid en de zin ervan te begrijpen	Vaardigheid om vragen over gezondheid te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om zich een weloverwogen mening te vormen over gezondheidskwesties

resultaten inzake gezondheid, de kosten van de gezondheidszorg, patiëntenempowerment en de houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsel.

2. Gezondheidsvaardigheden, gedrag en ongelijkheid

2.1. De sociale determinanten van gezondheidsvaardigheden

Verschillende indicatoren van de sociale structuur (socio-economisch statuut, opleidingsniveau en beroepssituatie) verklaren deels de verschillen in gezondheidsvaardigheden.

Onderzoek waarbij indicatoren inzake sociale klasse worden gebruikt (bijvoorbeeld, inkomen, opleidingsniveau of beroepssituatie) brengen voortdurend socio-economische verschillen inzake gezondheidsvaardigheden aan het licht (Ayotte et al., 2009; Sudore et al., 2006; Dupre et Goerge, 2011; Sorensen et al. 2015). Sommige auteurs tonen bijvoorbeeld dat een stijging van het persoonlijk inkomen met ongeveer 5.000 dollar gepaard gaat met een aanzienlijk hoger niveau van gezondheidsvaardigheden (von Wagner et al., 2007). Onderzoek in de Verenigde Staten en Europa toont een lager niveau van gezondheidsvaardigheden bij ouderen, etnische minderheden (Baker, 2002, Sorensen et al., 2015), socio-economisch

zwakke groepen (Ayotte et al., 2009; Baker, 2002; Sudore et al., 2006; Sorensen et al., 2015), groepen met financiële problemen en lagergeschoolden (Van der Heide, 2013; Sorensen et al., 2015). Bepaalde onderzoeken geven aan dat mannen een lager niveau van gezondheidsvaardigheden hebben dan vrouwen (Ayotte et al., 2009; Sudore et al., 2006; Van den Broucke et Renwart, 2014); ander onderzoek geeft echter het omgekeerde aan (Jeppesen, 2009; Charafeddine, 2018). Meerdere studies bevestigen dus het bestaan van een **sociale gradiënt**¹ inzake gezondheidsvaardigheden (Van der Heide, 2013; Rikard et al., 2016; Sorensen et al. 2015).

Rikard et al. (2016) toonden ook dat in de VS de sociale integratie van iemand het verschil in gezondheidsvaardigheden verklaart: burgerengagement (bijvoorbeeld, gaan stemmen, vrijwilliger zijn en naar de bibliotheek gaan) en sociale hulpmiddelen (bijvoorbeeld: Engels spreken of een groot sociaal netwerk hebben) gaan gepaard met hogere gezondheidsvaardigheden.

Ten slotte, naast de sociale structuur-indicatoren dient te worden gewezen op het belang van onze socioculturele representaties en gewoonten voor het niveau van gezondheidsvaardigheden. Onze keuzes zijn het resultaat van het interpreteren van een boodschap met onze eigen representaties. Deze zijn op hun beurt geconcipieerd en tot stand gekomen onder invloed van onze sociale omgeving, onze geloofsovertuiging en onze gewoonten. Het is dus mogelijk dat de informatie aanwezig is, de boodschap wel duidelijk is maar dat de meeste bevroegden

1. De term 'sociale gradiënt' wordt gebruikt om te beschrijven dat mensen met een zwakkere socio-economische positie een minder goede gezondheid (en een korter leven) hebben dan wie het beter heeft. Dit is een wereldwijd verschijnsel dat in alle landen wordt vastgesteld. Bron WGO: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

niet in staat zijn om deze te beoordelen of de aanbevelingen uit te voeren. Het opleidingsniveau of het sociaal statuut volstaan niet om de codes van een samenleving te begrijpen. Zo kan een Belgische professor volksgezondheid nood hebben aan gezondheidsvaardigheden in een vreemd land, en omgekeerd, want de wetgeving, gebruiken en overtuigingen inzake gezondheid verschillen soms (FRAPS 2018). Afstemming van onze cultuurcodes en waardesystemen met die van de zorgorganisatie is dus belangrijk. Dit leidt tot de vraag omtrent het betrekken van verschillende spelers inzake gezondheid bij beslissingen over gezondheid² en gemeenschapsgezondheid³, dus omtrent de aard van het collectief beslissingsproces om onze gezondheidsstelsels te bepalen en te garanderen dat het individu zijn cultuurpraktijk kan behouden.

2.2 Impact van gezondheidsvaardigheden op gedrag en resultaten inzake gezondheid

Steeds meer studies tonen aan dat personen met lage gezondheidsvaardigheden minder gemakkelijk gezondheidsbevorderend gedrag stellen/aannemen (Berkman, 2011b; Omachi et al., 2013), aan screening deelnemen (Omachi et al., 2013; WHO, 2013) en een beroep op de preventiediensten doen (Sayah et al., 2013; Vandenbosch et al., 2016). Bijvoorbeeld, Fernandez et al. (2016) stelden vast met logistische regressiemodellen gecorrigeerd voor geslacht, opleidingsniveau, etnische origine en leeftijd, dat deelnemers die aangaven een goede kennis over gezondheid te hebben, vaker een mammografie lieten uitvoeren de jongste twee jaar, twee tot drie keer per week sport beoefenden en minder rookten.

Patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden kunnen hun gezondheid en behandeling minder goed beheren (Souza et al. 2014). Lagere gezondheidsvaardigheden beperken de mogelijkheden om actief mee te beslissen over zijn gezondheid en zijn gezondheid zelfstandig te beheren. Het risico van meervoudige pathologieën stijgt hierdoor (Roberts, 2015). Bovendien voelen mensen met lagere gezondheidsvaardigheden zich sneller beschaamd over hun vaardigheden met als gevolg minder interactie met de gezondheids- en sociale diensten. Lagere gezondheidsvaardigheden maken het moeilijker om te communiceren met de zorgverleners en het individu kan daardoor zijn noden op het vlak van gezondheid gaan verbergen (Roberts, 2015).

Ook is aangetoond dat lage gezondheidsvaardigheden de morbiditeit doen stijgen (bijvoorbeeld meer baarmoederhalskanker) alsook vroegtijdige sterfte. Lage gezondheidsvaardigheden impliceren ook dat geneesmiddelen niet steeds goed

worden ingenomen (Albouy-Llaty, 2016) en dat chronische en langdurig aandoeningen minder goed beheerd worden (WHO, 2013; Berkman, 2011). Bij personen met een chronische aandoening ligt het aantal personen met lage gezondheidsvaardigheden hoger (Mannaerts, 2018).

Meerdere studies hebben bovendien aangetoond dat lage gezondheidsvaardigheden gepaard gaan met een suboptimaal gebruik van de gezondheidsdiensten; meer ziekenhuisopnames, een langere opnameduur en meer gebruik van de spoeddiensten (Jansen et al., 2018; Albouy-Llaty, 2016; Berkman, 2011).

Tot slot, op basis van een systematisch onderzoek van de elektronische databanken (2.340 geanalyseerde artikels), schatten Eichler et al. (2009) dat de bijkomende kosten gelinkt aan de prevalentie van lage gezondheidsvaardigheden variëren van 3% tot 5% van de totale kosten van de gezondheidszorg per jaar.

2.3. Band tussen gezondheidsvaardigheden en sociale gezondheidsongelijkheden

Gezondheidsvaardigheden worden in verband gebracht met zowel de belangrijkste sociale determinanten inzake gezondheid als met de gezondheidsresultaten. Ze zouden dus de relatie tussen deze twee groepen variabelen kunnen beïnvloeden en een rol kunnen spelen bij het ontstaan en begrijpen van sociale gezondheidsongelijkheden. Deze relaties werden tot op heden echter weinig onderzocht ((Logan et al., 2015).

Dupuis (2015) stelt echter dat gezondheidsvaardigheden doorslaggevend zijn bij de ongelijke verdeling van kansen inzake gezondheid. Ze beïnvloeden immers het vermogen om geïnformeerd te beslissen en die geïnformeerde beslissingen bevorderen de gezondheid. *“Achter de uitdagingen inzake communicatie schuilt een kwestie van rechtvaardigheid en billijkheid inzake toegang tot zorg en diensten. Wie over minder gezondheidsvaardigheden beschikt, is minder zelfstandig en heeft minder toegang tot de diensten die hij nodig heeft en waarop hij recht heeft.”* (Dupuis, 2015, p.8 - vrije vertaling). Brumagne en Mannaert (2018) vermelden dan weer dat gezondheidsvaardigheden bevorderen als een hefboom werkt om sociale gezondheidsongelijkheden te verminderen. De voorwaarde hiervoor is dat dit op een participatieve en emancipatorische dynamiek steunt waarbij verschillende actoren worden ingezet die niet enkel aan de toegankelijkheid van informatiesystemen werken maar ook aan de fundamentele oorzaken van de ongelijkheid.

2. Frankrijk stelde bijvoorbeeld een programma “Democratie sanitaire” in. Deze uitdrukking onderstreept het belang van de democratische dimensie (dus overlegd en beslist volgens legitimiteitscriteria die de bevolking met elkaar deelt). Het gaat over een aanpak door al wie in het gezondheidsstelsel het gezondheidsbeleid mee uitwerkt en uitvoert in een geest van dialoog en overleg (zie <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>).
3. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is gemeenschapsgezondheid het proces waarbij de leden van een geografische of sociale collectiviteit zich ervan bewust zijn dat zij tot eenzelfde groep behoren, samen nadenken over hun gezondheidsproblemen, hun prioritaire noden uitdrukken en actief meewerken aan de inrichting, het verloop en de beoordeling van de activiteiten die het best met die prioriteiten overeenkomen. Zie: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-563.htm>.

3. Meting van gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn des te moeilijker te meten naarmate ze ruimer gedefinieerd worden. Een ruimere definitie omvat immers concepten die moeilijk meetbaar zijn. Daarom waren de metingen tot voor kort vooral op de functionele aanpak van gezondheidsvaardigheden gericht. Recent werden nieuwe instrumenten gemaakt om complexere vaardigheden zoals communiceren en kritisch denken te meten naast nieuwe dimensies zoals motivatie en sociale ondersteuning.

Het bekendste voorbeeld is de Europese enquête over kennis omtrent gezondheid (HLS EU) die in acht landen plaatsvond: Oostenrijk, Bulgarije, Duitsland, Griekenland, Ierland, Nederland, Polen en Spanje. De vragenlijst bevat 47 items die de twaalf dimensies van gezondheidsvaardigheden van Sorensen et al. meten. (2012) (zie Figuur 2). Bij de resultaten wordt een onderscheid gemaakt tussen vier kennisniveaus omtrent gezondheid: uitstekend, voldoende, problematisch en onvoldoende. In de landen die aan de enquête deelnamen, bleek één respondent op tien (12%) onvoldoende gezondheidsvaardigheden te hebben en bij ongeveer één op twee (47%) bleken de gezondheidsvaardigheden beperkt (onvoldoende of problematisch). De resultaten verschillen echter aanzienlijk per land (29-62%). De enquête identificeerde ook subgroepen met aanzienlijk lagere gezondheidsvaardigheden dan de algemene bevolking, meer bepaald personen met een zwak sociaal statuut, een laag opleidingsniveau of ouderen (> 66 jaar). Dit suggereert het bestaan van een sociale gradiënt inzake gezondheidsvaardigheden.

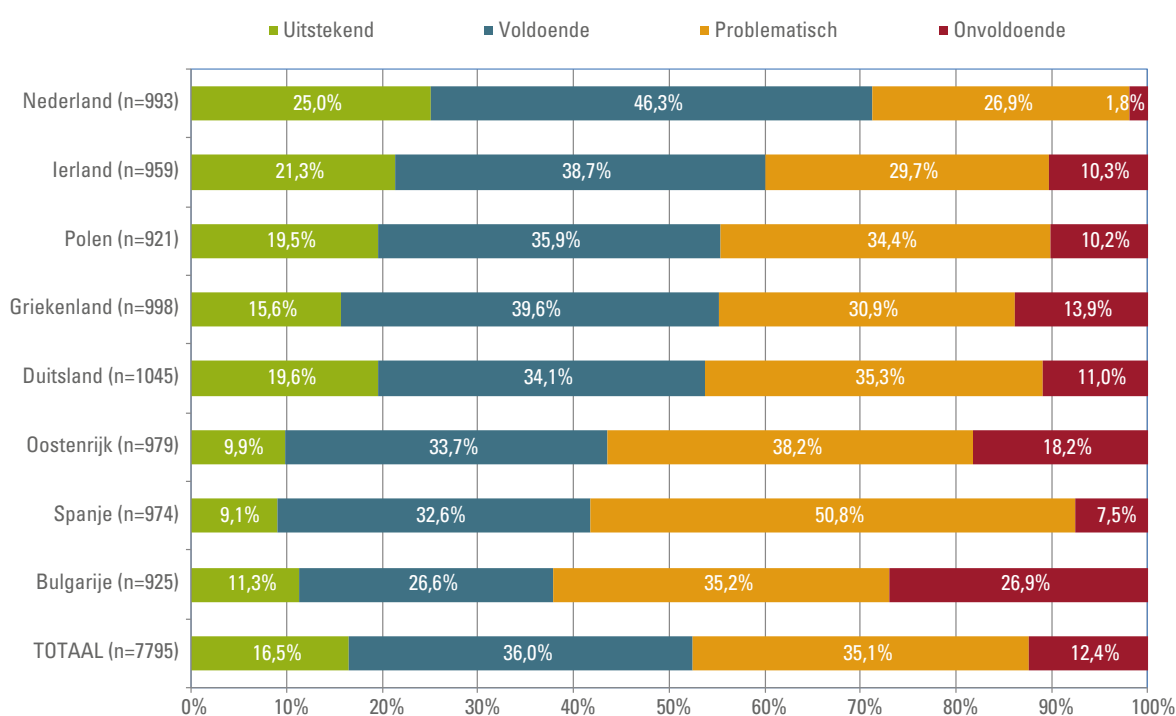
Sinds deze eerste studie in 2015 werd de vragenlijst HLS-EU getest in andere landen (Japan, Taiwan, Kazachstan, Maleisië, Taiwan, Indonesië, Viëtnam). In België vonden meerdere studies plaats.

a. [2014 – Studie van de Christelijke Mutualiteit en UCLouvain \(Vancorenland et al., 2014\).](#)

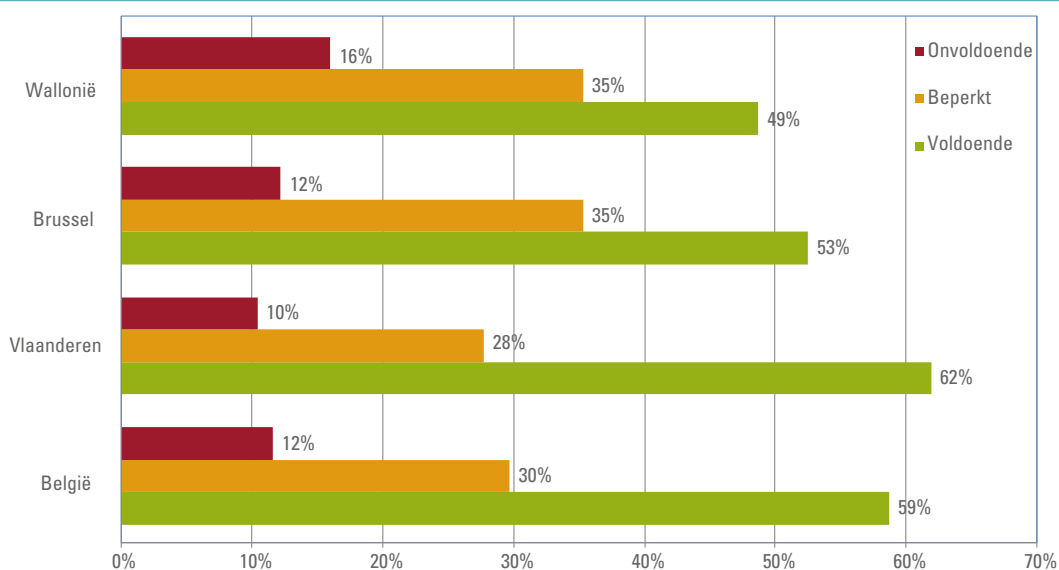
CM deed met UCLouvain een online studie met een steekproef van 9.616 personen in 2014 (Vancorenland et al., 2014). De resultaten van deze enquête toonden dat de gezondheidsvaardigheden 'beperkt zijn bij drie Belgen op 10 (29,7%) en 'onvoldoende' bij iets meer dan één op tien (11,6%). In totaal hebben vier Belgen op tien beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden (zie Figuur 3). Deze scores zijn vergelijkbaar met die in de meeste andere Europese landen maar zijn lager dan de resultaten in ons buurland, Nederland.

Vlaanderen heeft het hoogste percentage personen met voldoende gezondheidsvaardigheden (61,9%), daarna komt Brussel (52,5%) en dan Wallonië (48,7%). Geslacht en leeftijd hebben een weerslag op de gezondheidsvaardigheden: het percentage personen met voldoende gezondheidsvaardigheden was duidelijk hoger bij vrouwen (60,9%) dan mannen (56,2%). Dit percentage was ook beter bij mensen van 25 tot 74 jaar (ongeveer 60%) dan bij personen van 18 tot 24 jaar (45,5%) en ouder dan 75 jaar (49,2%).

Figuur 2: Percentage inzake gezondheidsvaardigheden per land (Sorensen et al., 2015 – eigen vertaling)



Figuur 3: Gezondheidsvaardigheden per gewest, België (Vancorenland et al., 2014).



De verschillen inzake gezondheidsvaardigheden zijn bijzonder uitgesproken volgens het opleidingsniveau. 39% van de laaggeschoolden had beperkte gezondheidsvaardigheden en bij 39% waren die onvoldoende. Bij hooggeschoolden waren de resultaten respectievelijk 22% en 4%.

[b. 2018 – Gezondheidsenquête, Sciensano \(Charafeddine et al., 2019\)](#)

Bij de jongste gezondheidsenquête van Sciensano in 2018 werden zes indicatoren voor gezondheidsvaardigheden in de vragenlijst opgenomen. De resultaten van de enquête bevestigen globaal de conclusies van Vancorenland et al. (2014) ook al tekenen bepaalde verschillen zich af: het niveau van gezondheidsvaardigheden is doorgaans hoger dan in de studie van Vancorenland et al. (“slechts” 33,4% van de Belgen van 15 jaar en ouder hebben beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden) en meer mannen dan vrouwen hebben voldoende gezondheidsvaardigheden, 68,3% tegenover 65%⁴. De onderlinge verschillen tussen de gewesten en volgens het opleidingsniveau worden echter bevestigd.

[c. Andere studies over gezondheidsvaardigheden](#)

In 2016 deden de Onafhankelijke ziekenfondsen een enquête over de communicatie tussen arts en patiënt bij 1.033 Belgen. De resultaten tonen dat 40% van hen moeite had om de uitleg van de arts te begrijpen en 17% vond dit zeer moeilijk (Onafhankelijke ziekenfondsen, 2016). In 2017 bevestigde Solidararis (Solidaris Institute, 2017) dat de gezondheidsvaardigheden in

België niet optimaal waren en herinnerde aan het belang om hieraan binnen de samenleving te werken eerder dan individueel door de sociale gezondheidsdeterminanten te verbeteren samen met preventie en gezondheidsbevordering.

4. Overzicht interventies, aanbevelingen en actieplannen

Het vorige gedeelte heeft ons getoond dat een groot deel van de bevolking lage gezondheidsvaardigheden heeft. Die lage gezondheidsvaardigheden treffen mensen heel hun leven. Voldoende gezondheidsvaardigheden zijn essentieel om toegang tot de gezondheidsdiensten te hebben en ze efficiënt te gebruiken of om goed voor zijn gezondheid te zorgen. Bovendien lopen kwetsbare groepen zoals ouderen en chronisch zieken het meest risico op lage gezondheidsvaardigheden. Diezelfde groepen hebben de grootste noden en de hoogste gezondheidsuitgaven (Van den Broucke, 2019). Het KCE stelt dat betere gezondheidsvaardigheden betere gezondheidsresultaten zouden opleveren met zowel minder impact van de socio-economische determinanten op de sociale gezondheidsongelijkheden als een lagere kostprijs van de gezondheidszorg (KCE report, 2019).

Belangrijk is dus dat bij het volksgezondheidsbeleid aan de verbetering van de gezondheidsvaardigheden wordt gewerkt.

4. Deze verschillende resultaten zijn te verklaren door de gebruikte methodologie die verschilt (vragenlijst met 16 items voor CM tegenover 6 voor Sciensano) en het bereik van de enquête (aantal respondenten en afwijkende referentiepopulatie voor de steekproef – enerzijds CM-leden, anderzijds Belgische bevolking).

4.1. Internationale rapporten en systematische literatuuroverzichten

Alvorens dieper in te gaan op enkele voorbeelden van actieplannen in verschillende landen, overlopen wij in dit gedeelte de recente rapporten van internationale organisaties en systematische literatuuroverzichten waarin algemene aanbevelingen voor gezondheidsvaardigheden worden gedaan.

In 2013 en vervolgens in 2018 publiceerde de **WGO** twee rapporten met een recensie over de beste acties en beleid om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren. De WGO herinnert eraan dat een verbetering van gezondheidsvaardigheden maatregelen vraagt in vele sectoren (onderwijs, werkomgeving, winkels, massamedia, politieke instellingen, academisch onderzoek, enz.) dus niet enkel inzake gezondheid en dit op alle niveaus – individueel, gemeenschap, systemisch (zie figuur 4).

De WGO benadert gezondheidsvaardigheden systemisch en onderstreept dat niet enkel de individuele competenties ontwikkeld dienen te worden maar dat zorgorganisaties beter toegankelijk en aangepast aan elk publiek zouden moeten zijn. Hiermee herneemt deze de analyse van het Institute of Medicine (IOM) dat een standaard ideaal met 10 eigenschappen ontwikkelde waarmee een zorgorganisatie de gezondheidsvaardigheden kan bevorderen (zie Tabel 2). Om die eigenschappen te ontwikkelen dient te worden afgestapt van een louter ziektegerichte aanpak om te gaan naar een nauw samenwerkingsverband tussen arts en patiënt dat rekening houdt met de mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt (Brach et al., 2012). Zij stellen bijvoorbeeld voor om personen met lage

gezondheidsvaardigheden in de communicatiediensten op te nemen of om te voorzien in vertaling voor andere dan de officiële talen.

Ten slotte stelt de WGO voor om de opleiding van zorgverleners uit te breiden zodat zij hun communicatieve vaardigheden kunnen verbeteren. Ze dringt ook aan op de nood aan interdisciplinair onderzoek en grondige kwalitatieve en kwantitatieve beoordelingen.

Project Intervention Research On Health Literacy - IROHLA, gefinancierd door de Europese Commissie tussen 2012 en 2015 (IROHLA Consortium, 2015). De doelstelling van dit project was de gezondheidsvaardigheden van ouderen te verbeteren door daarvoor een geheel van richtlijnen en aanbevelingen op te stellen op basis van een literatuuroverzicht met 338 interventies. De resultaten tonen vier domeinen die bij voorrang dienen te worden aangepakt:

- Verbetering van het zelfleervermogen (de vaardigheid om zelf te leren) van ouderen met lage gezondheidsvaardigheden
- Versterking van lokale ondersteuning: familie, verzorgers, gemeenschap
- Verbetering van de communicatieve en interactieve vaardigheden bij zorgverleners
- Verbetering van het gezondheidsstelsel voor een betere toegang door alle groepen in de samenleving.

De conclusie van het IROHLA-project is dat gezondheidsvaardigheden in elk gezondheidsbeleid opgenomen moet zijn. Dit is voorvereiste voor efficiënte ingrepen.

Figuur 4: Belangrijkste betrokkenen bij gezondheidsvaardigheden, bron: WGO (2013, p.19).



Tabel 2: De 10 eigenschappen voor zorgorganisatie ter ondersteuning van gezondheidsvaardigheden – Bron: WGO (2013), aanpassing van Brach et al. (2012) (eigen vertaling).

A Gezondheidsorganisatie met oog voor gezondheidsvaardigheden	Voorbeelden
Bereidt de werknemers voor om met aandacht voor gezondheidsvaardigheden te werken en volgt de geboekte vooruitgang op .	<ul style="list-style-type: none"> • Werft divers personeel met deskundigheid inzake gezondheidsvaardigheden aan. • Bepaalt doelstellingen voor de vorming van personeel op alle niveaus.
Omvat populaties die de informatie en de gezondheidsdiensten mee concipiëren, uitwerken en beoordelen	<ul style="list-style-type: none"> • omvat lerende volwassenen of individuen met beperkte gezondheidsvaardigheden • krijgt van gebruikers terugkoppeling over informatie en gezondheidsdiensten
Komt tegemoet aan de noden van de populaties met een verscheidenheid inzake gezondheidsvaardigheden maar vermijdt wel stigmatisering	<ul style="list-style-type: none"> • Neemt universele voorzorgsmaatregelen inzake gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld door iedereen hulp te bieden bij taken die gezondheidsvaardigheden vereisen • Wijst middelen toe in verhouding tot de concentratie aan individuen met beperkte gezondheidsvaardigheden
Gebruikt strategieën inzake gezondheidsvaardigheden bij interpersoonlijke communicatie en bevestigt in alle contactpunten dat de boodschap begrepen is	<ul style="list-style-type: none"> • Bevestigt of de boodschap begrepen is (bijvoorbeeld met methodes als «teach-back», «show-me» of «chunk-and-check») • Garandeert taalhelp voor personen die de voertaal niet spreken • Beperkt zich tot twee of drie boodschappen in één keer • Gebruikt gemakkelijk begrijpbare symbolen voor oriëntering
Zorgt voor gemakkelijke toegang tot gezondheidsinformatie en diensten en helpt bij de navigatie	<ul style="list-style-type: none"> • Maakt digitale portalen gebruikersgericht voor de patiënten en biedt vorming aan voor het gebruik ervan • Vergemakkelijkt het maken van afspraken bij andere diensten
Ontwerpt en verdeelt gedrukte, audiovisuele inhoud en inhoud op de sociale netwerken die gemakkelijk begrijpbaar en uitvoerbaar is	<ul style="list-style-type: none"> • Betrekt verschillende publieken, ook die met beperkte gezondheidsvaardigheden, bij de ontwikkeling en bij nauwgezette gebruikerstesten • Gebruikt een degelijk vertaalproces om materiaal in andere talen dan de voertaal te maken
Pakt gezondheidsvaardigheden in hoogrisicosituaties aan, met inbegrip van de overgang tussen zorgsituaties en communicatie over geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Geeft voorrang aan hoogrisicosituaties (zoals geïnformeerde toestemming bij heelkundige ingrepen en andere invasieve procedures) • Legt de nadruk op hoogrisico-onderwerpen (zoals omstandigheden die een doorgedreven zelfmanagement vereisen)
Communiqueert duidelijk over wat de gezondheidsplannen dekken en wat de individuen voor diensten zullen moeten betalen	<ul style="list-style-type: none"> • Verstrekt gemakkelijk te begrijpen beschrijvingen van de gezondheidsverzekeringsspolissen • Deelt de eigen kosten van de gezondheidszorgdiensten mee vóór ze worden verstrekt

Bij het **HEALIT4EU project** werd in 2015 een literatuuroverzicht over het beleid in Europa omtrent gezondheidsvaardigheden in Europa gepubliceerd (Heijmans et al., 2015). Bij de casestudie in punt 4.2 wordt hierop verder ingegaan.

De algemene conclusies zijn:

- Meerdere EU-lidstaten gingen meer aandacht schenken aan het concept ‘gezondheidsvaardigheden’. De meeste

landen kenden het concept wel maar gebruikten het weinig of enkel in de ruimere context van gezondheidsbevordering ofwel was het concept onbekend.

- In 2015 hadden 10 EU-lidstaten waaronder België geen beleid, programma of substantiële activiteiten inzake gezondheidsvaardigheden. Acht lidstaten daarvan waren nog maar in de eerste stadia van de uitwerking. Vijf lidstaten leken activiteiten voor alle stappen van de beleidscyclus

Tabel 3: Implementatie van actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden – stand per land. Bron Heijmans et al. (2015), p. 94, eigen vertaling

	Oostenrijk	België	Bulgarije	Kroatië	Cyprus	Tsjechië	Denemarken	Estland	Finland	Frankrijk	Duitsland	Griekenland	Hongarije	Ierland	Italië	Luxemburg	Malta	Nederland	Polen	Portugal	Roemenië	Slovenië	Spanje	Zweden	Verenigd Koninkrijk
Definitie van het probleem	■		■			■	■				■	■		■	■		■	■	■	■		■	■	■	■
Opstellen van een agenda	■	■	■			■	■				■	■		■	■		■	■	■	■		■	■	■	■
Ontwikkeling van beleid	■										■	■		■	■		■	■	■	■			■	■	■
Implementatie	■									■	■			■	■		■	■	■	■			■	■	■
Evaluatie	■										■	■		■	■		■	■	■	■					■
Aantal initiatieven	12	1	0	1	3	1	0	0	0	8	9	1	6	8	2	0	1	9	0	1	5	0	0	0	14

Legende: Probleemdefiniëring: erkenning dat een probleem zich stelt. Een agenda opstellen: bepaling van de verschillende aspecten van het probleem dat aandacht van de regering vereist, beslissen welke problemen het meest aandacht moeten krijgen en de aard van het probleem bepalen. Beleidsontwikkeling: doelstellingen bepalen, kosten bepalen en impactraming maken, oplossingen en hulpmiddelen kiezen. Implementatie: stappen om beleid in te stellen. Evaluatie: beoordeling van de impact van het beleid, successen en fouten, implementatie en verwachte effecten.

ontwikkeld te hebben (zie tabel 3).

- Zes landen hadden een nationaal beleid inzake gezondheidsvaardigheden (Oostenrijk, Ierland, Italië, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk).
- Meestal waren vele instanties betrokken bij de ontwikkeling van het beleid om gezondheidsvaardigheden te bevorderen en de universiteiten speelden een belangrijke rol in de eerste fase van de politieke cyclus.
- Uit de huidige gegevens kan niet worden geconcludeerd of het beleid, de programma's en de activiteiten al dan niet efficiënt zijn.

Bij dit project werden meerdere aanbevelingen geformuleerd. Vooreerst wordt de noodzaak benadrukt om de uitgevoerde interventies op een rigoureuze manier en met behulp van kosten-batenanalysemethoden te evalueren. Vervolgens moedigt het project een meer systematische en nauwkeurige meting van gezondheidsvaardigheden aan in de Europese landen. Ten slotte zijn de aanbevelingen voor het beleid: een betere coördinatie op Europees vlak, een meer systemische integratie van het gezondheidsvaardighedenconcept als een nuttige aanvulling bij het gezondheidsbevorderingsbeleid en focus op bevolkingsgroepen met lagere gezondheidsvaardigheden.

Ten slotte wijzen wij erop dat meerdere auteurs **systematische literatuuroverzichten van de uitgevoerde interventies voor betere gezondheidsvaardigheden maakten** (Sheridan et

al., 2011; Geboers et al., 2015; Brainard et al., 2016; Brainard et al., 2016b). In deze literatuuroverzichten wordt de inventaris van de verschillende micro-, meso- en macro- initiatieven voor verbetering van de gezondheidsvaardigheden gemaakt waarbij vooral naar de impact en de evaluatie van de ingevoerde mechanismen wordt gekeken. Globaal geven deze literatuuroverzichten aan dat de interventies een bescheiden positieve impact hebben. Die impact werd bovendien meestal gemeten op basis van de kennisgraad en niet volgens de resultaten inzake gezondheid of gedragsverandering als gevolg van de interventies.

Het European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2012) en Jesup et al. (2018) besluiten dat meestal aan het functionele niveau van gezondheidsvaardigheden is gewerkt (dus de eerste twee competenties in het model van Sorensen, toegang tot gezondheidsinformatie en deze begrijpen) en het microniveau (relatie tussen patiënt en zorgverlener). Van interventies met een betekenisvol resultaat voor de interactieve of kritieke niveaus van gezondheidsvaardigheden of voor het mesoniveau (organisatie van de gezondheidszorg) en macroniveau bestaan maar weinig voorbeelden. Het verwijt kan dus worden gemaakt dat verbeterinitiatieven voor de gezondheidsvaardigheden vooral gericht zijn op gezondheidsvaardigheden als individuele vaardigheid. Daardoor worden gezondheidsvaardigheden gezien als een 'probleem' van de

patiënt dat zorgverleners moeten overstijgen (Jesup et al., 2018; Altin et Stock, 2016). De initiatieven houden te weinig rekening met de complexe interactie tussen zorgverlener en patiënt en gaan in tegen de aanbevelingen van de internationale organisaties (WGO, EU) die een systemische visie op gezondheidsvaardigheden hebben.

In deze systematische literatuuroverzichten wordt ook gewezen op het gebrek aan betekenisvolle gegevens over de efficiëntste strategieën.

4.2. Casestudies – internationale vergelijking

Het KCE bestudeerde in een recent rapport de beleidsverklaringen en actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden in zes landen: Australië (AUS), Oostenrijk (AT), Ierland (IE), Nederland (NL), Portugal (POR) en Schotland (SCOT) (KCE report, 2019). In dit gedeelte wensen wij op de hoofdpunten in die plannen terug te komen en de belangrijke elementen voor België daarin aan te geven. Tabel 4 geeft de niveaus van gezondheidsvaardigheden in de zes betrokken landen. De zeer goede resultaten van Nederland en dan Ierland en Portugal vallen daarbij onmiddellijk op.

Sommige landen hebben specifieke actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden (AUS, POR, SCOT) opgestart met steun van de overheid. Andere landen hebben een ruimer actieplan dat de hele gezondheidssector omvat, met inbegrip van bepaalde punten inzake gezondheidsvaardigheden (AT, IE en NL).

In vier van de zes betrokken landen bij deze studie (AT, AUS, SCOT, POR) ging **het initiatief** voor het beleid en de actieplannen uit van de overheid. In de twee andere landen nam het verenigingsleven (NL, IE) het initiatief. Wanneer de overheid het initiatief neemt voor het plan verloopt de aanpak eerder van boven naar beneden (top down). Als het verenigingsleven het initiatief neemt werken de betrokkenen op het terrein het plan uit (van beneden naar boven = bottom up) en dan gaat het naar de regeringsinstanties voor coördinatie en subsidiëring.

Daardoor rijst dan de vraag omtrent de complementariteit en doeltreffendheid van deze twee methodologieën (bottom up versus top down). Aangezien voor een verbetering van de gezondheidsvaardigheden ook de waardenstelsels en cultuurcodes van het gezondheidsstelsel beter afgestemd dienen te worden op die van de bevolking en al haar geledingen lijkt het ons cruciaal dat zo'n plan gezamenlijk wordt opgebouwd.

Deze actieplannen tonen ook dat een nationaal actieplan geen vereiste is om grootschalige programma's voor gezondheidsvaardigheden op te zetten. Een beleid op initiatief van de regering is bovendien kwetsbaarder bij legislatuurgebonden wisselingen en meestal wordt op kortere termijn gewerkt. De coördinatie van acties is dan weer moeilijker in federale staten zoals Australië of Oostenrijk.

In elk van die landen, dekken actieplannen omtrent gezondheidsvaardigheden de hele bevolking met bijzondere aandacht voor bepaalde kwetsbare groepen die in ieder land verschillend afgebakend zijn.

De **aangekondigde strategie en doelstellingen** wisselen eveneens van land tot land. Bij de doelstellingen kan een onderscheid worden gemaakt tussen microdoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de relatie patiënt – gezondheidswerker), mesodoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de gezondheidszorgorganisaties) en macrodoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de hele samenleving door toetsing van elk beleid inzake de invloed ervan op gezondheid, dus een allesomvattende beleidsverklaring met inschakeling van andere sectoren en een hoogwaardig onderzoeksprogramma). Plannen worden ontwikkeld die gaan van een micro-/mesoniveau (Schotland) tot een zeer allesomvattend macroniveau (Oostenrijk bepaalde bijvoorbeeld 10 nationale doelstellingen inzake gezondheidsvaardigheden overeenkomstig de WGO-aanbevelingen).

Bewustmaking van de bevolking staat het vaakst in de verschillende actieplannen want dat wordt als de eerste voorwaarde voor elk verbeterbeleid van de gezondheidsvaardig-

Tabel 4: Gezondheidsvaardigheden in de bestudeerde landen. Bron: Rapport KCE, 2019

Land	Onvoldoende	Problematisch	Voldoende	Uitstekend
Australië	19%	40%	41%	
Oostenrijk	18,2%	38,2%	33,7%	9,9%
Ierland	10,3%	29,7%	38,7%	21,3%
Nederland	1,8%	26,9%	46,3%	25,1%
Portugal	10,9%	38,1%	42,2%	8,6%
Schotland	Geen studie			

Bron Australië: Australian Bureau of Statistics (ABS) (2009); Bron Oostenrijk, Ierland en Nederland: HLS-EU; bron Portugal: HLS-PT

heden in een land gezien. Dit kan allesomvattend worden geïmplementeerd (de hele samenleving bewust maken van goede gezondheidsvaardigheden om de gezondheidsongelijkheden te verminderen) of op een meer micro-mesoniveau (bewustmaking van zorgverleners of patiënten).

De **verwezenlijkingen** omvatten een reeks **macroacties** die vooral op de gezondheidssector gericht zijn (gezondheidsvaardigheden in het wetgevend werk van de regering opnemen, de opleiding van zorgverleners herbekijken en strengere criteria inzake communicatie opleggen, wetenschappelijk onderzoek financieren). Jammer genoeg bestaan weinig concrete acties in de andere sectoren (onderwijs, media

enz.). Oostenrijk is een uitzondering met de onderwijsprogramma's voor betere gezondheidsvaardigheden die het in het hele land implementeerde. Op **mesoniveau** zijn een reeks acties met uiteenlopende doelstellingen terug te vinden (instrumenten voor een betere communicatie en toegankelijkheid van de gezondheidsorganisaties, instrumenten voor zelfevaluatie ter beschikking stellen, vorming en interculturele bemiddeling, ontwikkeling van nieuwe technologieën voor een patiëntgerichte aanpak en een betere samenwerking met de patiëntenverenigingen enz.). Op **microniveau** zijn een reeks acties op de patiënt gericht met betere en transparantere informatie en/of de patiënt beter in staat te stellen om zelf te beslissen over zijn gezondheid (een ge-

Case study: Nederland

Nederland onderscheidt zich van de andere Europese landen met zeer goede gezondheidsvaardigheden van de bevolking (zie Tabel 4). Om die resultaten te begrijpen worden meerdere hypothesen aangehaald. Vooreerst heeft Nederland een grote traditie op het vlak van gezondheidsopvoeding en -promotie. Zij waren pioniers in Europa met de inrichting van de eerste universitaire masteropleidingen hierover en de oprichting van het Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding in de jaren '80 naast meerdere instituten voor gezondheidsbevordering met elk hun eigen deskundigheidsdomein. In Nederland is het beroep van gezondheidsopvoeder ook veel meer ontwikkeld dan in België. Gezondheidsopvoeders werken op gemeenschapsniveau aan de gezondheidsdeterminanten met een dubbele bedoeling: de burgers helpen zelf te beslissen over hun gezondheid en de communicatie tussen verzorger en patiënt verbeteren (Kickbush et al., 2013).

De strijd voor betere gezondheidsvaardigheden steunt ook op een machtige lobby voor patiëntenrechten. In Nederland onderhandelen patiëntenraden in zowel instellingen als ziekenhuizen rechtstreeks met het management voor geschikte maatregelen en communicatietechnieken voor het brede publiek (Kickbush et al., 2013). De patiëntenraden verkregen zo de eerste wetgeving die zorgverleners verplicht om begrijpelijke informatie te verstrekken en de voorafgaande goedkeuring van de patiënt bij een behandeling te hebben.

Nederland heeft geen plan voor gezondheidsvaardigheden als dusdanig. Dat thema is in handen van de Alliantie gezondheidsvaardigheden die in 2010 is opgericht en een niet-gouvernementeel netwerk van meer dan 80 organisaties uit de associatieve en de private sector en de universiteiten structureert. Die Alliantie werkt aan een gezamenlijk programma voor ervaring- en kennisdeling, netwerking, pleitvoering en planning van gezamenlijke acties (Van den Broucke, 2019; Kickbush et al., 2013).

Aluttis (2013) onderstreept ook dat de gemeenten veel verantwoordelijkheid inzake volksgezondheid en preventie hebben en zij moeten per vier jaar volksgezondheidsstrategieën voor hun regio formuleren. Nederland legt ook de klemtoon op de communicatie naar migranten en minderheidsgroepen door in verschillende vreemde talen te communiceren en een beroep te doen op bemiddelaars, tolken en lesgevers (Kickbush et al., 2013).

Op het Nederlands model is echter ook kritiek. Zo wordt het ultra-liberale beleid inzake gezondheidszorgdekking met een grote individuele verantwoordelijkheid gehekelde. De verbetering van de gezondheidsvaardigheden van de bevolking zou de liberale visie op gezondheid rechtvaardigen en zelfs versterken. De bevolking wordt daarbij als vaardiger en dus meer individueel verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid gezien.

deelde beslissingname en toegang tot zijn elektronisch dossier bevorderen, coaching om de individuele vaardigheden te verbeteren, enz.) Er zijn ook acties gericht naar zorgverleners (bijvoorbeeld opleiding om de competenties inzake interpersoonlijke communicatie te ontwikkelen en gedeelde beslissingname).

Veel spelers zijn betrokken bij de actieplannen. Op **macro-niveau** zijn dit de regeringsinstanties maar ook het onderwijsstelsel, de gemeenten, de media, het academisch onderzoek en de privésector. Het **mesoniveau** groepeerde alle betrokkenen in het gezondheidszorgstelsel (zorgverleners, ziekenfondsen, ziekenhuizen, technisch personeel, verenigingen in de gezondheidssector, ...). **Het microniveau** omvat vooral de zorgverlener, de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving. Oostenrijk vermeldt ook de betrokkenheid van specifieke betrokkenen zoals leerkrachten, personen die bij buitenschoolse activiteiten betrokken zijn, gezondheidscentra voor vrouwen, ondernemingen, gemeenten, ... In Schotland werd een specifieke actie met de openbare bibliotheken opgezet.

Terwijl de literatuur steeds meer over de evaluatie van specifieke interventies op vlak van gezondheidsvaardigheden gaat, vond het KCE slechts weinig evaluaties van deze nationale actieplannen (KCE-rapport, 2019)

4.3. En in België?

In België ontstond de belangstelling voor gezondheidsvaardigheden pas recenter maar deze ontwikkelde zich progressief zowel op het terrein als bij het beleid.

De jongste jaren hebben het **beleid en de instellingen** heel wat stappen gezet. Reeds in 2003 vermeldde het Vlaams regeerakkoord een 'Health in all Policies' benadering die vooral op bevordering en preventie inzake gezondheid gericht was. In 2014 stond het concept gezondheidsvaardigheden voor het eerst in de aanbevelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België – , in de White Paper van het RIZIV naar aanleiding van hun 50^{ste} verjaardag⁶ en in het federaal regeerakkoord. Sindsdien wordt dit concept steeds vaker opgenomen in de beleidsverklaringen van de gemeenschapsregeringen en de federale regering. Tot slot: een gecoördineerd nationaal initiatief bestaat nog niet maar het recente rapport van het KCE zou een eerste stap voor een eventueel federaal actieplan kunnen zijn.

Op het **terrein** werden meerdere initiatieven genomen. Het centrum MEMORI (Thomas More hogeschool) schreef zeven boeken over gezondheidsvaardigheden voor zorgverleners in 2016. De vzw Culture et Santé die in de Federatie Wallonië – Brussel werkzaam is, werkt onder meer rond gezondheidsvaardigheden. Ze wil individuen en de gemeenschap in staat stellen om aan de sociale, economische, omgevings- en culturele determinanten inzake gezondheid te werken en kiest daarbij voor engagement van de bevolking met een collectieve, solidaire aanpak in het dagelijks leven. Het VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie – nieuwe naam sinds 2017: VIVEL – Vlaams Instituut Gezond Leven) - publiceerde een boek over gezondheidsvaardigheden voor zorgverleners in 2016. Sinds 2013 organiseert het farmaceutisch bedrijf MSD «Well Done MSD Health Literacy Awards» om de beste initiatieven op het vlak van gezondheidsvaardigheden in België aan te moedigen, te belonen en bekend te maken. Ook sommige websites doen aanbevelingen, geven praktische tips en een overzicht van de goede praktijken opdat patiënten meer zouden weten over hun gezondheid maar ook om de communicatie met de zorgverleners te verbeteren⁷.

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck, dat door de Koning Boudevijnstichting beheerd wordt, investeert in de kwaliteit van de eerstelijnszorg en wil meer bepaald de gezondheidsvaardigheden van de Belgen verbeteren zodat zij bij beslissingen over hun gezondheid een grotere rol kunnen opnemen. Alle Belgische ziekenfondsen en patiëntenverenigingen vermelden gezondheidsvaardigheden trouwens als een vast onderdeel van hun werk. Vele Belgische verenigingen bevorderen de gezondheidsvaardigheden zonder die term op te eisen, via activiteiten om meer te informeren over gezondheid en gezondheid te bevorderen (bijvoorbeeld de consumentenverenigingen).

6. Voor meer informatie, zie RIZIV-INAMI, Artsen van de Wereld (2014). White book on access to care in Belgium 2014. Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/white-paper.pdf>

7. www.gezondheidenwetenschap.be (in het Nederlands), www.mongeneraliste.be (in het Frans), <http://www.mondocmasante.be> (tweetalig).

5. Aanbevelingen & conclusie

Dit artikel toont ons dat gezondheidsvaardigheden een krachtige tussenschakel vormen tussen de determinanten en de resultaten op het vlak van gezondheid. Ze spelen een cruciale rol bij een ongelijke verdeling van de kansen inzake gezondheid want ze beïnvloeden het vermogen om geïnformeerd te beslissen, wat de gezondheid bevordert en de toegang tot gezondheidsdiensten die iemand nodig heeft en waarop die recht heeft. De kwetsbaarste groepen (ouderen, mensen in armoede, chronisch zieken) riskeren meer lage gezondheidsvaardigheden te hebben. Diezelfde groepen hebben echter de grootste noden en de hoogste uitgaven voor gezondheid. De gezondheidsvaardigheden verbeteren lijkt dus essentieel voor betere resultaten inzake gezondheid en om de sociale gezondheidsongelijkheden en de totale kostprijs van ons gezondheidszorgstelsel te verminderen.

Daarom vindt CM dat voor de vorming van de individuen omtrent de uitdagingen op het vlak van gezondheid en om hen meer greep geven, een multifactorieel actieplan nodig is om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren van het micro tot het macro niveau. In België bestaat al een mozaïek aan beleidsinitiatieven en initiatieven op het terrein. Coördinatie van deze initiatieven ontbreekt echter.

Op macroniveau vinden wij het bijgevolg belangrijk dat een intergouvernementeel nationaal plan wordt gemaakt of dat de coördinatie van de acties gedelegeerd wordt aan bepaalde initiatieven van het middenveld (zoals het Fonds Dr. Daniël De Coninck). Dit nationaal plan zou moeten worden uitgewerkt en beheerd door een platform met alle betrokkenen en sectoren inzake gezondheidsvaardigheden. Verbetereacties voor de gezondheidsvaardigheden zouden alle aspecten van het dagelijks leven moeten omvatten (onderwijs, werk, media, gezondheidsorganisaties, supermarkten, enz.). In elk van die domeinen zouden specifieke kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen kunnen worden bepaald. Dit plan vereist intense samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus aangezien de bevoegdheden voor die materies opgesplitst zijn in België. Ook vinden wij dat in onderzoek geïnvesteerd moet worden om hoogkwalitatieve gegevens te verzamelen en de determinanten en gevolgen van lage gezondheidsvaardigheden op de Belgische bevolking te bestuderen.

Op **micro- en mesoniveau** vinden wij het belangrijk dat op meerdere vlakken wordt gewerkt. Enerzijds is het essentieel dat individuen betere keuzes kunnen maken met bijzondere aandacht voor de socioculturele en socio-economische verschillen. Een aanpak met zelfbeheer, gedeelde beslissingname of terbeschikkingstelling van begeleidingsinstrumen-

ten aan de patiënten kreeg in ons land al meer aandacht. Dit moet verder worden aangemoedigd. Het is immers bewezen dat een gedeelde beslissingname leidt tot meer inzet bij de patiënten, meer therapietrouw en betere gezondheidsresultaten. Daarvoor is het nodig om betrouwbare informatie te verstrekken die iedereen begrijpt en die dus zo inclusief mogelijk is en rekening houdt met verschillen inzake taal, cultuur en andere exclusiefactoren zoals de digitale kloof. Toegang tot het elektronisch medisch dossier voor iedereen is een interessant idee waarvoor echter voldoende gezondheidsvaardigheden nodig zijn.

Anderzijds zal een versterking van het individueel beslissings- en begripsvermogen omtrent de uitdagingen inzake gezondheid ook een verbetering van het gezondheidsstelsel vereisen om zo goed mogelijk aangepast te zijn aan de noden en waardenstelsels van de bevolking. **Zorgverleners** dienen een opleiding te krijgen over gezondheidsvaardigheden en dienen gevoelig gemaakt te worden voor hun eigen verantwoordelijkheid inzake de gezondheidsvaardigheden van hun patiënt. Hiervoor bestaan meerdere hefboomen: de ontwikkeling van vaardigheden om adequaat met de patiënten te communiceren en te interageren in hun opleiding opnemen, gezondheidsvaardigheden in de certificerings- en accrediteringsprogramma's opnemen, vertrekken van de bestaande kennis van de patiënten, eenvoudig taalgebruik, in talige bijstand voorzien voor patiënten die een vreemde taal spreken, ... Zorgverleners die aangemoedigd worden om aan de patiënten tijd te besteden en ze te ondersteunen en die gevoelig zijn voor culturele en sociale verschillen zullen een gunstiger impact hebben op het vermogen van de patiënt om zijn gezondheidstoestand te begrijpen en ermee om te gaan (Murugeau et al., 2018).

Ook de **verzorgingsinstellingen** beschikken over heel wat hefboomen: de mate van gezondheidsvaardigheden in elke verzorgingsinstelling beoordelen, meer onderlinge samenwerking tussen patiëntenorganisaties, burgers en verzorgingsinstellingen, hulpmiddelen ontwikkelen om de communicatie en toegankelijkheid in de instellingen te herzien, een toegankelijke locatie kiezen en inclusieve bewegwijzering binnen de zorginstellingen, betere methodes en manieren om berichten te verspreiden (herinneringen aan een afspraak sturen, brochures en pedagogisch materiaal maken). Het ideale model dat het Institute of Medicine (IOM) ontwikkelde, zet ook de bakens uit om de gezondheidsvaardigheden van een zorgorganisatie te verbeteren en levert zeer nuttige hulpmiddelen hiervoor. Dit kan ons inspireren (Brach et al., 2012).

Algemeen gaat het ook en vooral over "**gezondheidsdemocratie**". Het gezondheids- en preventiebeleid dus collectief uitwerken in overleg⁸ om voor de nodige actiemiddelen te

8. Zie <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10> voor een definitie.

zorgen als antwoord op de waardenconflicten die tussen de gemeenschap en de gezondheidsorganisaties kunnen ontstaan. Ook dient te worden nagegaan dat de antwoorden die collectief zijn uitgewerkt, legitiem overkomen bij de hele bevolking en dat geen conflict ontstaat voor individuen en gemeenschappen⁹. Meer nog, de sociale band is één van de eerste gezondheidsdeterminanten. Daarom is een gemeenschapsbenadering van gezondheid nodig die geïndividualiseerde antwoorden overstijgt. Wij denken dat één van de voorwaarden voor een geslaagd verbeterbeleid van gezondheidsvaardigheden is dat kennis binnen de betrokken groep ontwikkeld wordt. Alleen die aanpak zal zorgen voor een effectieve participatie aan een gezondheidsplan, hoe relevant dat ook mag zijn. Wij betreuren daarom dat bij de internationale aanbevelingen en actieplannen die in dit artikel bestudeerd zijn, slechts beperkt ruimte was voor gemeenschapsgezondheid en samenwerking.

Ten slotte zouden wij ook willen onderstrepen en eraan herinneren dat acties ter verbetering van de gezondheidsvaardigheden ook gepaard moeten gaan met een ruimer debat over alle **sociale gezondheidsdeterminanten**. Om sociale gezondheidsongelijkheden efficiënt te bestrijden en tegelijkertijd de gezondheidsvaardigheden te verbeteren, lijkt het ons van essentieel belang om de socio-economische ongelijkheden en de ongelijkheden inzake opleiding kleiner te maken.

6. Bibliografie

- Albouy-Ilaty M. (2016). *Littératie en santé : concept et pertinence en démocratie en santé*. Paris: Commission Spécialisée Droit des Usagers de la Conférence Nationale de Santé.
- Altin S. et Stock S. (2016). "The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices". *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Aluttis CA., Chiotan C., Michelsen M., Costongs C. et Brand H. (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Public health capacity consortium. Luxembourg.
- Ayotte BJ., Allaire JC. et Bosworth H. (2009). "The Associations of Patient Demographic Characteristics and Health Information Recall: The Mediating Role of Health Literacy". *Aging Neuropsychol Cogn*. 16 (4): 419–32.
- Baker DW., Gazmararian JA., Williams MV., Scott T., Parker RM., Green D., Ren J. et Peel J. (2002). "Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees". *Am J Public Health*. 92 (8) : 1278–83.
- Baker DW. (2006). "The meaning and measure of health literacy". *J Gen Intern Med*. 21 : 878–83.
- Berkman ND. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 155 : 97–107.
- Berkman ND., Sheridan SL., Donahue KE., Halpern DJ., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr KN. et Harden E. (2011b). "Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review". *Evid Rep Technol Assess*. 199 : 1–941.
- Brach C. et al. (2012). "Attributes of a health literate organization". Washington, DC, *Institute of Medicine*.
- Brainard J., Loke Y., Salter C., Koos T., Csizmadia P, Makai A., Gacs B., Szepes M. et the Irohla Consortium. (2016). "Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy". *BMC Research Notes*.
- Brainard J., Wilsher S., Salter C. et Loke, Y. (2016). Methodological review : quality of randomized controlled trials health literacy. *BMC Health Services Research*.
- Brumagne A. et Mannaerts D. (2018). « *Information, santé et inégalités : atouts de la littératie en santé.* » *L'Observatoire*. (96)
- Charafeddine R., Demarest S. et Berete F. (2019). Enquête de santé 2018 : Littératie en santé. Brussels Sciensano.
- Doak, C. et Doak, G. et Root, H. (1996). Teaching Patients with Low Literacy Skills. Hsph Harvard.
- Dupre ME. et Goerge LK. (2011). "Exceptions to the Rule: Exceptional Health Among the Disadvantaged". *Res Aging*. 33 (2) : 115–44.
- Dupuis P. (2015). « La littératie en santé : comprendre l'incompréhension ». *revue Education santé*, 309 : 8-10
- ECDC technical Report (2012). A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. ECDC Technical Report. Stockholm.
- Eichler K. et al. (2009). "The costs of limited health literacy: a systematic review". *International Journal of Public Health*. 54 : 313–324
- Franzen J., Mantwill S., Rapold R. et Schulz PJ. (2014). "The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland". *The European Journal of Public Health*. 24 (6) : 997–1003.
- FRAPS (2018). La littératie en santé appliquée à la promotion de la santé. [www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2018/09/Force de FRAPS 3 Litteratie en sante1.pdf](http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2018/09/Force_de_FRAPS_3_Litteratie_en_sante1.pdf)
- Geboers B., Brainard J., Loke Y., Jansen C., Salter C., Reijneveld S. et deWinter A. (2015). "The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review". *BMC Public Health*.

9. De coronacrisis toonde het belang van de steun van de bevolking voor de invoering van een grootschalig gezondheidsbeleid: zonder steun, overtuiging van de bevolking op basis van informatie die zij voldoende legitiem acht, zou geen enkele inperkingsmaatregel zijn opgevolgd: problemen inzake volksgezondheid zijn dus wel degelijk democratische aangelegenheden en vragen voor een passende kennis.

- Heijmans M., Uiters E., Rose T., Hofstede J., Devillé W. et Van der Heide I. (2015). Study in sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: Directorate General for Health and Food Safety. European Commission.
- IROHLA Consortium. (2015). Health literacy in the older population. How it can contribute to sustainable health systems. Brief for policy makers in the EU member states. Groningen.
- Ishikawa H., Takeuchi T. et Yano E. (2008). « Measuring functional, communicative and critical health literacy among diabetic patients ». *Diabetes Care*. 31 (5) : 874-879
- Jansen T., Rademakers J., Waverijn G., Rijken M., Verheij R., Osborne R. et Heijmans M. (2018). « The role of health literacy in explaining socioeconomic differences in the use of out-of-hours primary care services: a mediation study. » *BMC Health Services Research*. 18 (1).
- Jeppesen KM., Coyle JD. et Miser WF. (2009). "Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients With Diabetes Mellitus". *Ann Fam Med*. 7 (1) : 24–31.
- Jessup et al. (2018). "Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia" *BMC Health Services Research* 18: 134.
- Joseph-Williams N., Elwyn G. et Edwards A. (2014). "Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making". *Patient Education and Counseling*. 94 (3) : 291-309.
- KCE report. (2019). Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries. Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S. et Kohn, L. KCE Report 322.
- Kickbusch I., Pelikan J., Apfel F. et Tsouros A. (2013). Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO.
- Logan RA., Wong WF., Villaire M., Daus G., Parnell TA., Willis E. et Paasche-Orlow MK. (2015). Health literacy: a necessary element for achieving health equity.
- Mannaerts D. (2018). « Pour une approche collective et émancipatrice de la littératie en santé, l'éducation thérapeutique à l'épreuve de la réalité », Bruxelles: Culture et santé, powerpoint en ligne : <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/approche-collective-et-emancipatrice-de-la-littratie-en-sant-d-mannaerts.pdf>
- Roberts, J. et UCL Institute of Health Equity (2015). Local action on health inequalities, improving health literacy to reduce health inequalities. Public Health England.
- McCormack LA., McBride CM. et Paasche-Orlow MK. (2016). "Shifting Away from a Deficit Model of Health Literacy". *Journal of Health Communication*. 21 (sup2) : 4-5.
- Murugesu L., Heijmans M., Fransen M. et Rademakers J. (2018). Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg; kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel; 2018.
- Mutualités Libres. (2016). Etude sur la qualité de la communication entre médecins généralistes et patients. Brussels: Mutualités Libres.
- Omachi TA., et al. (2013). "Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease". *J Gen Intern Med*. 28 (1) : 74–81.
- OMS (2013). *Health literacy. The solid facts*. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros
- OMS (2018). *Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux national, régional et organisationnel dans la Région européenne de l'OMS ? Rapport de synthèse 57*. Par Rowlands G., Russell S., O'Donnell A., Kaner E., Trezona A., Rademakers J. et Nutbeam D.
- Rademakers J. (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
- Rikard R., Thompson M., McKinney J. et Beauchamp A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health*. 16 (1).
- Roberts J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. UCL Institute of Health Equity.
- Rudd RE. (2007). "Health literacy skills of U.S. adults". *Am J Health Behav*. 31 S8-18
- Rudd R., McCray A., Nutbeam D. (2012). "Health literacy and definition of terms". In: Begoray D., Gillis D. et Rowlands . "Health Literacy in context". New York: Nova Science Publishers Inc.
- Rudd R. (2017). Health Literacy: insights and issues. In: Logan R, Sigel E, editors. Health Literacy. Amsterdam: IOS Press.
- Sayah F., Majumdar S., Williams B., Robertson S. et Johnson J. (2013). Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. 28 (3)
- Sheridan, S., Halpern D., Viera A., Berkman N., Donahue K et Crotty K. (2011). Interventions for individuals with low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. 16: 3
- Solidaris Institute. (2017). L'information santé en Belgique francophone. Etats des lieux, attentes de la population et impact d'internet.
- Sørensen K. Van den Broucke S., Pelikan J., Fullman J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne et Brand H. (2013). "Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)". *BMC Public Health*. 13: 948.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. (2012). "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models" *BMC Public Health*. 12 (80).
- Sorensen K., Pelikan J., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullman J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M. et al. (2015). "Health literacy in Europe: com-

- parative results of the European health literacy survey (HLS-EU)". *European Journal of Public Health*. 25 (6).
- Souza JG., et al. (2014). "Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study". *BMJ Open*. 4 (2)
 - Stormacq C., Van den Broucke S., Wosinski J. (2019). "Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health". *PubMed*.
 - Sudore RL., Yaffe K., Satter Field S., Harris TB., Mehta KM., Simonsick EM., Newman AB., Rosano C., Rooks R., Rubin SM., et al. (2006). "Limited Literacy and Mortality in the Elderly The Health, Aging, and Body Composition Study". *J Gen Intern Med*. 21 (8) : 806–12.
 - Trezona A., Fitzsimon S. D. (2019). « Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions". In: Orkan O, editor. *International handbook of health literacy*. Bristol: Policy Press.
 - Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M., Van den Broucke S., Renwart A., Rummens G., Gerard F. (2014). "De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht". *CM Informatie* 258. December 2014
 - Van den Broucke, S. et Renwart A. (2014). "Health literacy mediates the relationship between education level and health behavior". *European Journal of Public Health* (24).
 - Van den Broucke S. (2019). "Capacity building for health literacy". In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Sorensen K, D. L, editors. *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span*. Bristol: Policy Press.
 - Van der Heide I., Wang J., Droomers M., Spreeuwenberg P., Rademakers J. et Uiters E. (2013). "The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey". *Journal of Health Communication*. 18.
 - von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. (2007). "Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults". *J Epidemiol Community Health*. 61: 1086–90.

CM in het kort

1. Gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid - Longitudinale analyse 2014 - 2016

Het Intermutualistisch Agentschap¹ bestudeerde de sociale en gezondheidssituatie van mensen in primaire arbeidsongeschiktheid. De bestudeerde populatie betrof meer bepaald de werknemers en zelfstandigen die in de loop van 2015 arbeidsongeschikt zijn geworden (alleen degenen met een ononderbroken episode van arbeidsongeschiktheid zijn weerhouden). Het doel van de studie was de evaluatie van hun gezondheidstoestand één jaar voor en één jaar na het begin van de arbeidsongeschiktheid. Hiervoor werd een longitudinale analyse van hun zorgconsumptie uitgevoerd van 2014 tot 2016. Hierna volgt een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen van het rapport, aan de hand van drie thema's.

1.1. Algemene beschrijving van de onderzoekspopulatie

Een opvallende vaststelling: het aandeel rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, overledenen (voor eind 2016), personen met een terugbetaling via de Maximumfactuur en personen met recht op het zorgforfait is hoger in de populatie werknemers met een primaire arbeidsongeschiktheid dan in de referentiepopulatie². Dit toont al de grotere kwetsbaarheid en de verslechterde gezondheidstoestand van personen in arbeidsongeschiktheid aan.

1.2. De waargenomen duur van de primaire ongeschiktheid

Eens men primair arbeidsongeschikt³ wordt, hoe lang duurt deze episode? Deze duur werd gemeten in aantal dagen (de maximale duur is één jaar). Het verschilt sterk van het ene stelsel tot het andere.

- Van de werknemers in primaire arbeidsongeschiktheid, krijgt 47% geen uitkering meer na 60, 76% na 180 dagen, 93% na een jaar. De overige 7% gaat over naar invaliditeit.
- Bij de zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid zien we iets heel anders: 14,5% ontvangt na 60 dagen geen uitkering meer, 47% na 180 dagen, 69% na een jaar. De overige 30% gaat over naar invaliditeit.

Dit is een aandachtspunt: hoewel zelfstandigen over het algemeen minder vaak primaire arbeidsongeschiktheid worden

dan werknemers, blijven ze toch langer arbeidsongeschikt en gaat een groter deel over naar invaliditeit.

1.3. Gezondheidszorggebruik voor en na het begin van de arbeidsongeschiktheid

In het onderzoek is gekeken naar het volume van de contacten met de huisarts, de specialist, het gebruik van vergoedbare geneesmiddelen en de ziekenhuisopnames, een jaar voor en een jaar na het begin van de arbeidsongeschiktheid.

- Een zeer interessant resultaat komt voort uit de evolutie van het aantal contacten met huisartsen en specialisten. Het is duidelijk dat het aantal contacten sterk toeneemt in de twee maanden voor het begin van de arbeidsongeschiktheid. Dit betekent dat mensen in arbeidsongeschiktheid over het algemeen al voor het begin van hun arbeidsongeschiktheid ziek zijn en in eerste instantie proberen om gezondheidszorg en beroepsactiviteit te combineren.
- Na het begin van de arbeidsongeschiktheid neemt het volume contacten af, maar kunnen ze nog lang significant hoger blijven. Dit is het geval voor contacten met specialisten en als de arbeidsongeschiktheid langer dan zes maanden duurt. De studie concludeert daarom dat personen in arbeidsongeschiktheid ziek zijn en zich verzorgen, en dat ze zich zelfs verzorgen nog voor ze arbeidsongeschikt worden.
- Wat betreft de geneesmiddelen, is het geen verrassing dat arbeidsongeschiktheid leidt tot een verhoogd gebruik van geneesmiddelen. Daarnaast neemt ook het percentage gebruikers van de psycholeptica (N05) en psychoanaleptica (N06) toe, vooral als de arbeidsongeschiktheid langer dan zes maanden duurt. Arbeidsongeschiktheid en geestelijke gezondheidsproblemen gaan vaak hand in hand.
- Ook geen verrassingen op het vlak van ziekenhuisopnames: arbeidsongeschiktheid gaat gepaard met frequentere opnames en langere verblijven in het ziekenhuis (vooral bij lange periodes van arbeidsongeschiktheid en bij zelfstandigen).

De conclusie is duidelijk: werknemers in primaire arbeidsongeschiktheid vormen inderdaad een kwetsbare groep: ze zijn ziek en ze zorgen voor zichzelf (ze beginnen zelfs voor zichzelf te zorgen voordat ze arbeidsongeschikt worden verklaard). En deze zorg leidt tot een hogere zorgfactuur, terwijl tegelijkertijd hun inkomen daalt (de uitkering uitbetaald door het ziekenfonds, compenseert slechts een deel van het verlies aan beroepsinkomsten).

1. Het Intermutualistisch Agentschap is een vzw van alle verzekeringsinstellingen (de vijf landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas en HR Rail). Het IMA is opgericht in 2002 en heeft tot doel de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen in te zamelen en te analyseren. Ze is wettelijk erkend via de programmawet (I) van 24 december 2002 (art 278 en volgende).
2. Het gaat om de primaire arbeidsongeschiktheid. Indien de arbeidsongeschiktheid langer duurt dan een jaar, gaat de persoon over naar invaliditeit.
3. De referentiepopulatie betreft de actieve bevolking, meer bepaald de uitkeringsgerechtigden van 18 tot 65 jaar die in 2015 geen enkele periode arbeidsongeschikt waren.

Bron: IMA, Gezondheidsstatus van personen in primaire arbeidsongeschiktheid - Longitudinale analyse 2014-2016. IMA, Brussel, 2019

- De samenvatting: https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/synthese_longitudinale_analyse_arbeidsongeschiktheid.pdf
- Het volledige rapport: https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/20191218_-_gezondheidsstatus_van_personen_met_een_pimaire_arbeidsongeschiktheid-2.pdf

2. Iedereen even gezond in Brussel?

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussels Hoofdstad heeft een rapport gepubliceerd over de sociale ongelijkheden op het gebied van gezondheid waarmee de inwoners van Brussel te maken hebben.

Er worden verschillende informatiebronnen gebruikt: gezondheidsindicatoren van het Intermutualistisch Agentschap (gegevens 2016), de Gezondheidsenquête georganiseerd door Sciensano⁴ (gegevens 2013), de geboorte- en sterfteformulieren (gegevens 2016-2017). Het was de bedoeling om, met behulp van deze bronnen, specifiek voor de Brusselse bevolking het verband aan te tonen tussen de socio-economische positie en verschillende indicatoren van gezondheid en welzijn. Hieronder worden enkele opvallende resultaten gepresenteerd.

- Sociale ongelijkheden op het gebied van gezondheid zijn al zichtbaar vanaf de geboorte en de kindertijd.
 - “Bij de levendgeboren kinderen in een huishouden zonder arbeidsinkomsten is het risico op overlijden in het eerste levensjaar (= infantiele sterfte) dubbel zo groot dan bij gezinnen met 2 inkomens uit werk.” (p.13 van het verslag).
 - “Kinderen met de laagste socio-economische positie worden doorgaans 5,3% vaker dan gemiddeld opgenomen op de dienst neonatologie of pediatrie.” (p. 14 van het verslag).
- De gezondheidstoestand van de bevolking verslechtert naarmate men lager op de sociale ladder komt. Voor minder bevoorrechte sociale groepen vertaalt zich dit onder meer in een hogere prevalentie van chronische gezondheidsproblemen.
 - Chronisch obstructieve longziekte (COPD) is een ernstige en invaliderende longziekte, veroorzaakt door roken en luchtvervuiling (binnenshuis meer dan buitenshuis). Het gebruik van specifieke geneesmiddelen voor de behandeling van COPD is onderzocht bij mensen van 50 jaar en ouder. De sociaaleconomische ongelijkheden zijn aanzienlijk: “De armste groep 50-plussers krijgt 19,6% vaker dan gemiddeld deze medicatie terugbetaald, [ter-

wijl] de rijkste groep [deze medicatie] maar liefst 20,3% minder vaak dan gemiddeld gebruikt.” (p. 16 van het verslag).

- “De laagste socio-economische groep heeft maar liefst 46,7% meer kans op diabetes dan gemiddeld” (p.17 van het verslag).
- Naast de lichamelijke gezondheid zijn ook de geestelijke gezondheid en psychische problemen gevoelig voor sociale ongelijkheid.
 - “Zo hebben personen die het financieel moeilijk hebben, maar liefst 3 keer zoveel kans op een depressie (28,1%) in vergelijking met zij die wel gemakkelijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen (8,8%). Zij die gemiddeld rondkomen liggen daar tussenin (13,1%).” (p.4 van de samenvatting).
- Preventie is minder effectief, bepaald gedrag houdt meer risico’s in.
 - Vrouwen in de hoogste socio-economische groep hebben de grootste kans (38%) om een borstkanker-screening te ondergaan dan vrouwen in de laagste groep. (blz. 27-28 van het verslag).
 - “Lageropgeleiden en personen met een beperktere financiële draagkracht zijn vaker rokers en roken vaker mee.” (p.26 van het verslag).
- Leven met beperktere bestaansmiddelen betekent soms dat zorg moet worden uitgesteld voor andere, meer prioritaire uitgaven.
 - “Uitstel van gezondheidszorg neemt systematisch toe naarmate het moeilijker wordt om de eindjes aan elkaar te knopen. Huishoudens die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, stellen vaker hun zorg of gezondheidsuitgaven uit. Tandzorg wordt door deze huishoudens het vaakst uitgesteld (31,7%). Ook stellen ze regelmatig medische zorg of een operatie uit (24,5%), de aankoop van voorgeschreven geneesmiddelen (19,4%) en de aankoop van brillen of contactlenzen (15,4%).” (pp. 30-31 van het verslag).
- Het feit dat men zich in de lage inkomenscategorieën bevindt, brengt ook beperkingen als gevolg van de omgeving en de leefomstandigheden, beperkingen die een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheid.
 - “Onder de Brusselse huishoudens die aangeven dat ze moeilijk rondkomen, meldt 34% minstens één probleem met de kwaliteit van hun woning (vocht in de woning, overbezetting en/of problemen met verwarming), tegenover 11% onder de Brusselse huishoudens die gemakkelijk rondkomen.” Er worden duidelijke socio-economische ongelijkheden waargenomen voor andere omgevingsfactoren die een invloed hebben op de gezondheid (toegang tot groene ruimten, vandalisme, vuilnis, verkeer). (p. 25 van het verslag).

4. <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>

Dus, iedereen even gezond in Brussel? Nee, zeker niet! Zoals deze resultaten (en vele andere in het verslag) laten zien, gaat het innemen van een minder gunstige socio-economische positie gepaard met een opeenstapeling van moeilijkheden en kwetsbaarheden, terwijl men minder middelen heeft om zich ertegen te beschermen of om de ongunstige gevolgen te beperken. Vanaf de kindertijd vertalen sociale ongelijkheden zich uiteindelijk in een lagere levensverwachting. Inderdaad, “zo is in de periode 2011-2015, de levensverwachting van een pasgeborene in Sint-Joost-ten-Node 5 jaar lager, dan in Sint-Pieters-Woluwe.” (p.4 van de samenvatting) Dit is geen toeval: de inwoners van Sint-Joost-ten-Node hebben een veel lager socio-economisch profiel dan de inwoners van Sint-Pieters-Woluwe.

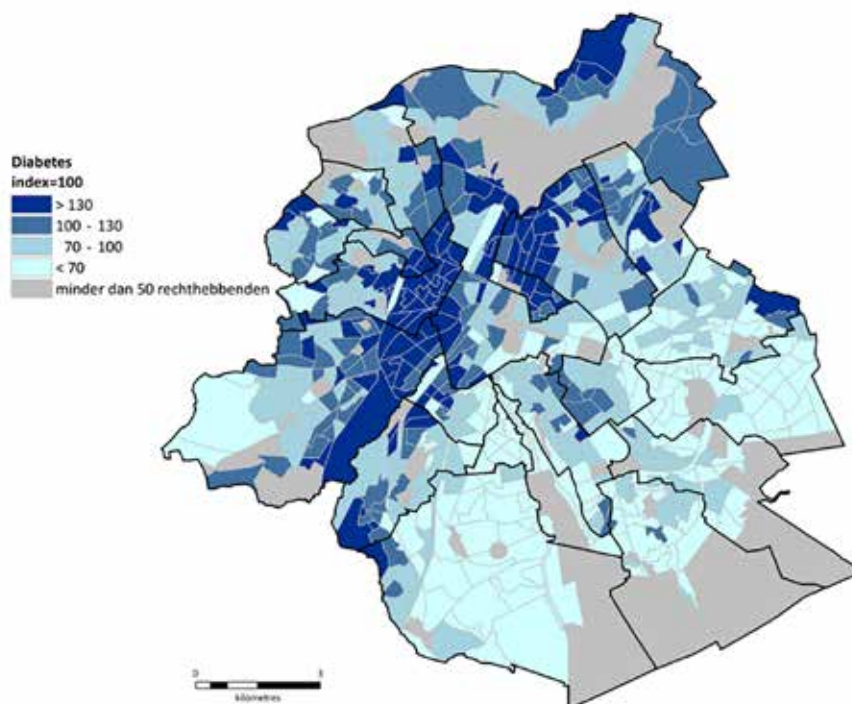
Dit laatste resultaat suggereert dat gezondheidsongelijkheden ook een geografische dimensie hebben. Het verslag bevat talrijke kaarten die de geografische spreiding van de verschillende gezondheidsindicatoren aantonen op het niveau van de Brusselse wijken. Ter illustratie staat hieronder de kaart over diabetes in Brussel. Er zijn sterke geografische verschillen. In feite “komt de geografische spreiding van het diabetesfenomeen bijna perfect overeen met de inkomensverdeling in het Brussels Gewest. De ‘arme sikkels’ [waar het opgegeven belastinginkomen het laagst is] is duidelijk zichtbaar, terwijl in de meer bemiddelde buurten de

bewoners over het algemeen minder kans hebben om diabetes te ontwikkelen.” (p. 6 van de samenvatting).

Deze geografische verschillen hebben betrekking op de levensomstandigheden en de leefomgeving en vragen om maatregelen op maat. De aanpak van de gezondheidsongelijkheden is gebaseerd op een principe van universaliteit: de hele samenleving is betrokken (het is uiteraard belangrijk om de preventie in Woluwe voort te zetten). Deze “universele” actie moet echter worden aangevuld met “extra inspanningen in verhouding met de mate van sociale onzekerheid. In sommige gevallen zal het ook nodig zijn de methoden aan te passen aan de socio-economische groep”. In dergelijke gevallen spreken we van een beginsel van proportioneel universalisme. (blz. 53 van het verslag).

Ten slotte mogen de maatregelen ter bestrijding van de gezondheidsongelijkheden niet beperkt blijven tot het domein van de gezondheid en de gezondheidszorg alleen. Er moet ook worden gewerkt aan de determinanten en levensomstandigheden invloed hebben op de gezondheid: huisvesting, werk, inkomen, opleidingsniveau, ... Het initiatief van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om dit principe te integreren in zijn ‘Brussels Gezondheidsplan’ is hier het vermelden waard⁵.

Kaart: Diabetes, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, 2016 - referentiepopulatie: alle Brusselaars. (Gegevens: IMA, cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn)



5. <https://www.ccc-ggc.brussels.nl/observatbru/publications/brussels-gezondheidsplan-opgroeien-en-leven-goede-gezondheid-brussel>

Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel 2019.

- De samenvatting: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_sociale_ongelijkheden_in_gezondheid_samenvatting_nl.pdf
- Het volledige rapport: https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_sociale_ongelijkheden_in_gezondheid_nl.pdf

3. Gezondheidstoestand en werkloosheid

Er zijn grote verschillen in levensverwachting, morbiditeit en mortaliteit volgens socio-economische status. Op sommige domeinen zoals gezondheidsgedrag, neemt de ongelijkheid nog toe. Het aanpakken van deze gezondheidsongelijkheid is dan ook een grote uitdaging voor het gezondheidsbeleid, zelfs in landen met een sterke sociale bescherming.

In tegenstelling tot opleiding, is tewerkstellingsstatus is nog niet zo vaak gebruikt als indicator voor gezondheidsongelijkheid. Dit is nochtans relevant omdat de arbeidsmarkt onstabiel is geworden en dus het risico op werkloosheid toegenomen, en omdat ook minder traditionele groepen met werkloosheid geconfronteerd worden. Daarom analyseert de studie ongelijkheid in mortaliteit in de Belgische bevolking op beroepsactieve leeftijd volgens tewerkstellingsstatus, rekening houdend met andere factoren van ongelijkheid. Eerst is nagegaan of werkloosheid gelinkt is met een hoger sterfte risico en zo ja, voor welke specifieke doodsoorzaken. Vervolgens is nagegaan in welke mate bepaalde indicatoren zoals het hebben van een partner of opleiding, beschermend werken tegen de negatieve impact van het werkloos zijn. Tenslotte is gekeken of er verschillen zijn volgens geslacht in het verband tussen werkloosheid, socio-economische positie en oorzaaksspecifieke sterfte. Deze studie is gevoerd in het kader van het bredere onderzoeksproject CAUSINEQ dat de bedoeling heeft de mechanismes te onderzoeken die leiden tot sociale ongelijkheid in mortaliteit en gezondheid⁶.

Uit de analyses blijkt dat werkloze mannen en vrouwen in vergelijking met werkenden een hoger risico liepen op sterfte in het algemeen en op oorzaak-specifieke sterfte. Globaal was het sterftecijfer dubbel zo hoog voor werkloze mannen en 64% hoger voor werkloze vrouwen. Deze oversterfte onder werklozen was vooral hoog voor endocriene en spijsverteringsaandoeningen, psychische aandoeningen gelinkt aan alcohol en valincidenten.

Ondanks de methodologische beperkingen en de blijvende vraag naar de richting van het causaal verband tussen werkloosheid en gezondheidstoestand, besluiten de onderzoekers dat er een duidelijk hoger sterfterisico is voor werkloze mannen en vrouwen in vergelijking met hun werkende collega's. Dit sluit ook aan bij gelijkaardige bevindingen in ander onderzoek. In de theoretische beschouwingen bij de resultaten wordt gewezen op de positieve effecten van het hebben van werk. Werk zorgt voor financiële zekerheid, sociale contacten, zingeving, mogelijkheden tot zelfontplooiing, zelfwaardering, ... Als de job wegvalt, neemt ook de financiële zekerheid af en dit kan op zijn beurt een negatieve impact hebben op het gebruik van gezondheidszorg waardoor gezondheidsproblemen niet (onmiddellijk) worden aangepakt. Financiële onzekerheid zorgt ook voor meer stress. Bovendien is de kans op risicogedrag (roken, alcohol) bij werklozen groter. Dat de vastgestelde verschillen vrij groot zijn, kan enigszins verrassend zijn gezien het uitgebreide vangnet van werkloosheidsuitkeringen en de sterke solidaire ziekteverzekering in België. Op basis van de literatuur, kan dit wel toegeschreven worden aan het feit dat in de onderzochte periode (2001) de werkloosheidsgraad in België vrij laag was en het effect van gezondheidsselectie op het werkloos worden dan sterker is.

Er, conform de vaststelling in andere studies, is ook in deze studie een genderverschil in oversterfte bij werklozen en dit in het nadeel van de mannen. Dit wordt gelinkt aan de traditionele rolverdeling tussen mannen en vrouwen in onze samenleving waarbij mannen doorgaans nog de voornaamste kostwinner zijn en vrouwen meer betrokken zijn bij zorgende taken. Het al dan niet hebben van een job en financiële zekerheid kan daarom meer impact hebben op de gezondheid van mannen. Een mogelijke verklaring is dat mannen – vaak nog steeds de voornaamste kostwinner – meer het nadelig effect ervaren van werkverlies. Als een vrouw werkloos wordt, blijft er het (hoger) inkomen van de man. Bovendien wordt het verlies van de voordelen van een job bij de vrouwen vaker gecompenseerd door voldoening door de zorg voor het gezin.

De analyses toonden ook een verband tussen werkloosheid en een aantal andere indicatoren (lage opleiding, een woning huren, zonder partner wonen en een migratieachtergrond hebben). Daarom is het bij de analyse van de gezondheidseffecten van cruciaal belang rekening te houden met de sociale samenstelling van de groep werklozen. Maar zelfs binnen de groep met een 'goede positie' op deze indicatoren, is werkloosheid geassocieerd met een hoger sterfterisico. Anders gezegd, een hoog opleidingsniveau bijvoorbeeld, heeft maar een beperkt beschermend effect en vermindert het mortaliteitsnadeel van werklozen slechts in beperkte mate. Hetzelfde geldt voor de andere indicatoren van de socio-economische positie. De tewerkstellingsstatus blijkt hiermee dus een belangrijker indicator te zijn voor de gezondheidstoestand dan andere indicatoren.

6. <http://www.causineq.be/index.html>

De onderzoekers besluiten dat acties noodzakelijk zijn om de gezondheidstoestand van werklozen te verbeteren, zeker voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Hierbij moet tegelijk aandacht gaan naar voldoende inkomen, huisvesting en gezondheidszorg. Verder is ook bijkomend onderzoek noodzakelijk om de verworven inzichten te verfijnen.

Bron: Vanthomme K, Gadeyne S (2019). Unemployment and cause-specific mortality among the Belgian working-age population: The role of social context and gender. PLoS ONE 14(5):e0216145. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216145>)

4. Het gebruik van de spoeddienst in Brussel in de periode 2008-2016

4.1. Context en doelstelling van het onderzoek

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel onderzocht het gebruik van de spoeddienst door de Brusselse bevolking. De focus lag in het bijzonder op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder.

Het onderzoek gebeurde tegen de achtergrond van de vaststelling dat, zowel op nationaal als op internationaal niveau, er een stijging is van de activiteit van de spoeddienst en de spoeddienst dus meer en meer een rol lijkt te spelen in de eerstelijnszorg. Er is dan ook al meer onderzoek verricht rond de vraag in welke mate het gebruik van de spoeddienst gerechtvaardigd is. Immers, voor de verplichte ziekteverzekering is de organisatie van de spoeddienst duurder dan de huisartsenpraktijk. Dit geldt eigenlijk ook voor de patiënt zelf aangezien de remgelden hoger zullen zijn dan voor een contact met de huisarts, zeker wanneer men zich aanmeldt voor een niet dringend probleem en niet op doorverwijzing van een huisarts en ook al moet dit remgeld pas later betaald worden.

Diverse socio-culturele, geografische en financiële factoren kunnen meespelen in de keuze van patiënten om eerder naar de spoeddienst te gaan dan naar de huisarts. Het gaat onder meer om makkelijke toegang, de nabijheid, de snellere beschikbaarheid van een specialist, ... Specifiek voor Brussel moet ook rekening worden gehouden met het grotere aanbod aan spoeddiensten op het grondgebied in vergelijking met de andere gewesten. Eerder onderzoek toonde al aan dat de Brusselse bevolking frequenter een beroep doet op de spoeddienst, ook zonder doorverwijzing. De toename was het grootst voor kinderen en 65-plussers. Het onderzoek is ook relevant in het licht van de verdere vergrijzing van de bevolking.

Daarom wilde de studie voor de Brusselaars de kenmerken van het gebruik van de spoeddienst in kaart brengen, het profiel van de gebruikers met hierbij bijzondere aandacht voor de kinderen en de 65-plussers. De analyse heeft betrekking op ziekenhuisopnames en ambulante behandelingen op spoed in de periode 2008-2016 van personen woonachtig te Brussel, onafhankelijk van hun verzekeringsstatuut en van de plaats van het ziekenhuis waar ze behandeld werden.

4.2. Belangrijkste resultaten

Het rapport bevat vooreerst een aantal algemene resultaten voor 2016.

- In 2016 werden 498.941 contacten met de spoeddienst geregistreerd van Brusselaars. Een op de vijf van deze contacten leidde tot een ziekenhuisopname. In twee op de vijf contacten was de Brusselse patiënt jonger dan 15 jaar of ouder dan 65 jaar.
- Tussen 2008 en 2016 nam het aantal contacten toe met 13,9%, met de meest uitgesproken stijging bij de 65-plussers en de -15-jarigen. Dit wordt vooral verklaard een stijging van het gebruik van ambulante zorg op de spoeddienst en hangt samen met een verandering van de financieringswijze van activiteiten verbonden met de spoeddienst vanaf het jaar 2013.
- Het aantal contacten met de spoeddienst is lager in de meer gegoede gemeentes⁷ (na controle voor leeftijd). Daar waar er in de armste gemeentes in 2016 per 1.000 inwoners 439 contacten waren, was dit in de meest gegoede gemeentes 312 contacten. De spoeddienst wordt ook het meest gebruikt door personen in bestaansonzekerheid: 55,0% van de contacten met de spoeddienst betreffen patiënten met een lage socio-economische status. Het rapport geeft hiervoor een aantal mogelijke verklaringen, waaronder de slechtere algemene gezondheid van personen in bestaansonzekerheid, de meer frequente nood aan spoedeisende hulp na het aanvankelijk uitstellen van zorg om financiële redenen en de betere financiële toegankelijkheid van de spoeddienst door de toepassing van de derdebetalersregeling en de uitgestelde betaling van de eigen bijdrage en een groter aanbod aan ziekenhuizen met spoeddienst in gemeentes met een lage of gemiddelde socio-economisch niveau. De variatie in hun gebruik volgens het socio-economisch profiel van de woongemeente kan ook afhangen van het aanbod en de beschikbaarheid van huisartsen, van de aanwezigheid en de kennis van het bestaan van huisartsenwachtposten in de nabijheid van de spoeddienst en van de eventuele samenwerking tussen de spoeddienst en deze wachtposten. Er zijn geen verschillen in het aantal ziekenhuisopnames die niet via de spoeddienst verlopen.

7. Op basis van hun socio-economisch niveau werden de gemeenten onderverdeeld in drie categorieën. Het socio-economisch niveau werd bepaald op basis van drie parameters het mediaan inkomen op de belastingaangiften, de werkloosheidsgraad en het aandeel begunstigden van een vervangingsinkomen (18-64 jaar).

- Bij de 15-64-jarigen leidde het contact met de spoeddienst voor 21% van de patiënten tot een ziekenhuisopname. Bij de -15-jarigen was dit voor 9% het geval. Bij de 65-plussers werd de helft van de contacten met de spoeddienst gevolgd door een opname in het ziekenhuis en dit aandeel neemt toe met de leeftijd.
- In 2016 zijn negen patiënten op tien voor het contact met de spoeddienst niet doorverwezen door een arts. Ouderen kwamen vaker op doorverwijzing dan jongeren. Het aandeel dat op doorverwijzing naar spoed kwam, nam af tussen 2008 en 2016 en dit vooral bij 65-plussers.
- De Brusselaars jonger dan 15 jaar gaan doorgaans minder naar spoed tijdens de zomervakantie. De piek van het aantal contacten verschilt naar leeftijd. Zo valt deze voor -1-jarigen in december en voor 5-9-jarigen in januari.
- Ouderen die een beroep doen op de spoeddienst, wonen merendeels thuis. Het aantal ouderen dat na het contact met de spoeddienst opgenomen wordt in het ziekenhuis terug naar huis kan, neemt af met de leeftijd. Omgekeerd neemt het aandeel toe dat opgenomen wordt in een WZC. Dit toont aan dat een ziekenhuisopname een scharniermoment is in het leven van ouderen inzake het verlies aan zelfstandigheid.

4.3. Besluit en aanbevelingen

Tussen 2006 en 2018 maakten de Brusselaars, en dan vooral de -15-jarigen en de 65-plussers, meer gebruik van de spoeddienst. Dit heeft wellicht deels te maken met het grote aanbod waardoor deze diensten in toenemende mate een rol spelen van eerstelijnszorg.

Ook andere elementen kunnen mee de toename verklaren waaronder de gewijzigde financiering, het grote aantal Brusselaars in bestaansonzekerheid en de verandering in mentaliteit en houding van de bevolking die geconfronteerd wordt met een groeiende behoefte om gerustgesteld te worden in de als urgent gepercipieerde situatie. Meer specifiek kan bijvoorbeeld ook de lagere beschikbaarheid van kinderartsen meespelen. Bij ouderen kan het dan weer

onder meer gaan om een verminderde beschikbaarheid van huisartsen aangezien zij minder huisbezoeken uitvoeren en de toenemende kwetsbaarheid van deze doelgroep.

De onderzoekers besluiten nog dat het hoge gebruik van de spoeddienst door kinderen en ouderen aantoont dat een aanpassing van het huidige gezondheidszorgsysteem nodig is om beter te kunnen beantwoorden aan hun zorgnoden en om de sociale en medische bijzonderheden eigen aan ouderen te kunnen integreren (complexe ziekteverschijnselen, isolement, ...). Bij deze laatste moet vooral aandacht worden besteed aan preventie, thuiszorg en ambulante zorg die is aangepast aan de noden, aan samenwerking tussen verschillende zorglijnen en aan zorgcontinuïteit na een ziekenhuisopname. Bij de jongere doelgroep moet aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid van kinderartsen en huisartsen, en aan de communicatie en bekendheid van de verschillende bestaande structuren die niet-geplande zorg op zich nemen.

Ten slotte bevat het rapport ook nog volgende aanbevelingen: 1) een herziening van de organisatie en financiering van de spoeddienst met de aanmoediging van de samenwerking tussen de spoeddienst en de eerstelijnszorg, 2) een betere bekendmaking van de alternatieven voor de spoeddienst zoals de huisartsenwachtposten (op dit moment zijn er zes wachtposten in Brussel die 's avonds en in het weekend toegankelijk zijn⁸), 3) de versterking van het overleg en van de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg en 4) de aanpassing van de inhoud van de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) om de kwaliteit en de standaardisering van de verzamelde gegevens te verbeteren.

Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019 (<https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/dossier-20191-het-gebruik-van-de-spoeddienst-door-de-brusselaars-2008-2016>)

8. <http://www.gbbw.be/index.php/nl/>

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel	2
Gezondheidsfonds Gezondheidsenquête 2018 - De brug slaan tussen cijfers en praktijk: zullen we samen aan de slag gaan?	4
Geestelijke gezondheid Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag.	19
Geestelijke gezondheid Hoe gaat het met u? Onderzoek naar de houding van CM-leden tegenover personen met psychische problemen en psychische hulpverlening.	32
Gezondheidszorg voor ouderen In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica	44
Gezondheidsfonds Wat zijn gezondheidsvaardigheden? Een literatuuroverzicht	53
CM in het kort	69

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Elise Derroitte
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving CM
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM Studiedienst Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel