

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid

28 Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België?

52 Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België

3 - oktober 2022

Geestelijke gezondheid: een hoogrisicogebied

Geestelijke gezondheid: een hoogrisicogebied

Editio



Er gaat geen dag voorbij zonder dat we over geestelijke gezondheid horen. Toen ik vanmorgen door de Belgische pers ging, vond ik 17 artikelen over dit onderwerp. Het onbehagen van werknemers, de media-aandacht voor de geestelijke gezondheidsproblemen van een beroemdheid, het verhaal van een tiener die lijdt aan eetstoornissen of kampt met pesterijen op school, of de correlatie tussen de Covid-19-pandemie en psychische problemen. De laatste jaren is dit verwaarloosde thema in de gezondheidszorg herontdekt. Verwaarloosd omdat het bijzonder complex is, slecht gefinancierd wordt, slecht overwogen wordt of stigmatiserend werkt. Deze herontdekking is een gelegenheid om dit belangrijke volksgezondheidsprobleem eindelijk te bestuderen. Sciensano schat dat in 2018 33% van de bevolking psychische problemen heeft die wijzen op een onwelzijn, 9% lijdt aan een depressieve stoornis en 8% antidepressiva gebruikt. Het aantal burn-outs is de laatste tien jaar geëxplodeerd (Vancorenland, et al., 2021) en als gevolg van de pandemie zien we een massale uittreding van werknemers uit de arbeidsmarkt, die steeds meer als een bron van lijden en onwelzijn wordt gezien (Favereau, 2022) Bovendien weten we dat geestelijke gezondheidsproblemen ook een verzwarende factor zijn

voor andere gezondheidsindicatoren. Media-aandacht is dan ook noodzakelijk en welkom om het bewustzijn inzake geestelijke gezondheid te vergroten en het gebruik van zorg te normaliseren.

Het is echter de vraag of deze overmatige mediabelangstelling leidt tot een werkelijk begrip van wat geestelijke gezondheid inhoudt. Het is duidelijk dat geestelijke gezondheid vaak wordt verward met welzijn, instant gevoel van genot of positieve emoties. Deze kunnen deel uitmaken van een gezond klinisch beeld, maar ze zijn niet voldoende om te bepalen wat geestelijke gezondheid is. Veel mensen kunnen inderdaad moeilijke momenten, stemmingswisselingen of droefheid ervaren, maar geestelijke gezondheid wordt als een probleem beschouwd wanneer deze moeilijkheden een invloed hebben op het vermogen van de persoon om een kwaliteitsvol leven te leiden, te werken, sociale relaties te onderhouden of essentiële levensfuncties uit te oefenen. Het verwateren van het vraagstuk van de geestelijke gezondheid tot een kwestie van emotionele gevoelens, is niet bevorderlijk voor een grondige analyse van de behoeften inzake volksgezondheid in termen van geestelijke gezondheid. Wanneer we het over geestelijke gezondheid hebben, hebben we het immers ook over collectieve dimensies zoals sociale en economische integratie, maatschappelijke erkenning, vrijheid om uitdrukking te geven aan iemands individuele kenmerken. Net als bij andere gezondheidsproblemen lopen sommige groepen een veel groter risico om ernstige geestelijke gezondheidsproblemen te krijgen dan de bevolking in het algemeen. Voor al deze groepen die buiten de traditioneel bestudeerde norm vallen, en die een aanzienlijk deel van de bevolking uitmaken, is het duidelijk

dat er een drastisch gebrek is aan gegevens, kennis en onderzoek, wat een sterke invloed heeft op de relevantie van de geboden oplossingen. In dit nummer wilden we de nuances blootleggen van wat de overmediatisering met moeite zichtbaar maakt: de realiteit van mensen die leven met klinische geestelijke gezondheidsproblemen, de mening en ervaringen van hulpverleners over de geestelijke gezondheidsbehoeften van jongeren en het belang van een grootschalig preventiebeleid voor geestelijke gezondheid.

In ons eerste artikel, *Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid. Waarom, voor wie en hoe?* willen we het begrip preventie in de geestelijke gezondheidszorg definiëren en aantonen hoe het een beleid van vroegtijdig ingrijpen bij geestelijke gezondheidsproblemen mogelijk kan maken. Ons gezondheidssysteem zou structureel verbeterd kunnen worden door te voorzien in doeltreffende opsporingsinstrumenten, het beter op elkaar afstemmen van de actoren in de sector en de mogelijkheid om patiënten naar de juiste beroepsbeoefenaar door te verwijzen. Het artikel combineert kennis over preventie en gezondheidsbevordering met het specifieke karakter van geestelijke gezondheid. De voornaamste risicogroepen op vlak van geestelijke gezondheid worden in kaart gebracht en vervolgens wordt nagegaan hoe de belangrijkste actoren in deze sector kunnen samenwerken om de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen te verbeteren.

Ons tweede artikel, *Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden* is gewijd aan de evaluatie van de performantie van het

Belgisch gezondheidssysteem in termen van zorggebruik. In deze studie bekijken we onze gegevens over zorggebruik vanuit onze definitie van toegankelijkheid van de gezondheidszorg (Cès, 2021). We onderscheiden vier dimensies van toegankelijkheid: gevoeligheid, betaalbaarheid, aanvaardbaarheid en beschikbaarheid. Op basis hiervan kunnen we aantonen dat de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg sterk verschilt van groep tot groep. Deze methodologie maakt het mogelijk aan te tonen hoe groot de gezondheidskloven zijn op vlak van geestelijke gezondheidszorg. Voor elk van de dimensies van toegankelijkheid stellen we vast dat het behoren tot een risicogroep (vrouwen, jongeren, ouderen, geracialiseerde personen, enz.) het risico op problemen bij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg verhoogt. We tonen ook aan dat veel veronderstellingen over geestelijke gezondheid onjuist zijn of onvoldoende worden verwoord, zoals dat mannen hun psychologische problemen minder herkennen of rapporteren, of dat het gebruik van zorg bij jongeren minder taboe zou zijn.

Tot slot is ons derde artikel, *Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. Een kwalitatief onderzoek bij professionals over behoeften, hindernissen en oplossingen op het gebied van geestelijke gezondheid*, gebaseerd op de uitvoerige transcriptie en analyse van 25 interviews met professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg, die tussen september 2021 en december 2021 zijn afgenomen. Deze studie is een vervolg op ons onderzoek dat vorig jaar in december is gestart naar het gebruik van geestelijke gezondheidszorg tijdens de Covid-19-pandemie (Sholokhova, Noirhomme, Morissens,

& Verniest, 2021) en waaruit bleek dat de pandemie een sterke impact had op jongeren en blijvende risico's voor hun geestelijke gezondheid met zich meebracht. Wij hebben professionals ontmoet die dagelijks met jongeren werken in hun praktijk, in ziekenhuizen, scholen en preventiecentra. Hun getuigenissen bevestigen de bezorgdheid die wij doorheen dit nummer delen: de sector is niet voldoende uitgerust om in te spelen op de omvang van de behoeften die de komende jaren zullen ontstaan. Het wordt slecht gecoördineerd, slecht gefinancierd, onvoldoende ondersteund, krijgt te weinig plaats en prioriteit in het overheids- en schoolbeleid. Het aanbod is te klein, de zorg bereikt de meest behoeftige groepen slechts moeizaam en laattijdig, en scholen worden een spilfiguur voor vroegtijdige diagnose zonder hiervoor over de middelen of de mogelijkheid te beschikken.

Met deze drie studies hopen wij concrete elementen aan te reiken voor de ontwikkeling van een preventief en toegankelijk geestelijk gezondheidsbeleid. Naast de soms karikaturale voorstellingen van wat geestelijke gezondheid is, wilden we de belangrijkste uitdagingen in deze sector objectiveren: de profielen met de meeste risico's, de rol van preventie als hoeksteen voor het beleid en de evaluatie van professionals in de sector. We wensen u veel leesplezier.

Élise Derrotte
Directie Studiedienst

Bibliografie

Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.

Favereau, O. (2022). *Le phénomène de "grande démission" ne concerne pas ou peu les pays où les salariés participent aux choix stratégiques de production*. Opgehaald van Le Monde: https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/06/10/le-phenomene-de-grande-de-mission-ne-concerne-pas-ou-peu-les-pays-ou-les-salaries-participent-aux-choix-strategiques-de-production_6129708_3232.html

Sholokhova, S., Noirhomme, N., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. *CM-Informatie*, 286, 23-45.

Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van Der Elst, K., Lambert, L., & Michiels, P. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 4-66.



Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid

Waarom, voor wie en hoe?

Svetlana Sholokhova — Studiedienst

Met dank aan H  l  ne Henry en Sophie C  s

Samenvatting

Psychische aandoeningen blijven een fundamenteel probleem voor de volksgezondheid: ondanks de vooruitgang in de psychiatrie en de psychologie, zijn de prevalentie van psychische aandoeningen en het effect ervan op de mortaliteit de laatste jaren niet afgenomen. De doeltreffendheid van de behandelingen van psychische aandoeningen blijft beperkt, vooral waar er geen combinatie is van medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling. Bovendien krijgen veel mensen nog steeds geen opvolging door een specialist of krijgen zij die te laat.

De beperkingen van de doeltreffendheid van de behandeling houden ook verband met het feit dat psychische aandoeningen (zowel het ontstaan als de opvolging ervan) sterk afhankelijk zijn van sociale, economische en omgevingsfactoren. Daarom kan behandeling niet de enige oplossing zijn om de geestelijke gezondheid van de bevolking te beschermen of te verbeteren. Volgens de WHO is preventie dan ook "de enige duurzame methode om de last van deze aandoeningen te verminderen" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2004, p. 13). Wetenschappelijk onderzoek toont inderdaad aan dat preventie op zijn minst gedeeltelijk het ontstaan van psychische aandoeningen kan voorkomen en/of de ernst ervan kan verminderen.

In dit artikel bakenen wij eerst de reikwijdte van preventie op het vlak van geestelijke gezondheid af: wanneer spreken we van preventie van ziekten en wanneer van gezondheidsbevordering? Wat is specifiek aan het domein van de geestelijke gezondheid? Waarom is het nodig een onderscheid te maken tussen psychisch lijden en psychische aandoening? En wat bepaalt het ontstaan van een psychische aandoening? In het tweede deel onderzoeken wij deze laatste vraag vanuit het perspectief van de risicogroep als het gaat om psychische ziekten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie groepen, op basis van drie factoren die van invloed zijn op de geestelijke gezondheid: economische factoren, etni-

sche factoren en geslacht. Nadat we hebben vastgesteld voor wie en waarom de preventie van psychische aandoeningen moet worden ingevoerd, vragen we ons af hoe dat dan kan worden gerealiseerd: wie zijn de actoren in de preventie en de bevordering van de geestelijke gezondheid in België? Wat zijn de verbanden tussen de verschillende actoren en welke gezondheidsvisie ondersteunen zij?

Sleutelwoorden: Preventie van psychische aandoeningen, geestelijke gezondheidsbevordering, gezondheidsongelijkheid, brede visie op gezondheid, proportioneel universalisme

1. Inleiding

In onze studie over de visie, de structuur en de financiering van preventie en gezondheidsbevordering in België, hebben we vastgesteld dat dit domein op beleidsniveau bijzonder complex is (Sholokhova, 2021). De bevoegdheden inzake preventie en gezondheidsbevordering zijn versnipperd over de drie bestuursniveaus: het federale, het gewestelijke en het gemeenschapsniveau, waardoor het zeer moeilijk is de beleidslijnen te coördineren en op elkaar te doen aansluiten. Deze versnippering van de verantwoordelijkheden voor het overheidsbeleid inzake preventie en gezondheidsbevordering dreigt te leiden tot grote verschillen in de gezondheidsvisie die aan de basis ligt van de preventie maatregelen. Terwijl de actoren in het veld zich laten inspireren door de brede visie op gezondheid en rekening trachten te houden met de verschillende aspecten van het leven van een persoon (zijn of haar sociale leven, economische status, omgeving, enz.), gaat, naarmate men hoger op de ladder van de bevoegdheden staat, de aandacht meer naar de biomedische aspecten van gezondheid en dus naar medische preventie (vaccinatie, screening, enz.).

Het ontbreken van een brede visie op gezondheid die op alle niveaus wordt gedeeld, heeft twee belangrijke gevolgen. Enerzijds wordt bij de toewijzing van middelen voor gezondheidszorg momenteel veel meer steun verleend aan de curatieve sector, waardoor preventieve diensten of nationale of lokale acties ter bevordering van de gezondheid worden verwaarloosd. De uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering bedragen inderdaad amper 2% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België (Sholokhova, 2021). Anderzijds krijgt de fysieke gezondheid in organisatorisch en financieel opzicht de meeste steun. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij het beheer van de COVID-19-pandemie pas achteraf rekening werd gehouden met de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van de bevolking van de sociaaleconomische crisis veroorzaakt door de pandemie en de gezondheidsmaatregelen ter bestrijding ervan. In dit opzicht was de afwezigheid van deskundigen op het gebied van geestelijke gezondheid in de overlegcomités die besluiten moesten nemen over gezondheidsmaatregelen in het beginstadium van de pandemie veelbetekenend.

Als het om geestelijke gezondheid gaat, heeft preventie dus te lijden onder een opeenstapeling van moeilijkheden op elk van deze gebieden afzonderlijk: enerzijds de preventie en anderzijds de geestelijke gezondheid. Zoals we hier-

boven hebben gezien, is geen van beide een prioriteit geweest voor het nationale en regionale gezondheidsbeleid. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg is dus helaas een dubbel verwaarloosd gebied.

En toch stellen professionals en onderzoekers vandaag dat het hoogstnoodzakelijk is dat we ons voorbereiden op een andere epidemie die zal volgen op deze van COVID-19, en die verband zal houden met psychisch lijden (Wereldgezondheidsorganisatie, 2021). In dit opzicht is het van essentieel belang de geestelijke gezondheid vanuit een preventieperspectief te bekijken.

Preventie is inderdaad essentieel wanneer we het over psychische aandoeningen hebben. We zouden drie soorten redenen kunnen onderscheiden, gebruik makend van de termen van D'Arcy: "humanitaire" (omdat gezond zijn beter is dan ziek zijn), economische (om vermijdbare kosten voor het gezondheidszorgbudget te vermijden) en praktische (om overbelasting van het gezondheidszorgsysteem te vermijden, dat nu al kampt met personeelstekort) (D'Arcy & Meng, 2014). In ons vorig artikel bespraken we de beperkingen van een gezondheidsbenadering die uitgaat van een zuiver economische logica (Sholokhova, 2021). Het argument dat in preventie moet worden geïnvesteerd om later kosten van zorg te vermijden, is weliswaar gegrond, maar het omvat ideologische vooronderstellingen die verre van onschuldig zijn, met name het idee dat gezondheid als kapitaal wordt beschouwd. Het probleem is dat dit idee er op termijn altijd toe neigt het individu de eindverantwoordelijkheid voor het vergaren (of het behoud) van dit kapitaal toe te schrijven en te vergeten dat individueel gedrag slechts een van de dimensies van gezondheid is. De praktische reden staat naar onze mening uiteindelijk niet los van de economische reden.

De zogenaamde 'humanitaire' reden daarentegen moet worden benaderd vanuit een perspectief dat niet abstract universeel is, maar dat rekening houdt met de ongelijke verdeling van de gezondheid in de samenleving. Het ontstaan en verloop van ziekten worden in hoge mate bepaald door sociale, economische en omgevingsfactoren, en reproduceren in die zin de ongelijkheden die inherent zijn aan de samenleving in haar geheel. Dus als wij het ermee eens zijn dat deze ongelijkheden fundamenteel onrechtvaardig zijn, kunnen ziekten en de gevolgen ervan niet alleen worden voorkomen of verzacht, maar *moeten* zij ook zoveel mogelijk worden voorkomen of verzacht.

2. Wat betekent preventie op het vlak van geestelijke gezondheid?

2.1. Preventie en breed begrip gezondheid

Alvorens in te gaan op de preventie van psychische aandoeningen, moeten wij eerst verduidelijken wat wij onder preventie in het algemeen verstaan. Onder preventie wordt gewoonlijk medische preventie verstaan, die vervolgens wordt onderscheiden van gezondheidsbevordering. Het verschil tussen de twee kan worden beschreven door de omvang van het actieterrain dat zij bestrijken. Terwijl medische preventie dus een actie is die erop gericht is een ziekte of de mogelijke complicaties ervan te voorkomen, maakt gezondheidsbevordering dergelijke preventieve acties als het ware mogelijk. Zo is radiologisch onderzoek voor borstkankeropsporing een preventieve handeling en valt een campagne die de aandacht van het publiek wil vestigen op de risico's van borstkanker voor bepaalde bevolkingsgroepen, op het belang van een vroegtijdige diagnose en op de mogelijkheid om de screening vergoed te krijgen, concreet onder de gezondheidsbevordering. Medische preventie behoort dus tot het gebied van de gezondheidsbevordering. De reden hiervoor ligt in de visie op gezondheid die breder is dan deze van medische preventie, en die aan de basis ligt van acties voor gezondheidsbevordering, aangezien gezondheid niet wordt gereduceerd tot de afwezigheid van een ziekte (Sholokhova, 2021).

Niettemin is het vanuit ons perspectief de brede of holistische opvatting van gezondheid die ook moet worden gemobiliseerd om over preventie na te denken. Dit maakt het mogelijk verder te gaan dan de klassieke opvatting van preventie, die de neiging heeft deze lineair op te vatten afhankelijk van de ontwikkeling van een ziekte: primaire preventie vindt plaats voordat de ziekte zich voordoet (zoals in het geval van vaccinatie); secundaire preventie is gericht op de vroegtijdige opsporing van een ziekte (zoals screening); tertiaire preventie is gericht op het vermijden van complicaties van een ziekte; ten slotte maakt quaternaire preventie het mogelijk het levenseinde te begeleiden, zoals het geval is bij palliatieve zorg.

Deze klassieke opvatting neigt er inderdaad toe voorbij te gaan aan de realiteit van de klinische situatie waarin patiënten zich bevinden. De klinische situatie wordt niet gereduceerd tot een abstracte tijdlijn van de ontwikkeling van een ziekte, maar ontplooit zich in een relatie tussen de patiënt en de arts, waarbij zowel de klachten van de patiënt als de bezorgdheid van de arts centraal staan. In de klinische situatie gaat het dus om de manier waarop elk van de deelnemers tegen het probleem aankijkt: enerzijds beoordeelt de patiënt of hij of zij zich al dan niet goed voelt en anderzijds spreekt de arts zich uit over de diagnose (zie Tabel 1). Vanuit dit gezichtspunt heeft preventie niet alleen betrekking op de ontwikkeling van de ziekte, maar ook op de manier waarop deze ontwikkeling zich verhoudt tot het leven van de patiënt in zijn geheel.

Tabel 1: Vier definities van preventie (aanpassing van Jamouille & La Valle, 2019)

		Geen ziekte	
		Arts	Ziekte
Patiënt	Voelt zich goed	Preventie I Maatregelen om de oorzaak van een gezondheidsprobleem van patiënten te voorkomen of weg te nemen voordat het zich voordoet	Preventie II Maatregelen die voorkomen dat <ul style="list-style-type: none"> • vroegtijdig opgemerkte gezondheidsproblemen van patiënten verder zouden ontwikkelen, door de duur of door de voortgang ervan te verminderen; • zorg wordt uitgesteld en/of de ziekte niet wordt behandeld
	Voelt zich slecht	Preventie IV Maatregelen genomen om <ul style="list-style-type: none"> • de risico's van overmedicalisering vast te stellen, • patiënten te beschermen tegen invasieve medische interventies, • ethisch aanvaardbare zorgprocedures voor te stellen 	Preventie III Maatregelen om de gevolgen van een chronisch gezondheidsprobleem voor een persoon te verminderen door de functionele beperking als gevolg van een acuut of chronisch gezondheidsprobleem tot een minimum te beperken; omvat revalidatie

Hoe kan geestelijke gezondheid worden gedefinieerd?

De huidige definities van gezondheid in het algemeen en geestelijke gezondheid in het bijzonder zijn het resultaat van een lange conceptuele evolutie, met als meest recente de definitie voorgesteld door de WHO in 1948, de definitie in het Handvest van Ottawa en ten slotte twee definities van geestelijke gezondheid van de WHO uit 2010. Zo is er in de afgelopen zestig jaar een verschuiving opgetreden van de definitie van gezondheid als “een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebrek” (Wereldgezondheidsorganisatie, 1948) - een toestand die als een doel op zich wordt beschouwd en die met de beschikbare sociale en persoonlijke middelen kan worden bereikt - naar het idee van gezondheid “als een middel in het dagelijks leven, niet als het doel van het leven” (Wereldgezondheidsorganisatie, 1986). In het geval van geestelijke gezondheid gaat het onder meer om een middel waardoor de persoon “zich kan ontplooiën, de normale spanningen van het leven kan overwinnen, productief werk kan verrichten en kan bijdragen aan het leven van zijn of haar gemeenschap” (Wereldgezondheidsorganisatie, Mental Health: Strengthening Our Action: Fact Sheet No. 220, 2014).

Een belangrijke bijdrage van deze definities is dat zij geestelijke gezondheid niet louter negatief willen definiëren (door ze af te zetten tegen ziekte), maar positief. Zo definieert een Franse ministeriële tekst geestelijke gezondheid als een vermogen “om zich aan te passen aan de verschillende situaties van het leven” (Centre d’analyse stratégique, 2014, p. 24). Niettemin lijkt het ons belangrijk waakzaam te zijn voor de implicaties van deze definitie en in het bijzonder ten aanzien van het daaruit voortvloeiende mensbeeld. Want als “de mentaal gezonde persoon iemand is die zich zelfverzekerd genoeg voelt om zich aan te passen aan een situatie die hij of zij niet kan veranderen” (Centre d’analyse stratégique, 2014, p. 24), hebben ‘frustraties’, ‘moeilijke momenten’, ‘angsten en oude wonden’ dan nog wel een plaats in het leven van die persoon? Of moeten zij worden overwonnen en vermeden door aanpassing aan de gegeven omstandigheden? Wat is de grens tussen het pathologische en het normale?

Moeten we hieruit concluderen dat iedereen die weigert zich aan te passen aan een situatie die niet van hem afhangt en daaronder lijdt, een geestelijk gezondheidsprobleem heeft? Dat zou een simplistische visie zijn. Niet alleen zou men elke vorm van sociaal protest in twijfel kunnen trekken, maar men zou ook uit de definitie van het menselijk bestaan alles schrappen wat het volgens ons juist kenmerkt, namelijk onze kwetsbaarheid en ons onderbewustzijn. De mogelijkheid om getroffen te worden door een gebeurtenis en er zelfs onder te lijden, is integendeel een ‘normale’ en ‘gezonde’ dimensie van het menselijk bestaan. Voor het begrip geestelijke gezondheid is elke verwijzing naar een norm inderdaad delicates, zelfs problematischer, dan voor lichamelijke gezondheid.

Weliswaar beantwoordt het idee van gezondheid als iets dynamisch en fluctuerends aan de noodzaak om gezondheid niet te ‘normaliseren’. Dit idee wordt echter ondersteund door het begrip van gezondheid als een hulpbron. Deze opvatting is in de eerste plaats utilitaristisch, omdat zij geneigd is gezondheid te beschouwen als een middel om een doel te bereiken. Het hoofddoel is in dit geval echter vaak economische efficiëntie (zie bijvoorbeeld de definitie op de website van de Europese Commissie, waar geestelijke gezondheid wordt gedefinieerd als “het vermogen om aan sociale en economische activiteiten deel te nemen”: “Mensen die lichamelijk, geestelijk en sociaal gezond zijn, hebben meer kans om beter te presteren op school en op de arbeidsmarkt. Zij hebben ook meer kans om armoede te vermijden”, <https://health-inequalities.eu/>). Zijn we het er dan over eens dat uitgaven voor gezondheid alleen gerechtvaardigd zijn in het kader van een verhoging van de economische productiviteit? Er zij op gewezen dat hierdoor ook het recht op gezondheid, dat niet afhankelijk is van een bijdrage aan de economie, op losse schroeven zou komen te staan. Daarom geven wij in ons artikel de voorkeur aan de definities van de WHO, hoewel wij rekening houden met de beperkingen ervan.

2.2. De specificiteit van geestelijke gezondheid in vergelijking met lichamelijke gezondheid

Door de discussie over preventie niet te beperken tot louter medische preventie kan ook rekening worden gehouden met het specifieke karakter van de geestelijke gezondheid ten opzichte van de lichamelijke gezondheid.

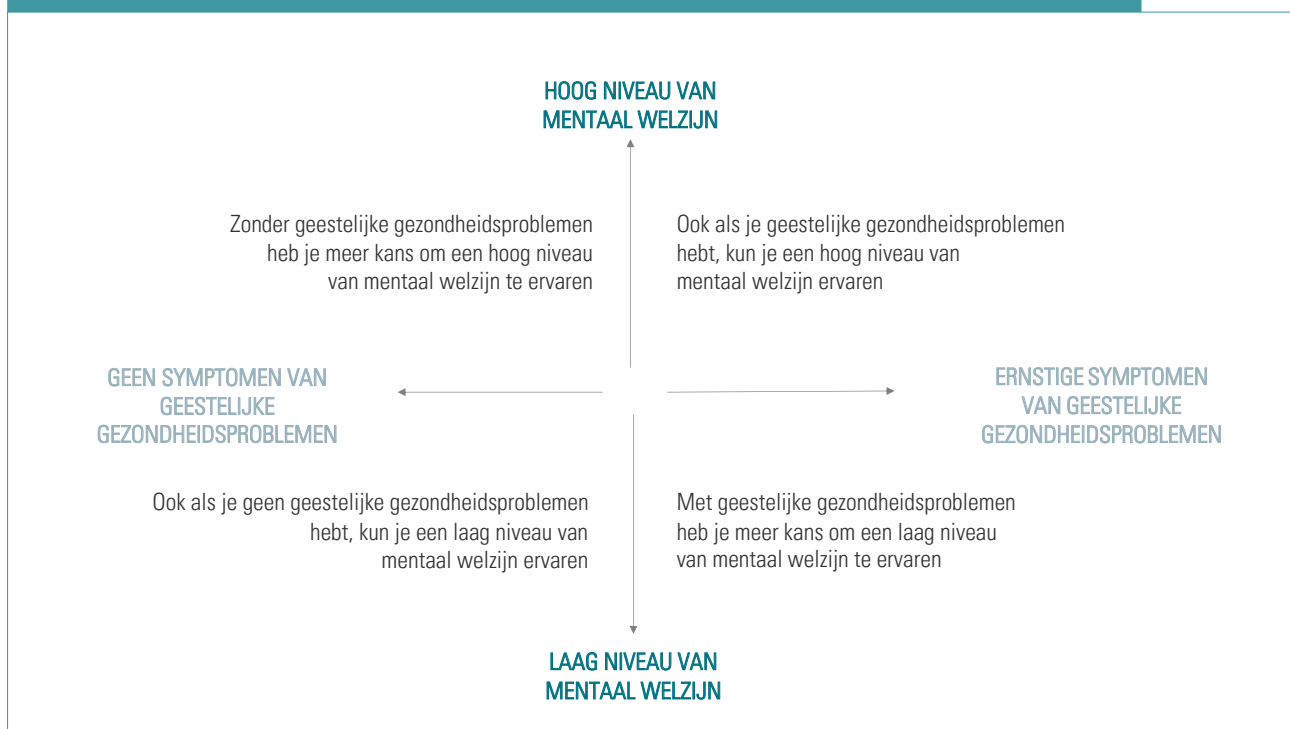
Ten eerste is het verloop van een psychische aandoening niet vergelijkbaar met deze van een somatische aandoening. Niet alleen is het niet altijd denkbaar een psychische aandoening volledig te laten verdwijnen, zoals ook het geval is met chronische somatische aandoeningen, maar de invloed ervan op het leven van de persoon is van die aard dat een terugkeer naar de 'vroegere' toestand vaak eenvoudigweg niet mogelijk is. Daarom is het gepast om over de behandeldoelen van een psychische aandoening te spreken in termen van herstel in plaats van genezing.

"In tegenstelling tot genezing betekent herstel niet noodzakelijkerwijs dat de ziekte volledig is verdwenen, maar dat de persoon in staat is geweest de identiteit van psychiatrische patiënt af te schudden en weer een actief en sociaal leven te leiden, ondanks eventuele restproblemen... [...] Het gaat hierbij noch om ontkenning noch om onver-

schilligheid ten opzichte van de ziekte, maar integendeel om een bewustwording van de ziekte en de gevolgen ervan, en op basis daarvan een vorm van afstand nemen ervan, ten gunste van een focus op persoonlijke doelen en zorg voor de eigen toekomst" (Pachoud, p. 258).

Maar als herstel meer gericht is op de re-integratie van de persoon in de samenleving, dan is dat omdat het vooral de omstandigheden zijn waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, die de cruciale rol spelen bij de ontwikkeling van psychische aandoeningen (zowel bij het ontstaan als bij de evolutie ervan). Het zuiver biomedische kader, met name de genetica en de neurologie, biedt immers geen afdoende verklaring voor wat er gebeurt bij psychische aandoeningen. Bovendien zijn de beloften om biomarkers te vinden die het mogelijk zouden maken om psychische aandoeningen op te sporen voordat ze zich voordoen, nooit uitgekomen (Fuchs, 2018). Evenzo kunnen de symptomen van ziekten niet louter worden behandeld als tekenen van stoornissen in de hersenactiviteit, maar moeten zij worden geïnterpreteerd op basis van de betekenis die zij voor de persoon hebben. Wat een psychische aandoening kenmerkt, is de manier waarop het leven van de persoon, zijn relatie tot de wereld, tot anderen en tot zichzelf, wordt aangetast. Vanuit dit oogpunt is het duidelijk dat de preventie van psychische aandoeningen niet alleen gericht moet zijn op het voorkomen of vermin-

Figuur 1: Het verband tussen geestelijk welzijn en symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen (bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2022, p. 13)



deren van symptomen, maar ook op de levenskwaliteit van de persoon, dit wil zeggen zijn integratie en ontplooiing in de sociale en economische context, en de kwaliteit van zijn omgeving (de woonplaats, de luchtkwaliteit, enz.).

2.3. Psychische aandoening en psychisch lijden

Een andere belangrijke overweging betreft het verschil tussen psychische aandoening en psychisch lijden. Wij stellen voor een onderscheid te maken tussen deze twee begrippen en een definitie te geven van psychisch lijden als een toestand die het leven van de persoon, zijn relatie tot de wereld, tot anderen en tot zichzelf niet in aanzienlijke mate belemmert (zie Figuur 1).

Ten eerste helpt dit onderscheid om het idee te benadrukken dat geestelijke gezondheid geen binaire toestand is (waarin men ziek of gezond is), maar "bestaat over een complex continuüm, met ervaringen die variëren van een toestand van optimaal welzijn tot verzwakkende toestanden van groot lijden en emotionele pijn" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022, p. 13). Dus net zoals iemand een lichamelijk gezondheidsprobleem kan hebben en lichamenlijk gezond kan zijn, is het mogelijk om een hoger niveau van geestelijk welbevinden te hebben, zelfs als men matige of ernstige symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen heeft.

Bovendien helpt dit onderscheid om de neiging tot pathologisering van bepaalde negatieve ervaringen te vermijden. Want iemand die niet aan een psychische aandoening lijdt, kan een laag niveau van geestelijk welbevinden hebben. Inderdaad, men kan zich afvragen of alle lijden moet worden vermeden, zo snel mogelijk moet worden verlicht en tot slot vergeten zodra het voorbij is? Moet de mens niet worden gedefinieerd in zijn vermogen om ontgoocheling, verlies en teleurstelling te ervaren en te boven te komen? Het is in die zin dat we kunnen spreken van veerkracht, dit wil zeggen van ons vermogen om de negatieve gebeurtenissen en omstandigheden van het leven te boven te komen.

We willen hier niet ontkennen dat psychisch lijden een invloed heeft op iemands leven, noch dat langdurige blootstelling aan intens psychisch lijden kan leiden tot de ontwikkeling van een psychische aandoening. Sommige onderzoekers onderscheiden drie soorten stress naargelang van het soort reactie dat het menselijk lichaam er op biologisch vlak op geeft: positieve stress, die gekenmerkt

wordt door korte perioden van reactie (hartslag, bloeddruk en hoge hormoonspiegels), maar die plaatsvindt in de context van stabiele relaties; draaglijke stress, die de architectuur van de hersenen zou kunnen verstoren (bijvoorbeeld door neurale circuits te ontregelen), maar die wordt verzacht door ondersteunende relaties die de aanpassing vergemakkelijken; en toxische stress die verwijst naar een sterke, frequente en/of langdurige activering van de reactiesystemen van het lichaam in afwezigheid van de beschermende context (Shonkoff, Boyce, & McEwen, 2009). Vanuit dit perspectief kan toxische stress dus leiden tot levensbedreigend psychisch lijden. Bovendien moet er rekening mee worden gehouden dat psychisch lijden dat "diffuus kan blijven, niet als zodanig wordt geïdentificeerd door de 'patiënt', die geen 'vraag' heeft" (Jacques, 2004, p. 21), maar niettemin een interventie vereist.

In het kader van deze studie is dit onderscheid tussen psychische aandoening en psychisch lijden vooral bedoeld om de preventie van psychische aandoeningen niet te verwarren met de preventie van psychisch lijden. Hoewel de preventie van psychisch lijden een positief effect zou kunnen hebben op de preventie van psychische aandoeningen, zijn deze acties toch gericht op een bredere groep dan die van mensen die aan psychische aandoeningen lijden of riskeren te lijden.

Aan de hand van de structuur in Tabel 1 kunnen we zeggen dat de preventie van psychisch lijden in de eerste plaats betrekking heeft op primaire preventie, wanneer de persoon zich nog goed voelt en het doel is risicofactoren te verminderen, of op tertiaire preventie (voor meer voorbeelden, zie Tabel 2, zie ook bijvoorbeeld Compton, 2010). De preventie van psychische aandoeningen geschiedt in de eerste plaats via secundaire en quaternaire preventie, wanneer het erom gaat een gepaste behandeling te vinden op maat van de persoon en het herstel te bevorderen.

2.4. Sociale determinanten van gezondheid

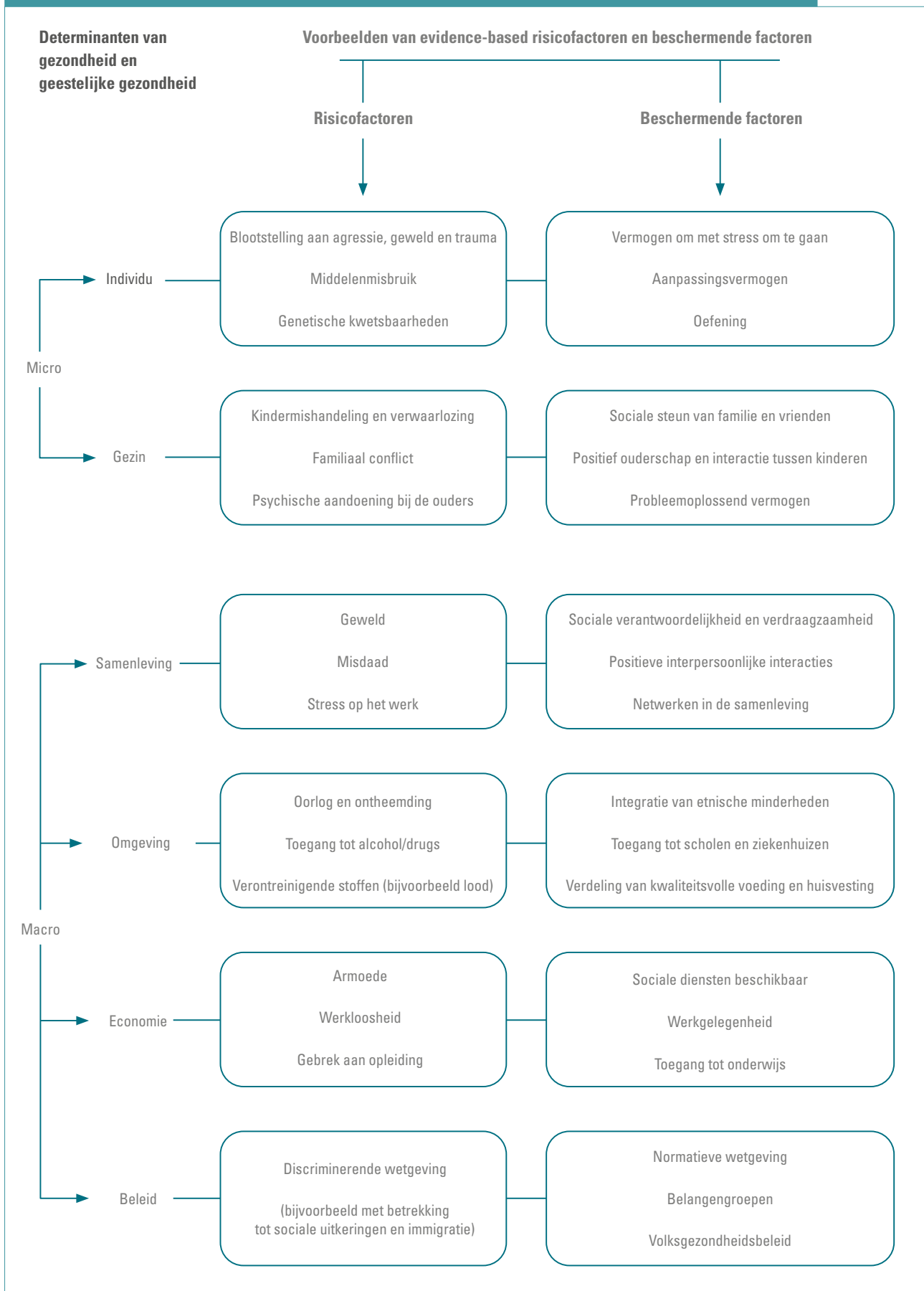
Het concept van preventie van psychische aandoeningen in figuur 1 blijft echter ontoereikend omdat het pretendeert universeel te zijn. Gezondheid is echter niet gelijk verdeeld in de samenleving. Geestelijke gezondheid hangt immers af van vele factoren, zoals gezinsfactoren, maatschappelijke factoren, omgevingsfactoren, economische factoren, politieke factoren en biomedische factoren (zie Figuur 2). Er zij op gewezen dat deze factoren positief (beschermende factoren) of negatief (risicofactoren) kunnen zijn: een

Tabel 2: Voorbeelden van maatregelen ter preventie van geestelijke gezondheidsproblemen

		Gezondheidswerker of veldwerker	
		Geen psychische aandoening	Psychische aandoening
Persoon	Voelt zich goed	<p>Preventie I Vermindering van de factoren die de levensomstandigheden van personen ondermijnen of verslechteren, in de eerste plaats de factoren die het vermogen om in basisbehoeften te voorzien in de weg staan, wat leidt tot ontwaarding en sociaal isolement van personen, om geweld, leed, depressie, verwaarlozing, misbruik, enz. te voorkomen.</p>	<p>Preventie II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vermijden van uitstel van zorg; • Vroegdetectie van geestelijke gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld bij jongeren, bij kwetsbare personen zoals vrouwen in de peri- en postnatale periode, enz.).
	Voelt zich slecht	<p>Preventie IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vermijden van langdurig psychisch lijden dat kan leiden tot psychische aandoening; • Het vermijden van overmedicatie, bijvoorbeeld antipsychotica bij ouderen, vooral in woonzorgcentra, of bij jonge kinderen buiten het vastgestelde kader (off-label). 	<p>Preventie III Bijdragen tot het herstel van mensen met psychische aandoeningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het vermijden dat psychische aandoeningen (bijvoorbeeld depressie) chronisch worden, met behulp van medicatie en/of psychotherapie, enz.; • Door de toegang tot gespecialiseerde diensten te bevorderen; • Door sociale integratie te bevorderen; • Door het verminderen van stigmatisering in de samenleving; • Door terugval te voorkomen; • Door het verminderen van de kans op de ontwikkeling van co-morbiditeit; • Door het voorkomen van zelfmoordpogingen, enz.



Figuur 2: Determinanten van gezondheid en geestelijke gezondheid in relatie tot empirisch onderbouwde risico- en beschermende factoren (bron: Vandiver, 2008, p. 34)



onevenwicht tussen risico- en beschermende factoren kan inwerken op de verschillende niveaus van het leven van een persoon, met als gevolg een afname (in het geval van overwicht van risicofactoren) of een verbetering (in het geval van overwicht van beschermende factoren) van de geestelijke gezondheid.

Figuur 2 over de verbanden tussen de risico- en beschermende factoren en de geestelijke gezondheidsdeterminanten illustreert goed dat de meeste factoren die van invloed zijn op de geestelijke gezondheid van een persoon buiten de controle van het individu liggen en afhankelijk zijn van de maatschappelijke structuur. Aangezien deze structuur op haar beurt wordt gekenmerkt door verhoudingen van ongelijkheid, wordt het gebrek aan evenwicht tussen beschermende en risicofactoren hoofdzakelijk bepaald door deze maatschappelijke ongelijkheden. Hoe lager de sociale status van een persoon, hoe meer deze wordt blootgesteld aan risicofactoren en hoe kleiner de kans dat hij kan rekenen op beschermende factoren (Vandiver, 2008). Deze persoon heeft dus een hoger risico op gezondheidsproblemen (waaronder geestelijke gezondheidsproblemen), maar ook op de gevolgen daarvan. Hoe kwetsbaarder de situatie van de persoon, hoe groter de invloed van diens ziekte op zijn algemene situatie (denk maar aan de impact van de kosten van ziekenhuisopname, de afwezigheid van werk, de onmogelijkheid om voor zijn kinderen te zorgen, enz.).

Om rekening te houden met het feit dat geestelijke gezondheid niet gelijkmatig over de samenleving is verdeeld, kunnen preventiemaatregelen dus niet louter universeel blijven, maar moeten zij ook worden afgestemd op het niveau van benadeling. Daarom moet het beginsel van proportioneel universalisme worden nageleefd: "Om de helling van de sociale gradiënt in gezondheid te verkleinen, moeten acties universeel zijn, maar met een reikwijdte en intensiteit die evenredig zijn aan het niveau van sociale achterstand" (Marmot, Goldblatt, Allen, & et al, 2010, p. 16).

Toch is de uitvoering ervan verre van vanzelfsprekend. Om dit beginsel ten uitvoer te leggen, moeten namelijk verschillende problemen worden aangepakt: hoe moet de drempel worden bepaald vanaf dewelke beleidslijnen en acties anders moeten worden gekalibreerd? En vooral, hoe kunnen wij ervoor zorgen dat deze kalibrering kwalitatief

is, en dus rekening houdt met de diversiteit van het publiek, en niet louter kwantitatief? Om deze vragen te beantwoorden, gaan wij uit van de definitie van de groepen die het meeste risico lopen op psychische aandoeningen.

3. Risicogroepen op het vlak van psychische aandoeningen

Welke groepen lopen tegenwoordig het grootste risico op psychische aandoeningen? Wij stellen voor deze kwestie te benaderen vanuit de voornaamste vormen van sociale ongelijkheid. Zo kunnen we vaststellen welke groepen een groter risico lopen vanuit economisch oogpunt (mensen uit de armere klassen), vanuit het oogpunt van discriminatie op grond van godsdienst of etnische afstamming (geracialiseerde personen) en vanuit het oogpunt van discriminatie op grond van geslacht (mensen die worden gediscrimineerd op grond van hun geslacht en/of seksualiteit¹).

Natuurlijk komen deze groepen in werkelijkheid samen voor en overlappen zij elkaar. Daarom is altijd een intersectionele benadering aangewezen, dit wil zeggen "een theoretisch kader dat toelaat te begrijpen hoe meervoudige sociale identiteiten zoals ras, seksuele geaardheid, sociaaleconomische status en beperkingen op het microniveau van individuele ervaring samenhangen om onderling gerelateerde systemen van voorrecht en onderdrukking te weerspiegelen" (Bowleg, 2012; voor de eerste conceptuualisering van intersectionaliteit zie Crenshaw, 1989). Er zij op gewezen dat intersectionaliteit niet moet worden opgevat als een eenvoudige opeenstapeling van problemen, maar als een werkelijke kruising of overlapping die leidt tot het ontstaan van een bepaalde situatie en de versterking van één soort discriminatie en de gevolgen daarvan door de andere. De presentatie vanuit drie invalshoeken (economisch, raciaal/etnisch en gender) die wij hier voorstellen, heeft dus een analytisch doel: zij biedt een rooster voor de analyse van de determinanten van geestelijke gezondheid en splitst daarvoor deze drie factoren op, die in het echte leven altijd in synthetische vorm voorkomen.

¹ In deze studie zou het voor ons onmogelijk zijn om de onderwerpen van discriminatie op grond van geslacht volledig te behandelen. In het bijzonder kunnen we ons niet richten op seksualiteitskwesties. Het is echter belangrijk te wijzen op het hoge risico op psychische aandoeningen bij LGBTQ+-personen.

3.1. Economische ongelijkheden

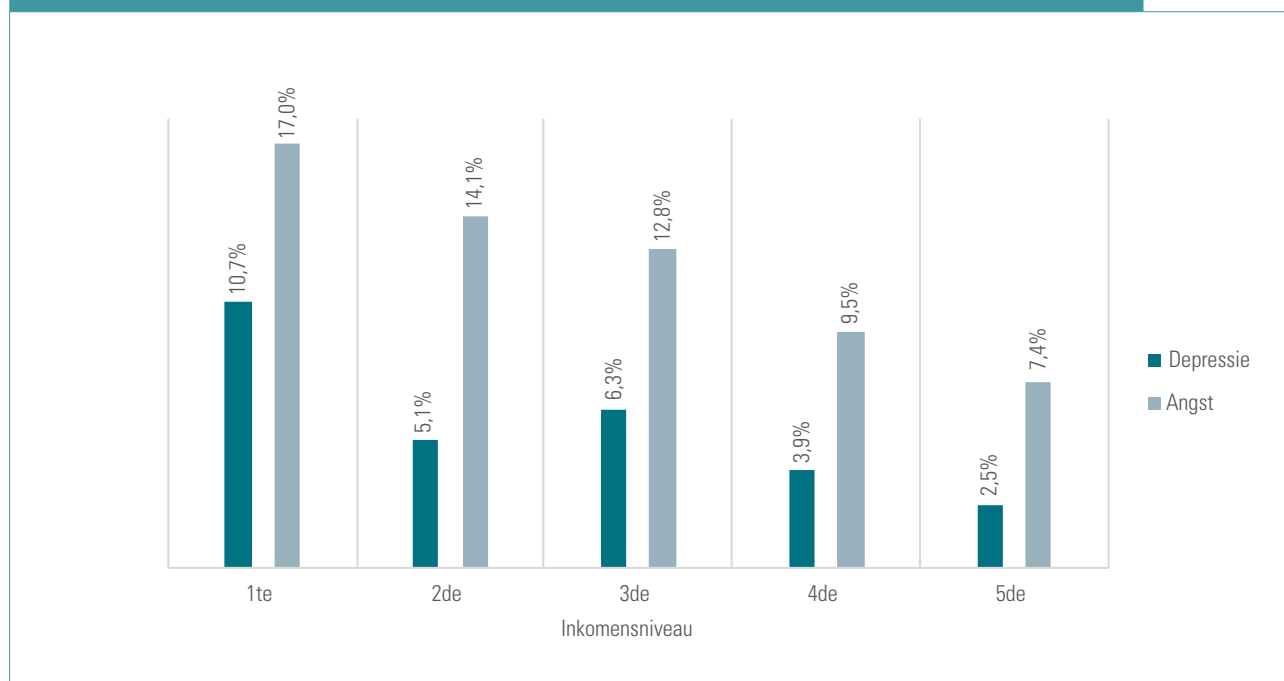
Economische ongelijkheden vloeien voort uit de hiërarchie tussen verschillende groepen naargelang van de economische middelen waarover zij beschikken. Zij komen tot uiting in ongelijkheden op het gebied van inkomen, arbeidsvoorwaarden en -inhoud, erfenissen en vermogen, financiële onzekerheid, de kwaliteit (of de afwezigheid ervan) van huisvesting, maar ook onderwijs. Volgens de laatste schattingen is de ongelijkheid in de verdeling van de rijkdom in België zeer groot: “de rijkste 1% van de Belgische gezinnen bezit ongeveer 24% van de totale netto-rijkdom, en 42% van de rijkdom is in handen van 5% van de Belgische gezinnen” (Apostel & O’Neill, 2022, eigen vertaling).

Onderzoek bevestigt ook het bestaan van een sterke economische gradiënt in de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen in België: hoe armer de mensen zijn,

hoe slechter hun geestelijke gezondheid. Uit gegevens van de Sciensano gezondheidsenquête voor 2018 blijkt dat hoe hoger het besteedbaar inkomen van een persoon, hoe minder mensen (binnen de groep met hetzelfde inkomensniveau) te maken hebben met gegeneraliseerde angststoornissen (zie Figuur 3). Het verschil tussen de groepen die zich aan de uitersten bevinden, is indrukwekkend: bij mensen met een inkomen van minder dan 750 euro per maand lijkt 17,7% last te hebben van angststoornissen, terwijl dat bij mensen met een inkomen van meer dan 2.500 euro per maand slechts 7,4% is². Dezelfde tendens kan worden waargenomen voor depressies. Volgens de gegevens van Sciensano lijkt 10,7% van de mensen met een inkomen van minder dan 750 euro per maand last te hebben van depressies, terwijl bij mensen met een inkomen van meer dan 2.500 euro per maand dat percentage 2,5% bedraagt.

Wij stellen ook vast dat er een zeer uitgesproken sociale gradiënt bestaat in het **gebruik van curatieve geestelijke**

Figuur 3: Prevalentie van gegeneraliseerde angststoornis en depressie volgens het gezinsinkomen (gegevens van Sciensano, 2018)



² Het inkomensniveau wordt berekend op basis van het 'totaal besteedbaar inkomen van het gezin', waarvoor een equivalente schaal wordt toegepast (OESO, 1982). De verschillende leden van het gezin krijgen een specifiek gewicht: 1,0 voor het eerste volwassen lid van het huishouden, 0,5 voor elke bijkomende volwassene (18+ jaar) en 0,3 voor elk kind (< 18 jaar). Het totale beschikbare inkomen van het gezin wordt vervolgens gedeeld door de som van de gewichten van alle leden van het huishouden om het equivalent inkomen te berekenen. De 5 inkomensniveaus zijn: 1) < 750 euro; 2) 750-1.000 euro; 3) 1000-1500 euro; 4) 1.500-2.500 euro; 5) > 2.500 euro. Er zij op gewezen dat deze analyse per kwintiel beperkt is in die zin dat het niet mogelijk is extreme situaties vast te stellen, d.w.z. situaties waarin mensen zeer weinig inkomen hebben of juist extreem hoge inkomens. Er moet bovendien rekening mee worden gehouden dat elk kwintiel in werkelijkheid zeer uiteenlopende situaties omvat.

gezondheidszorg (vooral ziekenhuisopnames en medicamenteuze behandelingen)³. Zo hadden volgens de analyses van het Intermutualistisch Agentschap “personen die tot de laagste klasse behoren in 2016 149% meer risico op een psychiatrische ziekenhuisopname dan personen die tot de hoogste klasse behoren” (Avalosse, et al., 2019, p. 49)⁴. We zien een soortgelijke situatie voor het gebruik van **antidepressiva en antipsychotica**: personen uit de minst welvarende klasse hebben 18% meer risico op het gebruik van antidepressiva en 112% meer risico op het gebruik van antipsychotica in vergelijking met personen uit de rijkste klasse (Avalosse, et al., 2019).

Uit studies blijkt dus dat gezondheid sterk afhankelijk is van de economische status en afneemt naarmate men lager op de sociale ladder staat. Vanuit dit oogpunt heeft Marmot gelijk als hij zegt dat “bij gezondheidsongelijkheid het niet alleen gaat om arme mensen met een slechte gezondheid, maar om gradaties van gezondheid naargelang onze positie op de sociale ladder” (Marmot, 2015, pp. 27-28). In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat niet alleen werklozen, maar ook werkenden onder de doelgroep zouden vallen. In de huidige maatschappij beschermt werk immers niet tegen gezondheidsproblemen. Zo heeft het aantal arbeidsongeschikten de laatste jaren een historisch hoogtepunt bereikt, onder meer door factoren die verband houden met de werkorganisatie. Volgens het onderzoek bij betrokkenen verklaarde 89,9% van de respondenten een burn-out te hebben, en 68,8% van degenen die zeiden een psychische aandoening te hebben, dat hun werksituatie aan de oorzaak lag van hun arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021).

Werken kan dus schadelijk zijn voor de gezondheid, en wel omdat de kwaliteit van het werk belangrijker is dan het loutere feit van het werken. Zo toont een recente studie duidelijk “de relatie tussen de positie op de arbeidsmarkt en de zelfperceptie van de algemene en mentale gezondheid van personen op arbeidsleeftijd in België, zelfs als we rekening houden met het feit dat de positie van een individu op de arbeidsmarkt noodzakelijkerwijs ingebed is in een bredere sociale context”. “Werklozen en mensen in (onze-

kere) jobs van lage kwaliteit lopen het meeste risico op gezondheidsproblemen” (Van Aerden, Gadeyne, & Vanroelen, 2017, eigen vertaling).

Ook de vooruitzichten op de langere termijn zijn slecht: de economische ongelijkheid blijft toenemen en daarmee ook de ongelijkheid op gezondheidsgebied. Volgens gegevens van Eurostat loopt 20% van de Belgische bevolking in 2018 risico op armoede of sociale uitsluiting. En volgens de auteurs van het intersectorale rapport “Évolutions des problématiques sociales et de santé 2013-2018 (Evoluties van de sociale en gezondheidsproblematiek 2013-2018)” worden we geconfronteerd met “de toenemende bestaansonzekerheid van de burgers en de complexiteit van de eisen die voortvloeien uit armoede, maar ook uit onze multiculturele en geglobaliseerde samenleving, en de achteruitgang van de wetgeving op het vlak van de toegankelijkheid van de sociale rechten” (Willaert & Moriau, 2018, p. 3). De crisis als gevolg van de COVID-19-pandemie heeft deze tendens nog versterkt door de snelle verslechtering van de sociaaleconomische situatie van kwetsbare groepen. In dit perspectief zullen de geestelijke gezondheidsproblemen onvermijdelijk toenemen.

3.2. Rassendiscriminatie

Het is waar dat de economische situatie van personen die op grond van hun afkomst worden gediscrimineerd, gedeeltelijk verklaart dat zij een slechtere gezondheid hebben dan andere groepen: geracialiseerde personen zijn oververtegenwoordigd onder de mensen met de laagste inkomens in de samenleving. Uit een groot aantal onderzoeken blijkt echter dat economische status niet alles verklaart en dat de rassendiscriminatie⁵ op zich verantwoordelijk is voor gezondheidsongelijkheid. Zo stelt Williams in zijn centrale studie over dit onderwerp dat “ras een antecedent en determinant is van sociaaleconomische status, en dat raciale verschillen in sociaaleconomische status deels te wijten zijn aan de succesvolle uitvoering van discriminerend beleid dat gebaseerd is op de inferioriteit van bepaalde geracialiseerde groepen” (Williams, 1999, p. 177).

3 Er zij op gewezen dat de berekening van het gebruik van de zorg betekent dat het gebruik van een deel van het aanbod wordt gemeten, maar niet toelaat om de vraag zoals uitgedrukt door de patiënt of zijn werkelijke behoeften te beoordelen. Zie Cès, 2021.

4 Net zoals de kwintiel-analyse van Sciensano, werkt deze studie van het IMA met categorieën die weinig onderscheidend zijn. Dit betekent dat, indien de situatie op individueel niveau zou worden geanalyseerd, de gezondheidskloof tussen de verschillende categorieën nog groter zou zijn.

5 ‘Ras’ wordt op precies dezelfde manier gebruikt als klasse en geslacht, d.w.z. als een sociaal geconstrueerde categorisering, als gevolg van discriminatie als ideologische productie... Ik maak hier dus strategisch gebruik van het woord ras, dat verwijst naar een politiek, cultureel en sociaal concept, en dat uiteraard niet in biologische zin moet worden opgevat” (Kergoat, 2009, p. 112).

“De dominante groep kijkt neer op en benadeelt raciale groepen die als minderwaardig worden beschouwd en wijst hen de wenselijke maatschappelijke kansen en middelen op gedifferentieerde wijze toe” (Williams, 2018). De discriminerende vooroordelen worden een stressfactor voor de personen en brengen op die manier mogelijk schade toe aan hun geestelijke gezondheid. Bovendien internaliseren sommige geracialiseerde personen cultureel alomtegenwoordige negatieve raciale stereotypen (over hun inferioriteit), dit wil zeggen dat zij deze als waar gaan beschouwen. Uit onderzoek blijkt dat dit internaliseringsproces samenhangt met een lager psychologisch welzijn en hogere niveaus van alcoholgebruik, depressieve symptomen en obesitas (Williams & Mohammed, 2009).

Factoren die van invloed zijn op de geestelijke gezondheid van geracialiseerde mensen hebben ook te maken met de manier waarop het gezondheidssysteem zelf functioneert (Smedley, Stith, & Nelson A. R, 2003), of het nu gaat om gebrekkige toegang tot zorg, ongelijke behandeling (bijvoorbeeld vooringenomenheid bij het stellen van een diagnose), enz. (Hairston, Gibbs, Wong, & Jordan, 2020). Zo bestaat er een tendens bij gezondheidswerkers om de klachten van mensen uit etnische minderheden te negeren of om deze klachten als somatisch te beschouwen (deze tendens, die al aanwezig is bij mensen uit de niet-minderheidsgroep, wordt nog versterkt bij minderheidsgroepen) (Perrotin & Pascariello, 2022). Stigmatisering kan dus van invloed zijn op het gebruik van geestelijke gezondheidsdiensten: verwaarlozing of zelfs mishandeling door gezondheidswerkers leidt ertoe dat mensen minder geneigd zijn een beroep te doen op de gezondheidszorg. Dit is het probleem van de lagere aanvaardbaarheid van de zorg door die bevolkingsgroepen die een groter risico lopen op onvervulde zorgbehoeften wegens hun slechte ervaring met gezondheidsdiensten (Cès, 2021).

Helaas zijn er in België zeer weinig gegevens beschikbaar over de geestelijke gezondheid van geracialiseerde personen. Dit is gedeeltelijk te wijten aan de manier waarop gezondheidsgegevens worden geregistreerd. In tegenstelling

tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten, waar informatie over de etnische afkomst van de persoon systematisch wordt verzameld naast informatie over leeftijd en geslacht, wordt dit soort informatie in België niet geregistreerd, hoewel de verzekeringsinstellingen wel op de hoogte zijn van de nationaliteit van hun leden (en de datum waarop deze werd verkregen indien het niet de nationaliteit van oorsprong is).

Vanuit dit oogpunt is de gezondheidsenquête die sinds enkele jaren door Sciensano⁶ wordt uitgevoerd, een waardevolle bron van informatie, aangezien deze enquête vragen bevat over de nationaliteit en de geboorteplaats van de deelnemers, maar ook over de geboorteplaats van hun ouders. De analyse van de enquête maakt het dus mogelijk de respondenten te kwalificeren als migranten van de eerste of de tweede generatie, waarbij bovendien een onderscheid kan worden gemaakt tussen mensen uit Europese en niet-Europese landen. Deze gegevens kunnen worden gebruikt om na te gaan of er correlaties bestaan tussen de migrantenstatus van de deelnemers aan de enquête en hun gezondheidstoestand⁷.

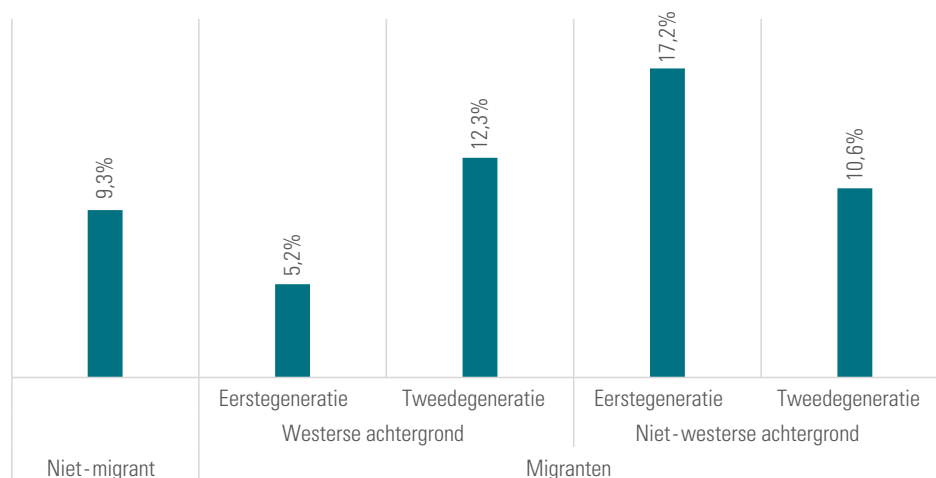
Onderzoekers van de Universiteit Gent voerden een dergelijke analyse uit op de gegevens verzameld in de Gezondheidsenquête voor 2013 (Van Roy, De Maesschalck, Vyncke, Piccardi, & Willems, 2018). De resultaten van deze studie zijn bijzonder interessant wat depressieve stoornissen, angststoornissen en slaapstoornissen betreft. Voor alle drie categorieën melden migranten meer problemen dan niet-migrant. Er is bijvoorbeeld een significant verschil in de kans op het hebben van een angststoornis tussen niet-migrant (9,3%) en de eerste generatie van migranten van niet-westerse afkomst⁸ (17,2%) (zie Figuur 4). Bovendien blijven deze verschillen bestaan ondanks het meenemen van andere factoren zoals inkomen, wat aantoonde dat ook het migrant zijn en niet alleen het hebben van economische moeilijkheden van invloed is op de geestelijke gezondheid van mensen (ook al vermindert een hogere sociaaleconomische status in termen van inkomen en opleiding gedeeltelijk de kans op het hebben van symptomen van angststoornissen).

6 <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>

7 Hier gebruiken we de migrantenstatus als een proxy voor rassendiscriminatie om na te gaan of dit leidt tot ongelijkheden op het vlak van de geestelijke gezondheid. Deze benadering blijft beperkt in die zin dat mensen die het slachtoffer zijn van rassendiscriminatie ondanks het feit dat hun ouders in België geboren zijn, buiten beschouwing worden gelaten. Daarom vinden wij het legitiem om de cijfers van de enquête als een onderschatting te beschouwen in het kader van de problematiek van mensen met een raciale achtergrond (en niet alleen migranten). Bovendien mogen migranten zoals hier gedefinieerd niet worden verward met buitenlandse bevolkingsgroepen, waarvan de statistieken te vinden zijn in de Statbel-gegevens, waar het gaat om bevolkingsgroepen die een andere nationaliteit hebben of hadden dan de Belgische.

8 Voor de westerse landen werden de volgende categorieën vastgesteld: de buurlanden van België, West-Europa, Noord-Europa, Zuid-Europa, Noord-Amerika, Australië en Oceanië. Onder de niet-westerse landen hebben de onderzoekers Oost-Europa, Turkije, Marokko, andere Afrikaanse landen, andere Aziatische landen, andere Europese landen (bv. Albanië en Servië), Midden-Amerika en Zuid-Amerika ingedeeld.

Figuur 4: Percentage van mensen in de steekproef dat risico loopt op een angststoornis (bron: Van Roy, De Maesschalck, Vyncke, Piccardi, & Willems, 2018)



De resultaten van de studie van de Universiteit Gent bevestigen ander Europees onderzoek en ook studies die enkele jaren geleden in België werden uitgevoerd (Fossion, et al., 2004). Onderzoek gepubliceerd in 2007 en 2009 toonde onder meer het bestaan aan van meer depressies en angststoornissen bij migranten in België die afkomstig waren uit Turkije en Marokko, zowel van eerste als tweede generatie, in vergelijking met niet-migrant (Levecque, Lodewuckx, Bracke 2009). Volgens de analyse van de auteurs is dit te wijten aan het feit dat er onder de onderzochte bevolkingsgroepen als gevolg van discriminatie en racisme meer mensen zijn die arm of werkloos zijn of stressvol werk hebben of werk dat schadelijk kan zijn voor de gezondheid.

3.3. Discriminatie op grond van geslacht

Ongelijkheden tussen mannen en vrouwen manifesteren zich ook voornamelijk via economische ongelijkheden. In België blijven de economische verschillen tussen mannen en vrouwen schrijnend. In 2018 bedroeg de jaarlijkse loonkloof tussen mannen en vrouwen meer dan 20%: om loongelijkheid te bereiken, zouden de lonen van vrouwen met 25,4% moeten stijgen (Ghesquière, 2021). Deze ongelijkheden zijn te verklaren door het feit dat vrouwen vaker deeltijds werken dan mannen, oververtegenwoordigd zijn in

laagbetaalde sectoren, minder toegang hebben tot leidinggevende functies, maar ook door het feit dat voor hetzelfde beroep, dezelfde sector, dezelfde leeftijd, hetzelfde diploma, enz. vrouwen systematisch minder worden betaald dan mannen.

De geestelijke gezondheid van vrouwen wordt echter ook beïnvloed door factoren die niet van economische aard zijn (of er althans niet rechtstreeks verband mee houden). Zo is er nog steeds sprake van ongelijkheid tussen mannen en vrouwen in de samenleving in de vorm van huishoudelijke taken voor vrouwen, die een bron van uitputting en stress kunnen worden en zo een risicofactor voor psychische aandoeningen.

Volgens de studie van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen “verrichten mannen gemiddeld meer betaald werk en hebben zij meer vrije tijd, terwijl vrouwen meer huishoudelijke taken op zich nemen” (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2020). Meer bepaald besteedt een vrouw in 2013 “tijdens de week 1 uur en 20 minuten meer aan huishoudelijke taken dan een man” en “tijdens het weekend hebben mannen gemiddeld meer dan een uur meer vrije tijd dan vrouwen, en 44 minuten op weekdagen” (Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2020). Het gevolg van deze ongelijke verdeling van de huishoudelijke taken is dat vrouwen als enige ver-

antwoordelijk zijn voor de organisatie van het dagelijkse gezinsleven. Moeders hebben dus twee keer meer last van ouderlijke uitputting dan vaders (UCLouvain & MC, 2019).

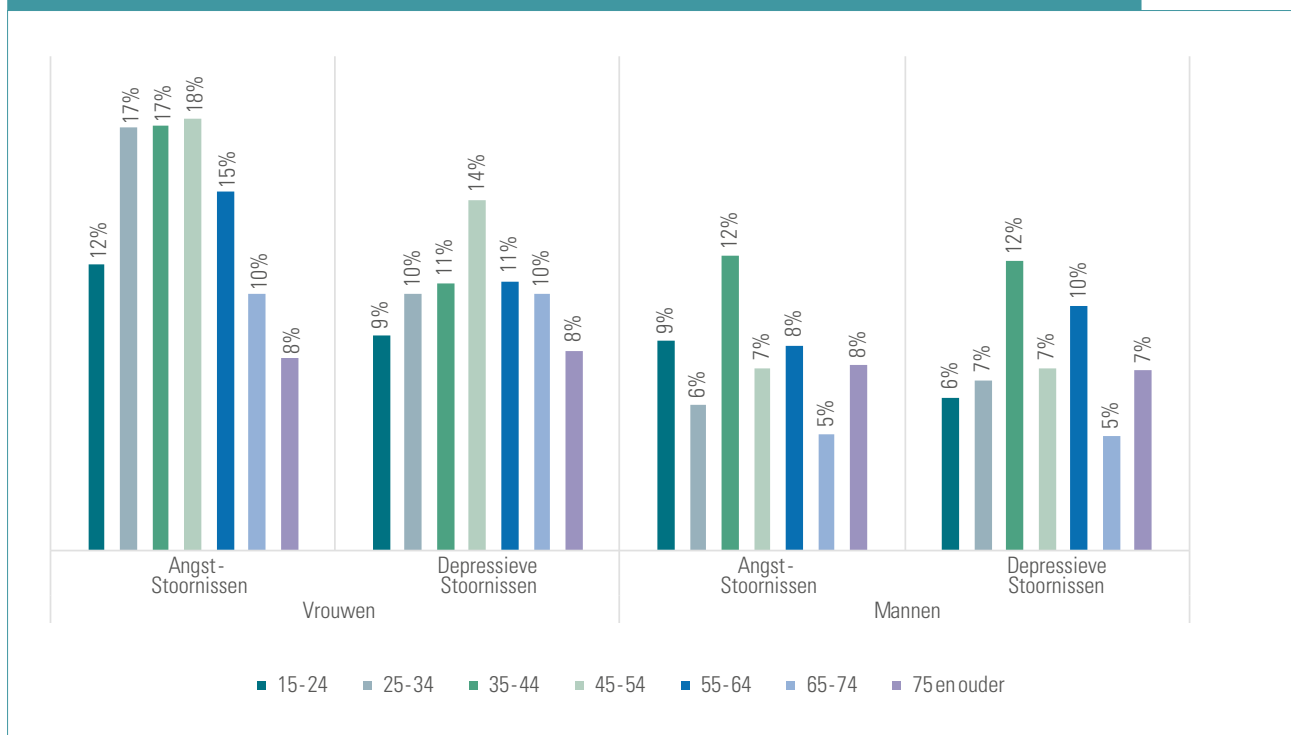
Bovendien, volgens gegevens van de Gezondheidsenquête uitgevoerd door Sciensano, in 2018 in verband met depressieve klachten “hadden vrouwen een hogere prevalentie (14,2% voor angst en 10,7% voor depressie) dan mannen (7,9% voor angst en 8% voor depressie)” (zie Figuur 5).

Een ander voorbeeld van gendergebonden blootstelling aan het risico van psychische aandoeningen is perinatale depressie. Perinatale depressie, waarmee lichte en zware depressieve episodens tijdens de zwangerschap of in de twaalf maanden na de bevalling worden bedoeld, kan verwoestende gevolgen hebben voor de moeder, haar kind en het gezin in het algemeen: “Perinatale depressie wordt in verband gebracht met minder kwaliteitsvolle interacties tussen moeders en hun kinderen, gemiste pediatrie afspraken en een verhoogd gebruik van spoeddiensten, ho-

gere niveaus van psychiatrische stoornissen bij kinderen, en grotere onzekerheid in de hechtingsrelaties van kinderen” (Gavin, et al., 2005). Uit een systematisch overzicht van studies in welvarende landen blijkt een plotse prevalentie van depressie van 12,9% in de derde maand na de bevalling (Gavin, et al., 2005). Daarbij moet nog worden vermeld dat in deze periode ook het risico toeneemt op andere soorten niet-psychotische stoornissen, zoals angststoornissen, posttraumatische stressstoornis en eetstoornissen (Howard, et al., 2014).

We kunnen dus besluiten dat geestelijke gezondheid wel degelijk een gendergebonden domein is, voor zover we het begrip gender verstaan als “een hiërarchisch systeem van binaire categorisering tussen de geslachten (mannen/vrouwen) en tussen de waarden en voorstellingen die er mee verbonden zijn (mannelijk/vrouwelijk)” (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020, p. 10): afhankelijk van hun geslacht en dus van hun positie in de genderhiërarchie, worden mensen niet op dezelfde manier blootgesteld aan psychische aandoeningen.

Figuur 5: Prevalentie van angst- en depressieve stoornissen naar leeftijd en geslacht (gegevens Sciensano, 2018)



4. Actoren op het gebied van preventie en bevordering van de geestelijke gezondheid

4.1. Institutionele benadering

4.1.1. Gezondheidszorg en gezondheidsbevordering

Als we deze drie groepen (arme mensen, geracialiseerde mensen en mensen die gediscrimineerd worden op grond van hun geslacht en/of leeftijd) willen aanwijzen als degenen die een bijzonder risico lopen op psychische aandoeningen, dan willen we niet suggereren dat de oplossing van het probleem bij henzelf ligt, in hun individuele capaciteiten om met stress om te gaan bijvoorbeeld, maar wel in de levensomstandigheden die van hen gedomineerde of gediscrimineerde groepen maken. Wat kan er worden gedaan en welke actoren ondernemen concrete acties op dit gebied?

De preventie van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid, beschouwd in de ruimste zin van het woord, vormen momenteel de focus van vele diensten in België. Het gaat hier in de eerste plaats om de gezondheidszorg en in het bijzonder om preventie en gezondheidsbevordering. Institutioneel is het een zeer complexe organisatie, met bevoegdheden die verdeeld zijn over de drie bestuursniveaus (federaal, gewestelijk, gemeenschapsniveau).

Op regionaal niveau bijvoorbeeld is de preventie van psychische stoornissen uitdrukkelijk opgenomen in de regionale gezondheidsplannen. In Vlaanderen ligt de nadruk op zelfdodingspreventie (met versterking van de bestaande methodieken door digitale hulpmiddelen en een betere verwerking van statistische gegevens), schoolondersteuning (zowel voor leerlingen als leerkrachten, gebaseerd op wetenschappelijk verantwoorde methoden) en speciale aandacht voor de sociaal kwetsbare bevolking (Vlaams Parlement, 2021). In het Brusselse Gewest vermeldt het nieuwe geïntegreerde Sociaal-Gezondheidsplan als één van zijn doelstellingen de strijd tegen de stigmatisering van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, in het bijzonder door het aantal “lieux des liens” te verhogen en door “niet-directieve en niet-prescriptieve” initiatieven in

de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen (Cocom, in druk). In Wallonië vormt de bevordering van een goede geestelijke gezondheid en van het algemeen welzijn een van de strategische assen van het plan voor preventie en gezondheidsbevordering: naast de bevordering van zelfvertrouwen en vaardigheden in het dagelijks leven, gaat het om de preventie van het verslavend gebruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen, en om zelfdodingspreventie (Waalse regering, 2017).

Op federaal niveau ligt de nadruk op het beheer van de begroting voor de gezondheidszorg. Tot 2022 werd de begroting voor gezondheidszorg in feite uitsluitend door de gezondheidssectoren (ziekenhuizen, geneesmiddelen, enz.) opgebouwd, wat het moeilijk maakte om transversale gebieden zoals de preventie van psychische aandoeningen naar voren te schuiven. Met de nieuwe werkmethode inzake het begrotingstraject voor de gezondheidszorg, gebaseerd op de formulering van gezondheidsdoelstellingen, zou preventie in de geestelijke gezondheidszorg eindelijk haar plaats kunnen vinden in het beleid inzake volksgezondheid: zo zouden in 2022 verscheidene projecten in secundaire en tertiaire preventie, waaronder één in de psychiatrische zorg, gefinancierd moeten worden (zie Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

Echter, zowel binnen de gezondheidszorg als de gezondheidsbevordering, neemt de geestelijke gezondheid een ondergeschikte plaats in. Dit komt tot uiting in het niveau van financiering. Op het vlak van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld, zegt de werkgroep “De perverse effecten van de financieringsmechanismen” van de “Staten-Generaal geestelijke gezondheidszorg” dat slechts 6% van de uitgaven in de gezondheidszorg bestemd is voor geestelijke gezondheid⁹. Voor het domein van de preventie is dit cijfer niet beschikbaar, maar het is waarschijnlijk nog kleiner in termen van absolute uitgaven, aangezien alle uitgaven voor preventie en gezondheidsbevordering in België nauwelijks meer bedragen dan 2% van alle uitgaven voor gezondheidszorg (Sholokhova, 2021).

4.1.2. (Geestelijke) gezondheid op alle beleidsterreinen

De preventie van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid beperken zich echter niet tot deze twee domeinen, aangezien zij ook in andere sectoren worden gerealiseerd en gefinancierd, zoals in de

9 <https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/03/WGFinanciering.pdf>

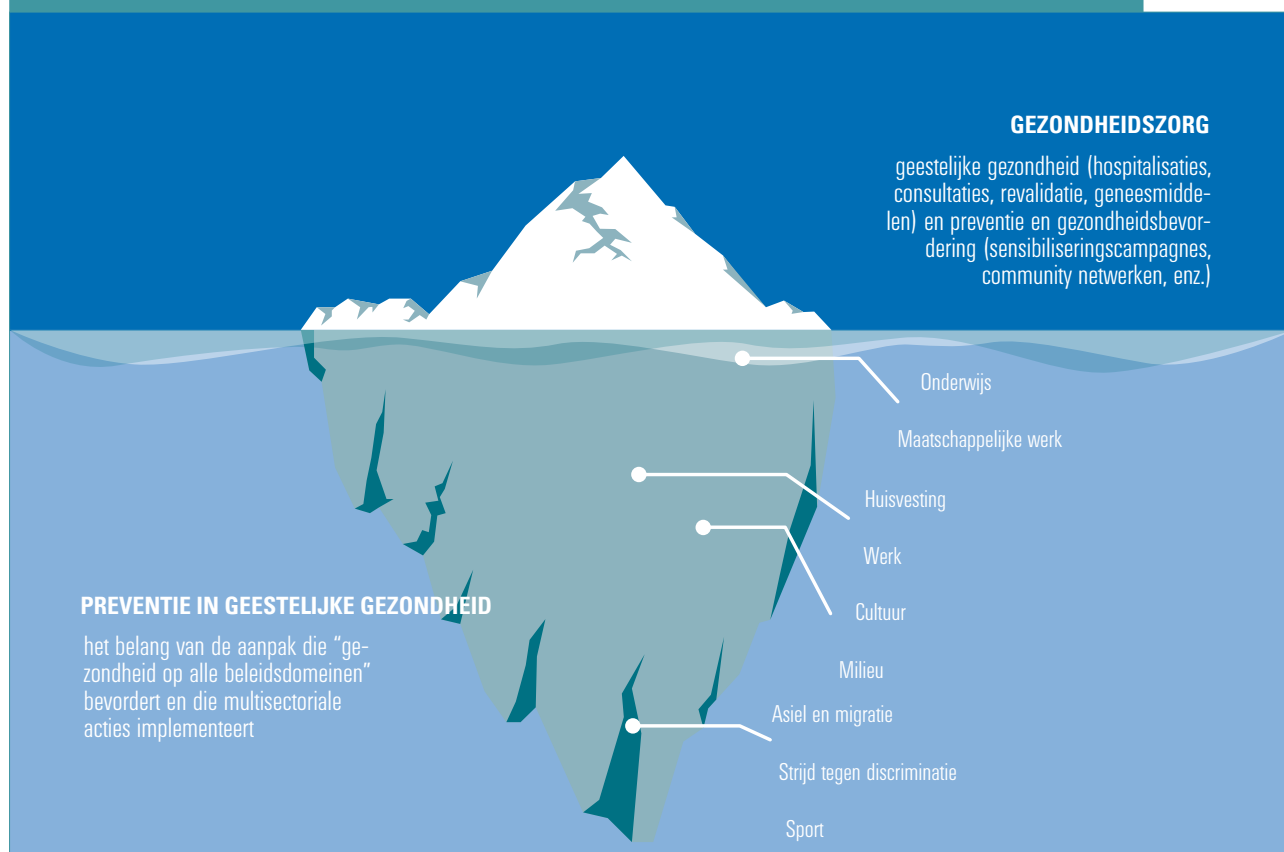
sociale en culturele sector, maar ook in het onderwijs, het bedrijfsleven, de huisvesting, enz. Hierbij denken wij bijvoorbeeld aan het werk van CLB in scholen om geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en adolescenten aan te pakken en hun gezonde psychologische ontwikkeling te bevorderen (hier spelen de gemeenschapsinstanties een belangrijke rol), of het werk van diensten maatschappelijk werk om de rechten van mensen te handhaven en/of te openen, of de preventiedienst in bedrijven. Kortom, veel sectoren dragen min of meer rechtstreeks bij: maatschappelijk werk, leefmilieu, huisvesting, cultuur, sport, asiel en migratie, de strijd tegen geweld en discriminatie. Vandaar het belang van een aanpak die 'gezondheid in alle beleidsgebieden' (health in all policies) bevordert en multisectorale acties ten uitvoer legt (zie Figuur 6).

De medische sector, en in het bijzonder de psychiatrische zorg, lijkt echter een dominante plaats in te nemen als het gaat om de preventie van psychische stoornissen. Enerzijds komt deze optische illusie voort uit de algemene tendens om gezondheid te associëren met de sector gezond-

heidszorg. Het gebruik van gezondheidszorg, met name in de vorm van ziekenhuisopname en het voorschrijven van geneesmiddelen, wijst echter eerder op het falen van de preventie (in de eerste plaats de primaire preventie, maar mogelijk ook de secundaire of tertiaire preventie in geval van een terugval).

Anderzijds, zoals we hebben gezien in onze studie over de preventie in België, wordt preventie ook op federaal niveau hoofdzakelijk vanuit een biomedisch perspectief bekeken (Sholokhova, 2021). Dit betekent dat de bijdrage van andere sectoren, en met name de schoolsector, aan de preventie van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid, in de schaduw blijft staan. Dit wordt bemoeilijkt door het feit dat sommige preventieactiviteiten, zoals de activiteiten in verband met het proces van sociale integratie (tertiaire preventie), zijn geregionaliseerd: zo krijgt men binnen psychiatrische ziekenhuizen die door de federale overheid worden gefinancierd en beheerd, diensten die werken namens de gewesten of de gemeenschappen.

Figuur 6: Verschillende sectoren die betrokken zijn bij de preventie van geestelijke gezondheid



4.2. Aanpak per soort actie

Om een beter inzicht te krijgen in het domein van de preventie op het vlak van de geestelijke gezondheid, kunnen wij ook rekening houden met het soort acties dat wordt uitgevoerd en meer bepaald met de doelgroep waarop de acties zijn gericht. Vanuit deze zienswijze kunnen we in de eerste plaats diensten en organisaties identificeren die een **'universele' aanpak** hanteren, dit wil zeggen die zich niet op een specifieke doelgroep richten en waarvan de methodologieën worden geacht open te staan voor elk soort publiek. Dit is gewoonlijk de aanpak van de overheidsdiensten (op federaal, gewestelijk en gemeenschapsvlak).

Merk op dat universele acties over het algemeen gebaseerd zijn op behavioristische benaderingen die de bevolking beschouwen als een verzameling autonome en rationele individuen die in hun massa op voorspelbare wijze handelen als reactie op bepaalde interventies. Rationaliteit als criterium voor handelen leidt tot het idee dat slecht gedrag synoniem is met onwetendheid, en dat een geïnformeerd publiek van nature geneigd zal zijn tot het beste gedrag. Deze benadering gaat echter voorbij aan het feit dat "wanneer mensen gedrag vertonen dat niet goed is voor hun gezondheid, dit meestal niet is omdat ze zich niet bewust zijn van het risico, maar eerder omdat de beperkingen van hun leven en de disposities die ze in de loop van hun leven hebben opgebouwd, hen ervan weerhouden hun gedrag te veranderen" (Baum & Fisher, 2014, p. 216).

De behavioristische benaderingen zijn vandaag de dag nog steeds dominant. De redenen hiervoor zijn zowel historisch (preventie en gezondheidsbevordering hebben hun wortels in de strijd tegen besmettelijke ziekten), ideologisch (de neoliberale visie op de samenleving waarin individuele keuzes op economisch gebied en maatschappelijke verhoudingen in het algemeen door elkaar worden gehaald) als praktisch (de uitvoering ervan lijkt altijd gemakkelijker en sneller te gaan). Voeg daar nog aan toe de lobby van de grote industrieën waarvan het bestaan nooit wordt bedreigd als het doel is de consumptieobjecten te veranderen in plaats van het principe zelf in vraag te stellen van het systeem dat gebaseerd is op exponentiële productie (Baum & Fisher, 2014). Bovendien leidt het niet in aanmerking nemen van de context van het leven van personen en de weigering om zich te focussen op de ervaringen van minderheidsgroepen, tot universele praktijken die uiteindelijk de neiging hebben om vooral de nadruk te leggen op de behoeften van dominante en bevoorrechte groepen (Heard, Fitzgerald, Wigginton, & Mutch, 2020).

Voorts kunnen we diensten en organisaties identificeren die werken met specifieke doelgroepen die risico lopen op psychische aandoeningen. Het gaat hier dus om **gerichte acties**. Deze diensten en organisaties bieden een multidisciplinaire aanpak en beschikken vaak over hybride en niet-structurele financiering. Zij proberen complexe en uiteenlopende ervaringen van ongelijkheid en slechte gezondheid te begrijpen en daarop te reageren door rekening te houden met hun structurele context. Volgens het type sociale ongelijkheid waarop we ons richten kunnen we hier bijvoorbeeld een onderscheid maken tussen:

- diensten voor mensen in financiële moeilijkheden (materiële of financiële steun, gratis diensten, enz.);
- diensten voor mensen die worden gediscrimineerd op grond van hun geslacht (en die een antwoord beogen te geven op problemen die specifiek zijn voor vrouwen: geweld, misbruik, oververmoeidheid van moeders, menstruele onzekerheid, enz.)) en aan mensen die worden gediscrimineerd op grond van hun seksuele geaardheid;
- diensten voor geracialiseerde personen (belangenbehartiging en strijd tegen discriminatie enz.).

Hoewel gerichte acties de verdienste hebben dat zij gericht zijn op het publiek met grote behoeften, kan het succes van deze acties op veel obstakels stuiten, waaronder de uitsluiting van sommige mensen die ze net nodig zouden hebben of, het tegenovergestelde, de insluiting van mensen die eigenlijk niet aan de selectiecriteria van een programma voldoen (Francis-Oliviero, Cambon, Wittwer, Marmot, & Alla, 2020). Bovendien worden "diensten voor armen vaak 'arme diensten' en worden ze gemakkelijk tot getto gereduceerd of helemaal stopgezet omdat ze geen steun krijgen van de bredere bevolking" (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014). Daarom verdient het de voorkeur te steunen op methodologieën die gebaseerd zijn op het beginsel van het proportioneel universalisme, waarbij acties worden afgestemd op de behoeften van het individu.

Het blijft echter moeilijk om op dit beginsel gebaseerde acties op het gebied van de preventie van geestelijke gezondheid te identificeren, ook al is het beginsel zelf terug te vinden in de regionale plannen of in de intentieverklaringen van de terreinactoren. Het voordeel van het uitvoeren van acties op basis van het beginsel van proportioneel universalisme bestaat echter ook in de mogelijkheid om niet alleen op individueel niveau op te treden door de gezondheid van de mensen te verbeteren of hun kansen op een optimale gezondheid te vergroten, maar ook op een meer globaal niveau door de risico's van mensen om tot de kansarme groepen te behoren, te verkleinen. In afwachting is het echter duidelijk dat gerichte acties doeltreffend zijn en daarom verder moeten worden ondersteund (Welsh, et al., 2015).

4.3. Vervaging van de grenzen van de welzijns- en gezondheidssector

De veelheid van deze actoren kan inspirerend zijn - de preventie van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid zijn de opdrachten van verschillende sectoren, zijn de drijvende kracht voor de activiteit van verschillende soorten organisaties en mobiliseren een groot aantal werknemers. Maar het doet tegelijkertijd veel vragen rijzen, in het bijzonder over de duurzaamheid van deze inspanningen en de effectieve middelen die de verschillende actoren ter beschikking staan. Bovendien kunnen vraagtekens worden geplaatst bij de samenhang, of zelfs de verenigbaarheid, van de verschillende acties.

Het is ook belangrijk te bedenken dat deze veelheid van aanspreekpunten ook een gevolg is van de wijze waarop de vraag naar gezondheidszorg functioneert, en met name van het feit dat zij soms onuitgesproken blijft, dat de behoeften zelf soms niet worden onderkend. Zo komt "psychiatrisch lijden soms terecht bij de sociale dienst". Dit is een van de voorbeelden waar de grens tussen sociale zorg en gezondheidszorg vanuit institutioneel oogpunt vervaagt en waar "om te reageren op dit lijden, we klinische praktijken zien ontstaan in de sociale 'tussenruimten': psychologen doen 'sociaal' werk en maatschappelijk werkers bieden een 'luisterend oor' voor jongeren in moeilijkheden, in cités, voor langdurig werklozen, voor migranten zonder papieren, voor daklozen" (Jacques, 2004, p. 21).

Wij moeten erkennen dat dit verschijnsel problematisch is, maar het heeft ook de verdienste dat het ons uitnodigt de aandacht te vestigen op de structurele aard van de problemen op het vlak van de geestelijke gezondheid in onze samenleving. Volgens Goethals mag dit tweede aspect niet worden onderschat, want "het beroep op een psycholoog depolitiseert het sociale beleid: de individualisering via het luisterend oor dat de raadpleging van een psycholoog of psychiater biedt, wist de structurele ongelijkheden van onze samenleving uit" (Goethals, 2020).

5. Conclusie

Een brede kijk op gezondheid betekent ook dat de zorg voor de mens niet beperkt blijft tot het systeem van de gezondheidszorg. Voor het domein van de geestelijke gezondheid betekent dit dat preventie niet alleen een zaak kan zijn van specialisten of van de medische eerstelijns-

zorg in het algemeen. Preventie is in de eerste plaats een zaak voor de sociale sector - de kinderopvang, school, sport, jeugdwerk, opvoedingsondersteuning, werk, enz.

Hoe kunnen de preventie van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid worden verbeterd? Volgens internationale gegevens en ervaring vormt een sectoroverschrijdend gezondheidsbeleid (waardoor synergieën tussen verschillende overheidsniveaus tot stand worden gebracht) en transdisciplinair gezondheidsbeleid (waardoor zowel beroepsbeoefenaren uit verschillende sectoren als patiënten en hun mantelzorgers worden samengebracht) de sleutel tot de aanpak van dit probleem. Bovendien moet dit beleid worden geleid door het beginsel van proportioneel universalisme: de omvang en de intensiteit van de acties moeten proportioneel zijn met het niveau van sociale achterstelling van de doelgroep. De geestelijke gezondheid van de bevolking kan immers alleen worden verbeterd door de ongelijkheden op het gebied van de gezondheid te verminderen, dit wil zeggen door meer steun en middelen te verlenen aan degenen die daaraan het meest behoefte hebben: arme mensen, geracialiseerde mensen en vrouwen.

In België zijn verschillende stappen in die richting gezet, zoals de nieuwe werkmethode voor het budget van de gezondheidszorg en het nieuwe akkoord over psychologische zorg, dat voorziet in betere terugbetalingen voor psychologische eerstelijnszorg. Dit kader moet echter worden verruimd, zodat geestelijke gezondheid niet vereenzelvigd blijft met geestelijke gezondheidszorg. De huidige moeilijke economische context vereist een heroverweging van de middelen die worden aangewend om de toename van de sociaaleconomische ongelijkheid tegen te gaan, in de eerste plaats door de verarming van de bevolking tegen te gaan. Initiatieven op basis van het beginsel "gezondheid in alle beleidssectoren" moeten een echte plaats krijgen in sectoren zoals huisvesting, werkgelegenheid, onderwijs, milieu, enz. Intussen moet een betere financiering van gewestelijke en gemeenschapsinitiatieven prioriteit krijgen om maatregelen te ontwikkelen voor die groepen die het grootste risico lopen op geestelijke gezondheidsproblemen en psychische aandoeningen, en om zo de ongelijkheden op het gebied van gezondheid te verminderen.

Bibliografie

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Apostel, A., & O'Neill, D. (2022). A one-off wealth tax for Belgium: Revenu potential, distributional impact, and environmental effects. *Ecological Economics*, 196.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap.
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles: De Boeck.
- Centre d'analyse stratégique. (2014). *La santé mentale, affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: La documentation française.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Compton, M. (2010). *Clinical Manual of Prevention in Mental Health*. Washington, London: American Psychiatric Publishing.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- D'Arcy, C., & Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 294-301.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.-C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender. *European Psychiatry*(19), 338-343.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Pan American Journal of Public Health*, 44, e110.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Ghesquière, F. (2021). Écart salarial entre femmes et hommes, déconstruire les indicateurs. *Observatoire belge des inégalités*.
- Goethals, M. (2020). *Précarité économique et santé mentale*. Bruxelles: Centre Permanent pour la Citoyenneté et Participation.
- Gouvernement Wallon. (2017). *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 2: Référentiel pour l'action*.
- Hairston, D., Gibbs, T., Wong, S., & Jordan, A. (2020). Clinician Bias in Diagnosis and Treatment. In M. Medlock, D. Shtasel, N.-H. Trinh, & D. Williams, *Racism and psychiatry* (pp. 105-137). Springer Nature.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35, 866-876.
- Howard, L., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-1788.
- Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. (2020). *Vrouwen en mannen in België. Genderstatistieken en-indicatoren. Derde editie*.
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 2(8), 21-29.
- Jamouille, M., & La Valle, R. (2019). Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine. In C. Boelen, M. Cauli, & J. Ladner, *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre: Presses Universitaires Rouen Le Havre.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. In E. Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 6-17.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M., Goldblatt, P., Allen, J., & et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review.
- Organisation mondiale de la Santé. (1948). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *La santé mentale: renforcer notre action : aide-mémoire n°220*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). La santé mentale devrait être un droit humain pour tous. Opgeroepen op mars 2021, van <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2021/mental-health-should-be-a-human-right-for-all>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

- Perrotin, D., & Pascariello, P. (2022, 05 31). « Putain, parlez dans le téléphone ! « : le Samu mis en cause après le décès d'une Martiniquaise. *Mediapart*.
- Sholokhova, S. (2021). Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*, 283, 42-57.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. *CM-Informatie*, 286, 23-45.
- Shonkoff, J., Boyce, W., & McEwen, B. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. *JAMA*, 301(21), 2252-2259.
- Smedley, B., Stith, A., & Nelson A. R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press.
- UCLouvain, & MC. (2019). *Parents à la dérive : Des solutions pour sortir du Burnout parental*. Dossier de Presse. Opgehaald van https://www.mc.be/media/dossier-presse-BOP_tcm49-56326.pdf
- Van Aerden, K., Gadeyne, S., & Vanroelen, C. (2017). Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Archives of Public Health*, 75.
- Van Damme, R., Van Parys, A.-S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2020). A mental health care protocol for the screening, detection and treatment of perinatal anxiety and depressive disorders in Flanders. *Journal of Psychosomatic Research*, 128.
- Van Roy, K., De Maesschalck, S., Vyncke, V., Piccardi, C., & Willems, S. (2018). *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*. Gent: Universiteit Gent.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 4-55.
- Vandiver, V. (2008). *Integrating Health Promotion and Mental Health: An Introduction to Policies, Principles, and Practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Vlaams Parlement. (2021). *Beleids- en begrotingstoelichting Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. Begroting 2022*.
- Welsh, J., Strazdins, L., Ford, L., Friel, S., O'Rourke, K., Carbone, S., & Carlon, L. (2015). Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promotion International*, 30(S2), ii36–ii76.
- Willaert, A., & Moriau, J. (2018). *Rapport intersectoriel 2018: Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018: Analyse et recommandations*. Bruxelles: Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique.
- Williams, D. (1999). Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173–188.
- Williams, D. (2018). Stress and the Mental Health of Populations of Color: Advancing Our Understanding of Race-related Stressors. *Journal of health and social behavior*, 59(4), 466-485.
- Williams, D., & Mohammed, S. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.



Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België?

Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden

Clara Noirhomme — Studiedienst

Met dank aan Jesse Berwouts, Élise Derroitte en Svetlana Sholokhova

Samenvatting

Vanuit de vaststelling dat er een grotere behoefte is aan geestelijke gezondheidszorg bij bepaalde groepen – vrouwen, beroepsactieve, arme en geracialiseerde personen – heeft deze studie een tweeledig doel: enerzijds nagaan in hoeverre gebruik wordt gemaakt van ambulante geestelijke gezondheidszorg (consultaties bij psychiaters en psychologen) en anderzijds de belemmeringen in kaart brengen voor de toegang tot deze zorg. Hiervoor worden verschillende soorten gegevens gebruikt: de gegevens uit de gezondheidsenquête van Sciensa-no (2018), de gegevens uit de CM-enquête over de prevalentie van psychologische problemen en het zoeken van hulp (2019), de gegevens over het zorggebruik door CM-leden (2021) en de lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de commissie van psychologen (2022). Uit de analyse van deze gegevens blijkt dat het feit dat deze groepen niet de zorg gebruiken die zij nodig hebben, te wijten is aan de drempels/hindernissen die zij ondervinden in de vier dimensies van toegankelijkheid: het onvermogen om de eigen behoeften op het vlak van geestelijke gezondheid te identificeren (gevoeligheid), de terughoudendheid om een beroep te doen op de bestaande diensten (aanvaardbaarheid), het onvermogen om de diensten te betalen (financiële toegankelijkheid) en het onvermogen om de diensten of patiënten te bereiken (beschikbaarheid). Zo staan vrouwen minder sceptisch tegenover professionele hulp dan mannen, maar zij melden hun problemen dan weer weinig en geven aan zich zorgen te maken over de kosten van de zorg en de beschikbare tijd. Mensen met financiële moeilijkheden daarentegen voelen zich vaker beschaamd over het feit dat ze een beroep (moeten) doen op professionele hulp en geven het vaakst aan dat zij zich zorgen maken over de kosten van de zorg, en terecht, aangezien zorg die niet door de verplichte verzekering wordt terugbetaald voor hen financieel grotendeels ontoegankelijk blijft. Zij maken dus in mindere mate gebruik van psychologische zorg. Bovendien is het aanbod van zorgverleners ongelijk verdeeld over het land. Al deze moeilijkheden leiden tot aanbevelingen die

voortvloeiën uit de resultaten van onze studie en die het belang benadrukken om proportioneel universalisme toe te passen opdat in alle groepen vergelijkbare resultaten kunnen worden bereikt.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, toegankelijkheid van gezondheidszorg, zorggebruik, gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid, beschikbaarheid, risicofactoren, geslacht, sociale ongelijkheden

1. Inleiding

Uit de enquête van het Belgische gezondheidsinstituut Sciensano blijkt dat in 2018, 33% van de Belgen psychische moeilijkheden heeft die wijzen op onwelbevinden, met als belangrijkste moeilijkheden: zich voortdurend gespannen en gestrest voelen (29%), te weinig slapen door zorgen (23%), en zich ongelukkig en depressief voelen (20%) (Gisèle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

België behoort tot de landen waar de levenstevredenheid van de inwoners hoog is: met een score van 7,4 op een schaal tot 10 ligt het boven het Europese gemiddelde (Gisèle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Achter dit gemiddelde gaan echter ook ongelijkheden schuil. Hoewel deze enquête geen resultaten geeft volgens nationaliteit, toont zij wel sterke verschillen tussen mannen en vrouwen, volgens leeftijdsgroep, inkomensniveau en regio. Zo merken we een lagere levenstevredenheid en een grotere neiging tot psychologische moeilijkheden (wat wijst op onwelbevinden of een waarschijnlijke mentale pathologie) bij vrouwen, bij de beroepsbevolking (24-54 jaar), bij mensen met een laag inkomen, Walen en Brusselaars. Het risico om psychologische moeilijkheden te vertonen die wijzen op onwelbevinden is 1,4 keer hoger voor vrouwen dan voor mannen, 1,7 keer hoger voor mensen in de laagste inkomenscategorie dan voor mensen met het hoogste inkomen en 1,3 keer hoger voor Brusselaars dan voor Vlamingen. Het risico om psychologische moeilijkheden te vertonen die wijzen op een waarschijnlijke psychische pathologie is nog hoger voor deze bevolkingsgroepen met een risico dat 1,5 keer hoger ligt voor vrouwen, 2 keer hoger voor personen in de laagste inkomenscategorie vergeleken met personen in de hoogste inkomenscategorie en 1,4 keer hoger voor mensen uit Brussel en Wallonië vergeleken met de Vlamingen.

Wanneer we deze risicofactoren (geslacht, leeftijd en regio) kruisen, blijkt het percentage respondenten met psychologische moeilijkheden in bepaalde subgroepen nog hoger te liggen. Zo heeft 57% van de Brusselse vrouwen tussen 25 en 34 jaar moeilijkheden die met onwelbevinden kunnen worden gelijkgesteld, tegenover 39% van de mannen in dezelfde leeftijdsgroep. De genderkloof is nog groter in Wallonië, waar 29% van de mannen in deze leeftijdsgroep moeilijkheden vertoont die wijzen op onwelbevinden, tegenover 53% van de vrouwen, wat neerkomt op een kloof van 24 procentpunten.

De vraag die rijst is welke steun wordt geboden aan mensen met psychologische problemen en in het bijzonder aan de groepen die een groter risico lopen om aan psychologische problemen te lijden, dat wil zeggen vrouwen, arme personen en geracialiseerde personen (zie ook het artikel van Sholokhova in dit nummer). Deze groepen hebben grotere gezondheidsbehoeften, maar is hun toegang tot psychologische opvolging in overeenstemming met deze behoeften? En meer algemeen, is psychologische opvolging toegankelijk in België?

Om deze vragen te beantwoorden, hebben wij een studie uitgevoerd met een dubbele doelstelling. Een eerste doelstelling is een overzicht te geven van het gebruik van ambulante psychologische en psychiatrische zorg in België. Wat ons hier vooral interesseert, is de invloed van de sociale ongelijkheden op het gebruik en het zoeken van de zorg. Om kwetsbare groepen te identificeren, wilden wij ons echter niet beperken tot de economische en financiële benadering van ongelijkheid, maar hebben wij ook andere risicofactoren voor geestelijke gezondheidsproblemen in de analyse opgenomen - waaronder geslacht, leeftijd, woonplaats en nationaliteit. De tweede doelstelling van onze studie is de hindernissen voor de toegang tot dergelijke zorg in kaart te brengen. Het doel is hier de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op een brede manier te beoordelen – dus niet beperkt tot de betaalbaarheid ervan - door te kijken naar alle dimensies van toegankelijkheid die het niet-gebruiken en de onvervulde behoeften helpen verklaren.

Wij beginnen dit artikel met een uiteenzetting van het theoretisch kader van deze studie, meer bepaald de conceptualisering van toegankelijkheid. Vervolgens beschrijven we de gebruikte methodologie. In het deel over de resultaten geven wij een overzicht van het gebruik van terugbetaalde zorg voor psychologische opvolging, om na te gaan of groepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychologische problemen ook meer toegang hebben tot psychologische opvolging. Vervolgens analyseren wij de hindernissen voor de toegang tot psychologische en psychiatrische zorg. Wij sluiten ons artikel af met een reeks aanbevelingen die voortvloeien uit de resultaten van onze studie.

2. De vier dimensies van toegankelijkheid van gezondheidszorg

In onze studie baseren wij ons op de conceptualisering van het begrip toegankelijkheid van de gezondheidszorg volgens Cès (Cès, 2021). Dit begrip, dat maar al te vaak als vanzelfsprekend wordt beschouwd, omvat vier dimensies: **gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid**. Deze dimensies kunnen worden opgesplitst afhankelijk van vraag en aanbod, en maken het dus mogelijk een groot aantal toegankelijkheidsproblemen aan de orde te stellen, zowel op vlak van het zorgaanbod als voor de gebruikers van de gezondheidsdiensten.

De eerste dimensie van toegankelijkheid die wij zullen behandelen is de **gevoeligheid**. Hieronder wordt verstaan “het vermogen om objectieve behoeften vanuit klinisch oogpunt vast te stellen” (Cès, 2021, p. 8). Wat het aanbod van geestelijke gezondheid betreft, verwijst dit naar de verantwoordelijkheid van de zorgverleners om de behoeften van de patiënten vast te stellen, wat vereist dat eerstelijnszorgverleners bijzonder alert moeten zijn om een vroegtijdige opsporing van geestelijke gezondheidsproblemen mogelijk te maken. Op het niveau van de vraag komt dit overeen met de herkennen van de eigen zorgbehoeften, dit is in staat zijn de aanwezigheid van ernstig psychisch lijden te onderkennen dat de tussenkomst van een zorgverlener vereist. Deze gevoeligheid wordt beïnvloed door een aantal factoren, zoals het sociale netwerk van de patiënt dat hem of haar kan aanmoedigen om hulp te zoeken, maar ook het sociaaleconomisch niveau. Personen die in preciaire omstandigheden leven, worden dagelijks geconfronteerd met moeilijkheden om in hun basisbehoeften te voorzien, wat hun aandacht afleidt van hun gezondheidsproblemen. Op psychologisch vlak is gevoeligheid echter iets ingewikkelds, omdat gebrek aan bewustzijn van iemands geestelijke gezondheidsproblemen deel kan uitmaken van een klinisch beeld.

De **aanvaardbaarheid** komt daarentegen overeen met “het vermogen om zorg te verlenen die voldoet aan de minimale behoefte aan ervaren kwaliteit zodat mensen aanvaarden om gebruik te maken van gezondheidszorg” (Cès, 2021, p. 11). Aan de aanbodzijde gaat het er dus om de kwaliteit van de diensten te garanderen, met name door het vermijden van elke vorm van discriminatie. Aan de vraagzijde is het noodzakelijk dat deze diensten voldoen aan de sociale behoeften zodat patiënten ertoe besluiten zorg te zoeken:

het eerbiedigen van de sociale normen, organisatorische keuzes en communicatiebehoeften van de patiënten (de vertrouwensrelatie is hier bijzonder belangrijk). Op het vlak van de geestelijke gezondheid houdt het aspect aanvaardbaarheid, vooral bij kansarmen, verband met het risico om zorg uit te stellen wanneer zij vrezen dat gezondheidswerkers hen negatief zullen beoordelen (Maes, 2021).

De **beschikbaarheid** betreft enerzijds de kwantitatieve aangelegenheid van de regulering van het aanbod van zorgverleners volgens de behoeften van de bevolking en anderzijds de organisatorische en praktische aspecten van de werking van gezondheidsdiensten (de gemakkelijkerheid). (Cès, 2021). Aan de aanbodzijde van de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat het volume van de ambulante zorg toereikend en materieel toegankelijk moet zijn op een manier die overeenkomt met de behoeften van de bevolking, waarbij elke vorm van discriminatie die de toegang tot de diensten verhindert of belemmert, moet worden vermeden. Vanuit dit oogpunt wordt de beschikbaarheid onder meer beïnvloed door de geografische spreiding op het grondgebied, de openingsuren, de wijze waarop afspraken worden georganiseerd en de wijze waarop de diensten met de patiënten communiceren, met inbegrip van de communicatie om de diensten bekend te maken. Aan de vraagzijde gaat het om het vermogen van de patiënten om de diensten te bereiken en beschikbaar te zijn om erheen te gaan, meer bepaald om tijd vrij te maken, maar ook om over de nodige materiële middelen te kunnen beschikken, zoals vervoersmiddelen. Dit vermogen wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals de economische status, maar ook gezinsverantwoordelijkheden en de steun van familieleden om naar de afspraak te gaan.

Ten slotte verwijst de **betaalbaarheid** naar het feit dat “de eigen bijdragen voldoende beperkt zijn om het gebruik van zorg niet te ontmoedigen en dat het gebruik van gezondheidsdiensten voor de patiënten niet resulteert in financiële moeilijkheden” (Cès, 2021, p. 9-10). Aan de aanbodzijde is het noodzakelijk dat de zorg voldoende gedekt is door een verplichte verzekering, zodat eigen bijdragen de toegang tot de zorg niet ondermijnen. Het bijzondere van ambulante geestelijke gezondheidszorg is dat deze een regelmatige en soms langdurige opvolging vereist; de kosten voor de patiënt kunnen dus bijzonder hoog oplopen. Aan de vraagzijde gaat het om de mogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg, de vervoerskosten en eventuele alternatieve kosten in verband met inkomensverlies (voor de tijd die in de zorg wordt doorgebracht) te dragen. Het inkomensniveau en de ziektekostenverzekering zijn dus bepalende factoren, maar ook het sociale en familiale net-

werk. Daarom lopen alleenstaande en kansarme personen een groter risico op financiële moeilijkheden wanneer zij beroep doen op gezondheidszorg, niet alleen omdat zij over minder financiële draagkracht beschikken, maar ook omdat zij in mindere mate kunnen rekenen op de solidariteit binnen het gezin en mogelijkheden voor financiële steun.

3. Methode

In deze studie werd gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

1. **De gegevens van de Gezondheidsenquête van Sciensano** (2018) die het zorggebruik voor zelfgerapporteerde depressie beoordeelt. In deze enquête werd aan respondenten die aangeven in de afgelopen twaalf maanden aan een depressie te hebben geleden, gevraagd wat er werd gedaan om met dit probleem om te gaan (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).
2. **De gegevens van de CM-enquête over de prevalentie van psychologische problemen en het zoeken van hulp¹** (2019) voor de analyse van enerzijds *het gebruik van psychologische zorg* en anderzijds de toegankelijkheidsproblemen tot de gezondheidszorg vanuit het oogpunt van de *vraag*. In de enquête werd immers aan de respondenten gevraagd of zij professionele hulp hadden of zouden hebben gezocht en de redenen waarom dat niet mogelijk was of zou zijn geweest. Onder de stellingen vinden wij verklarende factoren die betrekking hebben op drie van de vier dimensies van toegankelijkheid: *aanvaardbaarheid*, *betalbaarheid* en *beschikbaarheid*.

Wat de *gevoeligheid* betreft, laten de gegevens van de CM-enquête van 2019 ons toe na te gaan of er sprake is van onder- of overrapportering van psychologische problemen, door de gegevens over de frequentie van de psychologische problemen onder de respondenten (gemeten aan de hand van de CES-D 8-vragenlijst) te vergelijken met de gegevens over zelfgerapporteerde problemen, dit wil

zeggen de gevallen waarin respondenten van mening zijn dat zij psychologische problemen ondervinden.

De CES-D 8-vragenlijst biedt de mogelijkheid een inschatting te maken van de omvang van depressiegerelateerde klachten in de week voorafgaand aan de enquête. Concreet werd aan de respondenten gevraagd hoe vaak zij zich in de afgelopen week op een bepaalde manier voelden of gedroegen, variërend van «nooit of bijna nooit» (score 0) tot «altijd of bijna altijd» (score 3). Vervolgens werd voor elke respondent een totaalscore berekend tussen 0 en 24 waarbij een hogere score wijst op een hogere frequentie en intensiteit van depressieve symptomen.

Depressie wordt beschouwd als een continu verschijnsel, waarbij hogere scores duiden op een hogere frequentie en grotere ernst van de depressieve klachten. Om die reden kiezen sommige auteurs ervoor geen drempelwaarde vast te stellen (Missinne, Vandeviver, Van de Velde, & Bracke, 2014; Van de Velde, Levecque, & Bracke, 2009). Het is echter ook mogelijk de scores te dichotomiseren en 'prevalenties' te gebruiken. Briggs et al. stellen een drempel van 9 voor, vanaf dewelke depressieve symptomen significant zijn (Briggs, Carey, O'Halloran, Kenny, & Kennelly, 2018). Wij kiezen hier voor een drempel van 10 om de waarschijnlijkheid van een psychisch probleem niet te overschatten, aangezien ons doel niet is de prevalentie van depressie te meten, maar te observeren bij welke categorieën van respondenten deze verschijnselen het meest voorkomen.

Om te testen of er sprake is van systematische/significante onderrapportering, hebben we gebruik gemaakt van de McNemar-toets, die 'incongruente' verhoudingen vergelijkt: het aandeel mensen zonder psychologische problemen (CES-D 8 schaal) die problemen melden (overrapportering) en het aandeel mensen met psychologische problemen die geen problemen melden (onderrapportering). Personen met psychologische problemen die deze melden en mensen zonder problemen die geen probleem melden, worden niet in aanmerking genomen bij het testen van de onderrapportering, aangezien zij correct rapporteren.

1 De Christelijke Mutualiteit heeft in mei 2019 een enquête gehouden onder haar leden over hoe zij zelf zouden reageren op iemand met psychologische problemen, om de aanwezigheid en de impact van stigmatisering in de geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020). De analyse van de resultaten was gebaseerd op een steekproef van 5.675 respondenten die aangesloten waren bij een Vlaamse CM-mutualiteit. De steekproef werd herwogen om overeen te stemmen met de referentiepopulatie naar leeftijd, geslacht en inkomen, die overeenkomt met de Vlaamse bevolking. Er zij dus op gewezen dat men voorzichtig moet zijn met het veralgemenen van deze resultaten naar heel België, aangezien de kenmerken van de inwoners van Brussel en Wallonië kunnen verschillen.

3. Gegevens over het zorggebruik waarover CM beschikt (2021). Dit zijn bestaande gegevens over het gebruik van psychologische opvolging: ambulante geestelijke gezondheidszorg verstrekt in de spreekkamer van de psychiater/psycholoog of in collectieve structuren, dit is buiten de ziekenhuisopnames. In dit verband beschikt CM over de gegevens van de verplichte ziekteverzekering (consultaties en sessies van psychotherapeutische behandeling in de spreekkamer van de arts specialist (psychiater of neuropsychiater), met inbegrip van de mogelijkheid om de sessie op afstand te houden (teleconsultatie), en sessies bij de psycholoog in het kader van een traject van eerstelijnspsychologische zorg), en over de gegevens betreffende de prestaties en diensten van de aanvullende verzekering (de terugbetaling voor psychologische hulp).

4. De lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de Psychologencommissie (gegevens 2022). Wij brengen het aanbod van de zorgverstrekkers van ambulante psychologische/psychiatrische hulp in kaart op basis van deze lijsten en vergelijken dit met het zorggebruik in 2021 van de CM-leden ouder dan 18 jaar om de *beschikbaarheid*

van de psychologische zorg aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg te analyseren².

Samengevat: voor de eerste doelstelling van onze studie kijken we naar het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in België met behulp van de gegevens uit de Sciensa-no-enquête van 2018, de CM-enquête gepubliceerd in 2019 en de CM-gegevens 2021 inzake het zorggebruik. Voor onze tweede doelstelling meten we de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België aan de hand van de gegevens van de CM-enquête, de gegevens van het RIZIV en van de Psychologencommissie en de CM-gegevens. Zoals blijkt uit Tabel 1, die een overzicht geeft van de methoden die in onze studie zijn gebruikt om de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg te meten, zijn de gegevens waarover wij beschikken om de toegankelijkheidsproblemen vanuit het oogpunt van het zorgaanbod te analyseren, beperkt. Wij beschikken met name niet over de nodige gegevens om de dimensies gevoeligheid en aanvaardbaarheid van het zorgaanbod te analyseren. We kunnen dus niet meten hoe gezondheidswerkers de behoeften van patiënten vaststellen, noch wat er wordt gedaan om de zorg voor de patiënten aanvaardbaar te maken.

Tabel 1: Methoden gebruikt in de studie om de vier dimensies van toegankelijkheid van ambulante geestelijke gezondheidszorg in België te meten

Dimensies van toegankelijkheid	Aanbod van geestelijke gezondheidszorg	Vraag naar geestelijke gezondheidszorg
Gevoeligheid	/	Analyse van de gegevens uit de CM-enquête van 2019 over de prevalentie en stigmatisering van psychologische problemen
Aanvaardbaarheid	/	
Betaalbaarheid	Analyse van de eigen kosten voor de patiënt voor zorg die wordt terugbetaald door de verplichte en aanvullende verzekering aan de hand van de CM-facturatiegegevens (gegevens 2021)	
Beschikbaarheid	Opstellen van een cartografie die een vergelijking mogelijk maakt tussen het aanbod van zorgverleners die ambulante psychologische/psychiatrische opvolging aanbieden op basis van de lijsten van zorgverleners van het RIZIV en de Psychologencommissie (gegevens 2022) en het gebruik van terugbetaalde zorg in 2021 door CM-leden ouder dan 18 jaar	

² Deze gegevens moeten echter met enige voorzichtigheid worden behandeld, aangezien wij slechts over één adres per dienstverlener beschikken en de woonplaats van de dienstverlener kan verschillen van het adres van de praktijk.

4. Resultaten van de analyse

4.1. Het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg

4.1.1. Het gebruik van psychotherapie bij depressie

Volgens de gegevens van de gezondheidsenquête van Sciensano heeft 81% van de respondenten die verklaren in de afgelopen twaalf maanden een depressie te hebben ge-

had (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020) een gezondheidswerker geraadpleegd, heeft 67% medicatie genomen en heeft slechts 43% psychotherapie gevolgd (zie Tabel 2). Bovendien stellen we vast dat sociaal-demografische kenmerken een invloed hebben op dit zorggebruik. Zo raadplegen de inwoners van het Vlaamse Gewest minder gemakkelijk een gezondheidswerker voor een aan depressie gerelateerd probleem (73%), dan de inwoners van Brussel (81%) en Wallonië (92%). Dezelfde tendens kan worden waargenomen wanneer we kijken naar het nemen van medicatie en het volgen van psychotherapie:

Tabel 2: Percentage van de Belgische bevolking dat verklaart in de afgelopen 12 maanden aan een depressie te hebben geleden en geboden zorg (Bron: Gezondheidsenquête Sciensano 2018 - Geestelijke gezondheid)

		Percentage van de bevolking dat meldt in de laatste 12 maanden aan een depressie te hebben geleden	Van de personen die zeggen aan een depressie te hebben geleden		
			Percentage dat een zorgverstreker heeft geraadpleegd voor deze aandoening	Percentage dat medicatie heeft genomen voor deze aandoening	Percentage dat psychotherapie volgde voor deze aandoening
GESLACHT	Man	6%	81%	67%	40%
	Vrouw	9%	81%	67%	44%
LEEFTIJDSGROEP	15 - 24	3%	83%	43%	63%
	25 - 34	7%	79%	56%	57%
	35 - 44	8%	73%	55%	51%
	45 - 54	9%	89%	77%	59%
	55 - 64	9%	85%	75%	34%
	65 - 74	6%	75%	72%	20%
	75 +	9%	77%	74%	11%
INKOMENS NIVEAU	Kwintiel 1 (laagste inkomensniveau)	15%	84%	73%	39%
	Kwintiel 2	10%	75%	69%	34%
	Kwintiel 3	7%	78%	65%	45%
	Kwintiel 4	7%	81%	63%	50%
	Kwintiel 5 (hoogste inkomensniveau)	4%	86%	62%	51%
REGIO	Vlaams Gewest	7%	73%	62%	36%
	Brussels Gewest	8%	81%	67%	46%
	Waals Gewest	8%	92%	75%	52%
Totale bevolking		7%	81%	67%	43%

respectievelijk 62% en 36% in Vlaanderen, 67% en 46% in Brussel en 75% en 51% in Wallonië. Van de vrouwen volgde 44% psychotherapie, tegenover 40% van de mannen.

Hoewel we niet verder ingaan op de gegevens inzake medicatie en zwaardere behandelingen zoals ziekenhuisopnames, blijkt uit de gegevens van Sciensano dat de verhouding voor de beoogde oplossing (medicatie of therapie) omgekeerd evenredig is met leeftijd en inkomensniveau (zie Tabel 2):

- **Hoe jonger men is en hoe hoger het inkomen, hoe groter de kans dat men psychotherapie volgt:** 63% van de 15-24-jarigen die zeggen het afgelopen jaar een depressie te hebben gehad, heeft psychotherapie gevolgd, tegenover 34% van de 55-64-jarigen en slechts 11% van de 75-plussers. De helft van degenen die tot de hoogste inkomensgroep behoren en die zelf aangaven aan een depressie te hebben geleden, heeft hulp gezocht, tegenover slechts 39% van degenen in de laagste inkomensgroep. Wanneer leeftijd en inkomen worden gekruist, is deze bevinding nog opvallender, aangezien 92% van de 15-24-jarigen in de hoogste inkomensgroep die een depressie hebben gemeld, ook een arts heeft geraadpleegd.
- **Hoe ouder men is en hoe lager het inkomen, des te meer men medicatie neemt:** driekwart van de personen boven de 45 die zeggen aan een depressie te hebben geleden, heeft medicatie genomen om de aandoening te behandelen, tegenover ongeveer de helft van de personen onder de 45 jaar. Evenzo heeft 73% van de personen in de laagste inkomensgroep die zelf aangaven een depressie te hebben gehad, medicatie genomen, tegenover 62% in de hoogste inkomensgroep.

Zoals blijkt uit Tabel 2, zien we dat, wanneer we kijken naar het inkomensniveau, het gebruik van psychotherapeutische zorg lager is naarmate de prevalentie in een categorie hoger is. Zo zien we dat hoewel meer personen in de armste categorieën (kwintielen 1 en 2) aangaven in de loop van het jaar een depressie te hebben gehad, zij minder psychotherapie kregen. Het zorggebruik is dus omgekeerd evenredig met de behoefte.

4.1.2. Het gebruik van professionele hulp

De resultaten van de CM-enquête over de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en het zoeken van hulp tonen in de eerste plaats aan dat het moeilijker is om professionele hulp te zoeken voor mensen die lijden aan psychologische problemen op het ogenblik van de enquête. De overgrote meerderheid van de mensen die niet van mening zijn dat zij psychologische problemen hebben, zegt dat zij hulp zouden zoeken als zij die wel zouden hebben (92%), terwijl dit slechts geldt voor 65% van de mensen die op het moment van de enquête aangaven dat zij psychologische problemen hadden (Verniest, Luypaert, & Bracke, 2020).

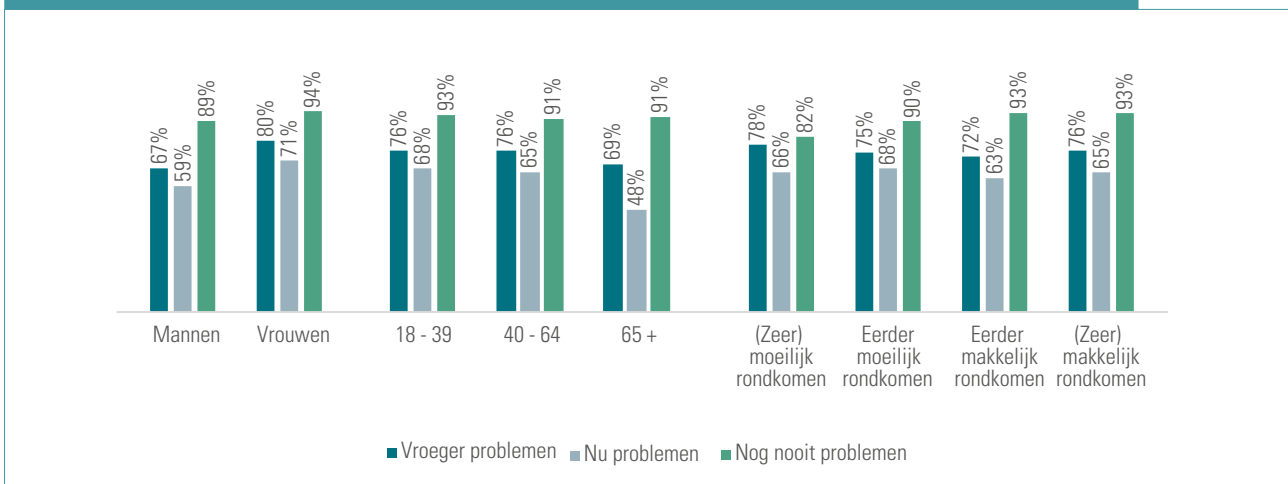
Wanneer we deze resultaten verfijnen aan de hand van de belangrijkste determinanten, stellen we vast dat vrouwen meer dan mannen professionele hulp hebben gezocht/zoeken/zouden zoeken (ongeacht of ze in het verleden problemen hebben gehad, er momenteel mee kampen of nooit psychologische problemen hebben gehad). Zo zegt bijvoorbeeld 71% van de vrouwen die nu psychologische problemen hebben, hulp te hebben gezocht en 80% van diegenen die in het verleden psychologische problemen hebben gehad, tegenover respectievelijk 59% en 67% van de mannen. Oudere personen daarentegen zoeken minder snel hulp. Dit geldt vooral voor zij die op het moment van

de bevraging psychologische problemen ondervonden (slechts 48% van de 65-plussers die zegt psychologische problemen te hebben, zegt hulp te zoeken, zie Figuur 1).

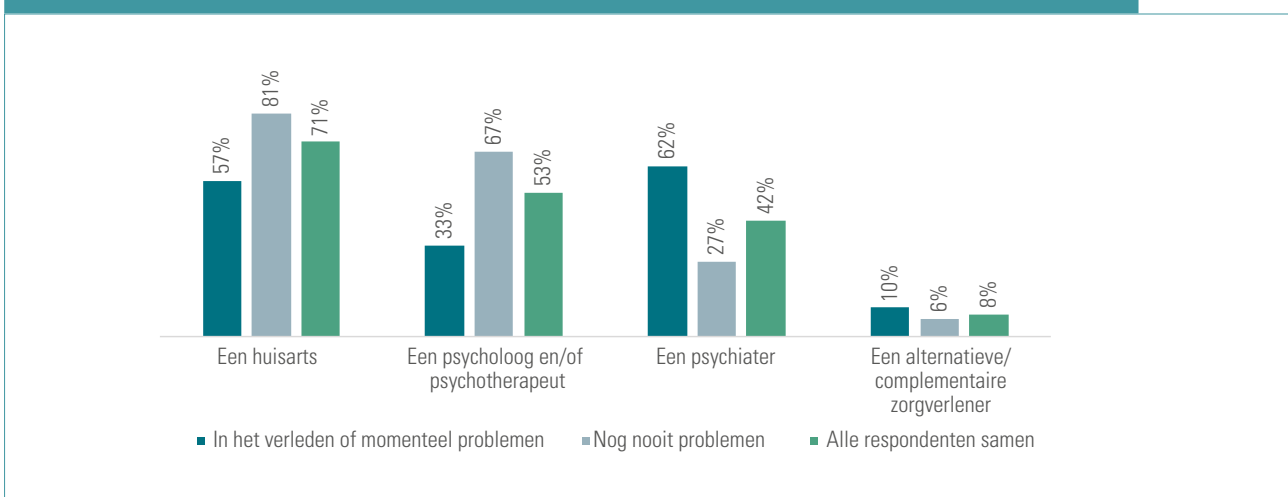
Personen die financiële moeilijkheden ondervinden, zoeken dan weer vaker hulp (evenveel en zelfs iets meer dan meer gegoede personen), maar alleen wanneer zij weten dat zij een geestelijk gezondheidsprobleem hebben gehad of momenteel hebben. Anderzijds is hun score voor aanvaardbaarheid lager wanneer zij zeggen nooit psychologische problemen te hebben gehad: 82% van de mensen die zeggen (zeer) moeilijk rond te kunnen komen, zegt de intentie te hebben om hulp te zoeken, terwijl dit geldt voor 93% van de mensen die zeggen (zeer) gemakkelijk rond te kunnen komen.

Uit de enquête blijkt ook tot welk type van zorgverlener de respondenten zich het gemakkelijkst wenden als ze hulp zoeken. De huisarts werd als eerste genoemd (71% van de respondenten), gevolgd door de psycholoog/psychotherapeut (53%) en de psychiater (42%). Afhankelijk van het voorkomen van psychologische problemen merken we een zeer interessante tendens: slechts 33% van degenen die problemen hebben ondervonden of ondervinden, wenden zich tot een psycholoog en 57% tot hun huisarts, terwijl 62% zich tot een psychiater wendt (zie Figuur 2). Omgekeerd zeggen mensen die denken geen problemen te hebben dat zij zich gemakkelijker tot hun huisarts (81%) en tot een psycholoog (67%) zouden wenden dan tot een psychiater (27%).

Figuur 1: Percentage van respondenten dat zegt professionele hulp te hebben gezocht/zouden zoeken voor een psychologisch probleem, naar geslacht, leeftijd en financiële situatie (Bron: CM-enquête, 2019)



Figuur 2: Percentage respondenten dat verschillende soorten professionals noemt wanneer ze zeggen professionele hulp te hebben/zouden zoeken voor een psychologisch probleem (Bron: CM-enquête, 2019)



Evolutie van de terugbetaling van ambulante psychologische zorg

Historisch gezien was de terugbetaling voor psychologische zorg beperkt tot **consultaties bij psychiaters** (consultaties en psychotherapeutische behandeling). Geleidelijk aan, maar pas sinds 2019, worden ook consultaties voor klinische psychologie gedekt door de verplichte verzekering (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Een groot deel van de psychologische zorg wordt vandaag de dag nog steeds niet gedekt, hoewel deze gedeeltelijk wordt vergoed door de aanvullende verzekering van CM.

Vanaf 2019 wordt het aanbod van psychologische zorg in het hele land geleidelijk versterkt dankzij de hervorming '**eerstelijnspsychologie**'. In het kader van deze hervorming is tot eind 2021 de terugbetaling van consultaties bij psychologen of orthopedagogen toegestaan op basis van een voorschrift van de huisarts voor depressie of problemen in verband met angst, alcoholgebruik of het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, tot een maximum van acht consultaties per jaar. In 2022 veranderen de toegangsvoorwaarden en is het niet langer nodig om een voorschrift van een huisarts te hebben of een hierboven genoemd probleem te hebben om terugbetaling te krijgen. Daarnaast wordt een nieuwe categorie zorg terugbetaald: gespecialiseerde psychologische zorg, die bedoeld is voor mensen die specifiekere of intensievere zorg nodig hebben vanwege ernstigere psychologische problemen (met een maximum van 20 terugbetaalde sessies per jaar). Het doel van deze hervorming is zorg te bieden die nog beter op elke situatie is afgestemd en de consultaties toegankelijk te maken, zowel wat de procedures als de prijs betreft. De dekking van psychologische zorg door de verplichte ziekteverzekering is een belangrijke stap voorwaarts in de verbetering van de betaalbaarheid ervan. Er moet echter worden nagegaan of bepaalde kwetsbare groepen nog steeds moeilijkheden ondervinden om (financieel) toegang te krijgen tot de diensten in het kader van het huidige tariefsysteem (het remgeld is vastgesteld op 11 euro voor individuele sessies en 4 euro als de patiënt in aanmerking komt voor de verhoogde tegemoetkoming, wat neerkomt op een totale kostprijs ten laste van de patiënt van respectievelijk 220 en 80 euro voor 20 sessies).

Naast de zorg die door de verplichte verzekering gezondheidszorg wordt terugbetaald, vergoedt CM ook de psychologische opvolging via haar aanvullende verzekering: dit is het **voordeel psychologische zorg**. De voordelen en diensten die worden aangeboden door de aanvullende verzekering, die lange tijd specifiek waren voor elk regionaal ziekenfonds, zijn nu gestandaardiseerd voor respectievelijk alle Vlaamse en alle Franstalige ziekenfondsen, hoewel de twee regio's een verschillende benadering hanteren³. Terwijl Franstalige en Duitstalige CM-leden kunnen rekenen op een terugbetaling van 15 euro per consultatie, met een maximum van 240 euro per jaar en per persoon, krijgen Nederlandstalige leden een terugbetaling van 50% van het bedrag van de consultatie, met een maximum van 10 euro per consultatie (voor VT-leden worden de consultaties terugbetaald tegen 75% met een maximum van 15 euro), met een maximum van 24 terugbetaalde consultaties per leven.

Volgens de facturatiegegevens van CM in 2021, gingen 115.566 CM-leden langs bij een (neuro)psychiater, wat neerkomt op 3,1% van ons totale ledenbestand. Gemiddeld bezochten deze patiënten de (neuro)psychiater tussen de 4 en 5 keer per jaar. In datzelfde jaar hebben 13.479 leden

een consultatie gekregen in het kader van een traject eerstelijnspsychologie, dit is 0,4% van al onze leden (ook gemiddeld 4 à 5 consultaties per patiënt). Ten slotte kregen 71.997 leden een terugbetaling in het kader van het voordeel psychologische zorg van de aanvullende verzekering, dit is

³ Voor de Nederlandstalige ziekenfondsen is het voordeel tussen 2006 en 2017 uitsluitend voorbehouden aan jongeren en beperkt tot 6 sessies. In 2018 werd dit voordeel uitgebreid tot volwassenen en in 2020 tot 24 terugbetaalde sessies. Voor de Franstalige en Duitstalige ziekenfondsen is het voordeel vanaf 2017 in alle ziekenfondsen gelijkgetrokken tot twee soorten terugbetaalde zorg: consultaties in privépraktijken en consultaties binnen collectieve structuren die door de CM zijn erkend.

1,1% van al onze leden (gemiddeld 6 consultaties per gebruiker). In totaal hebben in 2021 185.443 leden gebruik gemaakt van ambulante geestelijke gezondheidszorg, wat een prevalentie is van 4,9% gebruikers binnen onze bevolking.

Zoals blijkt uit Figuur 3, evolueert het gebruik van het voordeel psychologische zorg (aanvullende verzekering) zeer sterk tussen 2010 en 2021. Zo stijgt het totale volume van terugbetaalde consultaties van 6.749 in 2010 tot 425.054 in 2021, wat neerkomt op bijna 63 maal meer terugbetaalde sessies. Aangezien het marktaandeel van CM in de grote regio's van het land niet hetzelfde is, moeten deze volumes ook in perspectief worden gezet met het aantal Franstalige en Duitstalige (MC) en Nederlandstalige (CM) leden. Zo bereikt het percentage gebruikers in 2021 3,8% van de Franstalige en Duitstalige leden (waarvan 3,5% erkende psychologen raadpleegt en 0,3% zich wendt tot door CM erkende collectieve structuren) tegenover 1,3% van de Nederlandstalige leden.

4.1.4. Gebruik van terugbetaalde zorg bij specifieke groepen

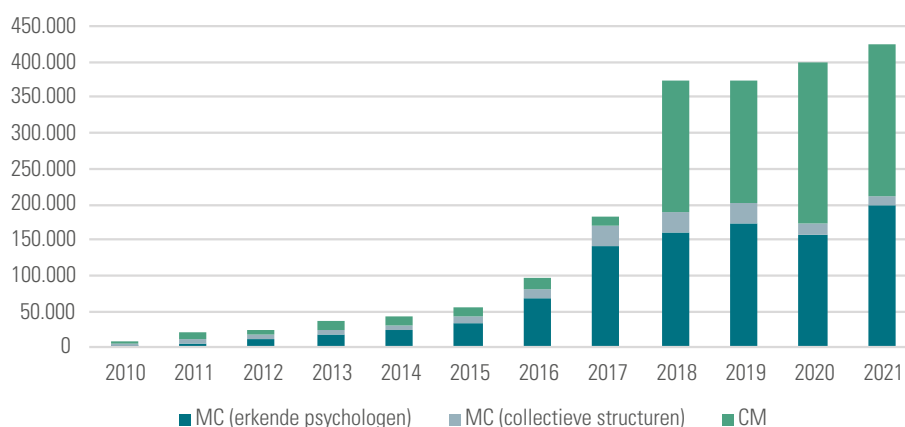
Hierna analyseren we het gebruik van psychologische zorg meer in detail volgens VT-statuut, geslacht, leeftijd en nationaliteit. Door telkens de resultaten te vergelijken met het percentage CM-leden in diezelfde categorieën (zie Figuur 4), kunnen we enerzijds nagaan of er sprake is van een adequaat gebruik van de gezondheidszorg door elke groep en anderzijds of er sprake is van zorg die de voorkeur krijgt bij bepaalde groepen, die dus vaker wordt gebruikt dan andere.

Een eerste vaststelling is dat wanneer het percentage gebruikers binnen de categorie lager is dan het percentage leden van die categorie, dat betekent dat deze bevolkingscategorie ondervertegenwoordigd is onder de gebruikers en dus **te weinig gebruik maakt van psychologische zorg**. Zo kan een laag gebruik van door de aanvullende verzekering terugbetaalde zorg worden vastgesteld bij leden met een VT-statuut, mannen, 50-plussers en alle leden die niet met de Belgische nationaliteit geboren zijn. Anderzijds wordt een hoger gebruik van de zorgverlening door de psychiater vastgesteld bij VT-leden, 29-69-jarigen en Belgen van vreemde origine. De onderbenutting van alle soorten zorg is vooral opvallend bij personen met een buitenlandse nationaliteit (van buiten de Europese Unie).

Hoewel er sprake is van een zeker onderbenutting van zorg bij mannen, betekent dit niet dat vrouwen te veel zorg gebruiken. Zoals we hebben gezien, zou volgens de gegevens van Sciensano 21% tot 38% van de vrouwen psychologische problemen hebben (gaande van onwelbevinden tot waarschijnlijke psychische aandoening). Als we hun gebruik echter vergelijken met dat van mannen, krijgt 6% van de vrouwelijke CM-leden psychologische opvolging, voor alle zorg samen, tegenover 4% van de mannen. Het percentage vrouwelijke leden dat gebruik maakt van zorg blijft zeer laag, hoewel tot 38% van hen dit nodig zou kunnen hebben.

Ten tweede geeft Figuur 4 aan welke van de drie verschillende soorten opvolging/zorg door elke categorie in verhouding meer wordt gebruikt. Deze verschillen in gebruik kunnen verband houden met andere dimensies van de toegankelijkheid van zorg:

Figuur 3: Jaarlijkse evolutie van het volume psychologische consultaties terugbetaald door de aanvullende verzekering van CM, 2010-2021 (Bron: CM-gegevens)

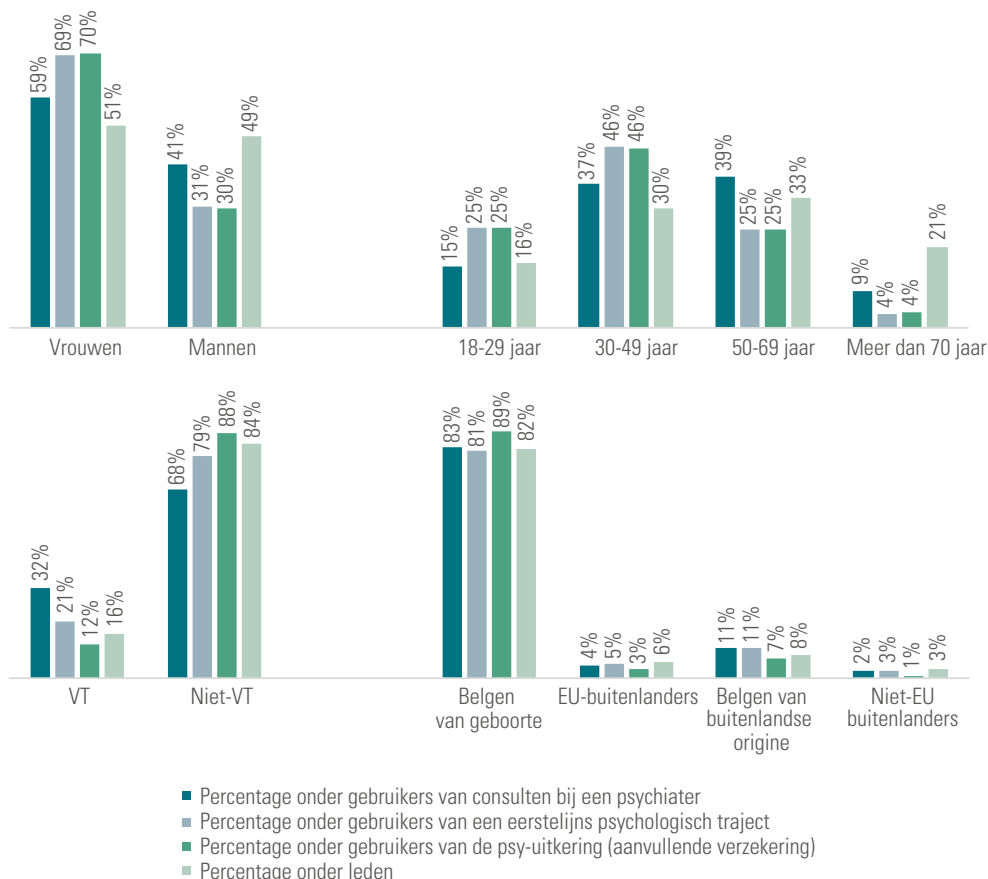


- Zo doen vrouwen vaker een beroep op de psycholoog dan op de psychiater (vrouwen zijn goed voor 70% van de gebruikers van het voordeel psychologische zorg, tegenover 59% van de gebruikers van psychiatrische zorg).
- Op dezelfde manier maken de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming meer gebruik van de zorg van een psychiater (zij vertegenwoordigen 32% van de gebruikers van deze zorg, terwijl hun aandeel bij de CM-leden 16% bedraagt) of van een psycholoog die werkt in het kader van het eerstelijns traject (21% van de gebruikers), dan van het voordeel psychologie (12% van de gebruikers).
- Personen die als Belg zijn geboren, zijn meer geneigd om een psycholoog te raadplegen in het kader van de aanvullende verzekering (zij vertegenwoordigen 89% van de gebruikers van deze zorg), terwijl niet-Belgen (EU en niet-EU) en Belgen van buitenlandse origine verhoudingsgewijs vaker een beroep doen op eerstelijnspsychologische zorg.
- Wat de leeftijdscategorieën betreft, maken 50-plussers verhoudingsgewijs meer gebruik van de opvolging door een psychiater, terwijl 18-49-jarigen zich eerder tot een psycholoog wenden.

Cumulatief karakter van de risico's

Figuur 5 geeft een beeld van het cumulatieve karakter van de risicofactoren. Zo zien we dat psychologische zorg (alle soorten zorg samen, zowel deze terugbetaald door de verplichte verzekering als deze terugbetaald door de aanvullende verzekering) wordt gebruikt door 5% van de CM-leden, terwijl dit percentage stijgt tot 8% van de CM-leden met VT-status. Dit percentage blijft stabiel naar geslacht, aangezien 8% van de vrouwen met VT-status opvolging krijgt. Het percentage stijgt echter tot 15% wanneer deze vrouwen in de actieve leeftijdsgroep van 30-49 jaar vallen. Van de laatstgenoemden krijgt 22% van degenen die de Belgische nationaliteit van geboorte hebben, psychologische begeleiding. Anderzijds maakt slechts 4% van de vrouwen van 30-49 jaar met VT-status die een buitenlandse nationaliteit hebben (van buiten de Europese Unie)

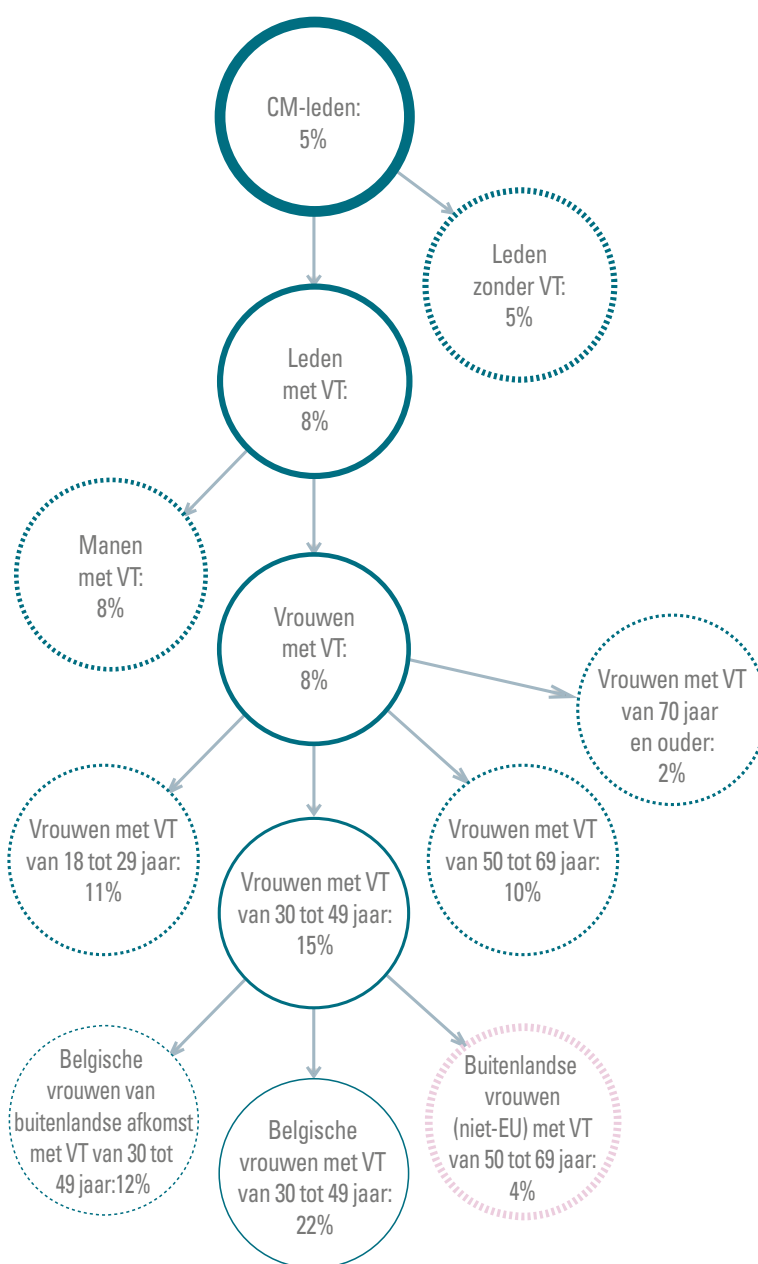
Figuur 4: Percentage gebruikers onder CM-leden van 18 jaar en ouder in 2021, per geslacht, VT-status, leeftijd en nationaliteit (Bron: CM-gegevens)



gebruik van deze zorg, tegenover 12% van de Belgische vrouwen van buitenlandse afkomst. Het hebben van een buitenlandse nationaliteit (niet-EU) is een variabele die een negatieve invloed heeft op het gebruik van psychologische zorg.

Vrouwen maken dan misschien meer gebruik van de zorg, maar dat is niet zo als het gaat om leden met een verhoogde tegemoetkoming. Het is zo dat VT-leden in het algemeen (van beide geslachten) meer zorg gebruiken, en ze doen dat bovendien in een verhouding die niet overeenstemt met hun neiging om aan geestelijke gezondheidsproblemen te lijden, vooral wanneer ze niet de Belgische nationaliteit hebben.

Figuur 5: Percentage gebruikers van psychologische opvolging (alle vormen van zorg) onder de CM-leden in 2021 (Bron: CM-gegevens)



Ten slotte zien we dat er een kloof bestaat tussen het gebruik van geestelijke gezondheidszorg volgens de verschillende groepen die we hebben geïdentificeerd. Hoewel we vaststellen dat het gebruik lager is voor groepen die kenmerken combineren die aanleiding kunnen geven tot discriminatie (nationaliteit, geslacht, leeftijd, economische situatie), moeten we eerder concluderen dat de prevalentie van hun geestelijke gezondheidsproblemen precies wegens deze kenmerken hoger is. Hoe kan deze discrepantie verklaard worden? Wat zijn de belemmeringen voor een adequaat gebruik van psychologische en psychiatrische ambulante diensten? En wat zijn de factoren die de verschillen in deze kloof voor de verschillende groepen (vrouwen, VT-leden, buitenlanders) verklaren? Om deze vragen te beantwoorden analyseren wij de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van deze vier dimensies: gevoeligheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid en beschikbaarheid.

4.2. Toegankelijkheidsproblemen voor geestelijke gezondheidszorg

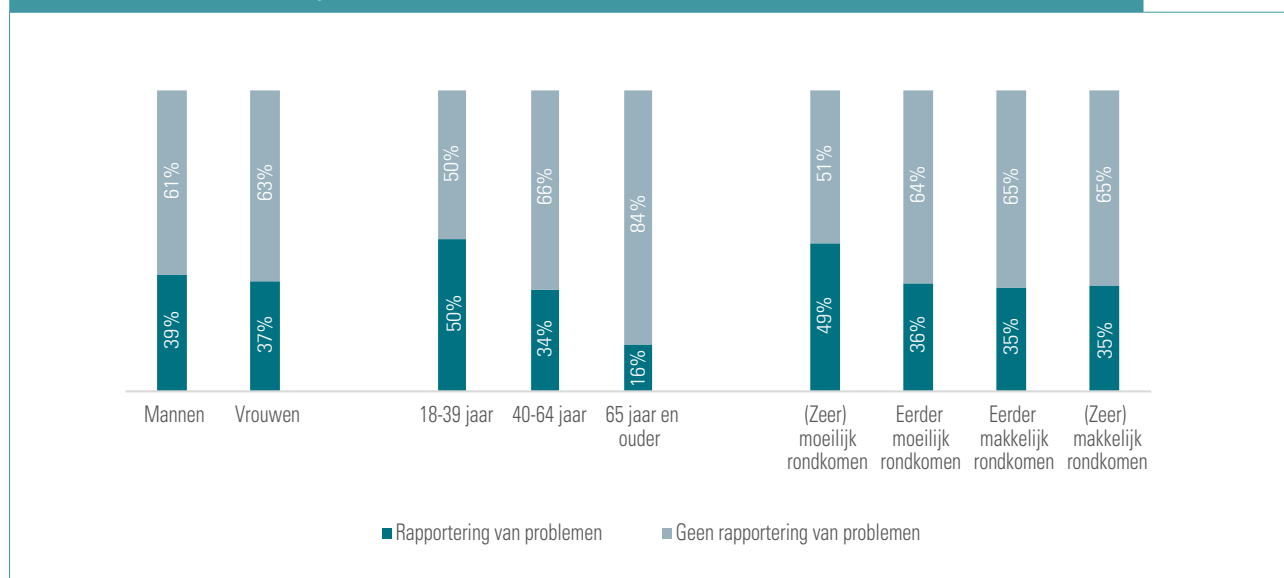
4.2.1. Onvermogen om de behoeften inzake geestelijke gezondheid vast te stellen (gevoeligheid)

Net als uit de gezondheidsenquête van Sciensano, blijkt ook uit de enquête onder de CM-leden dat de frequentie van de psychologische problemen groter is bij vrouwen,

werkenden en personen met financiële moeilijkheden. Maar herkennen mensen, en in het bijzonder deze risicogroepen, het feit dat zij met een psychologisch probleem kampen? In al deze subgroepen stellen we vast dat het percentage onderrapportering systematisch hoger is dan het percentage overrapportering. De McNemar-test bevestigt dit: indien er in werkelijkheid ongeveer evenveel onder- als overrapportering zou zijn, is de kans dat dit resultaat bij toeval wordt bereikt, zeer gering (kleiner dan 0,01% ($p < 0,0001$)).

- Er is een aanzienlijke onderrapportering voor beide geslachten en een iets grotere onderrapportering bij vrouwen: van de vrouwen die het risico lopen te lijden aan een psychisch gezondheidsprobleem, is 63% zich daar niet van bewust, tegenover 61% van de mannen (zie Figuur 6).
- Wat de leeftijdsgroepen betreft die het risico lopen psychologische problemen te krijgen, zijn het de jongsten (18-39 jaar) die het meest melding maken van hun gezondheidsproblemen (50%), terwijl slechts 16% van de 65-plussers dit doet.
- Bij de personen die verklaren (zeer) moeilijk rond te kunnen komen, is de kans op psychologische problemen zeer groot (72% van hen tegenover 20% van de mensen die verklaren (zeer) gemakkelijk rond te kunnen komen) en dit kan rechtstreeks worden toegeschreven aan hun kwetsbare situatie (die met name een bron van stress is).

Figuur 6: Percentage dat psychologische problemen rapporteert of niet rapporteert onder de respondenten met psychologische problemen zoals gemeten door de CES-D 8 (Bron: CM-enquête, 2019)



Het is dus van essentieel belang het probleem van kwetsbaarheid aan te pakken en niet alleen de gevolgen ervan. Kansarme personen maken ook het vaakst melding van psychologische problemen (38%) in vergelijking met andere groepen (20% van de rijkste groep). De onderrapportering is in deze groep echter zeer hoog: 51% van de mensen met een bewezen risico volgens de CES-D 8-schaal geeft nochtans niet aan problemen te hebben (zie Figuur 5).

Het onvermogen om de eigen behoeften inzake geestelijke gezondheid waar te nemen, komt systematisch tot uiting in de onderrapportering van de door de respondenten gemelde geestelijke gezondheidsproblemen. Zelfs wanneer respondenten perioden van psychische nood ervaren, identificeren zij dit niet als een klinische behoefte. Verscheidene variabelen, zoals de leeftijd, de economische situatie en het geslacht van de respondenten, versterken deze tendens.

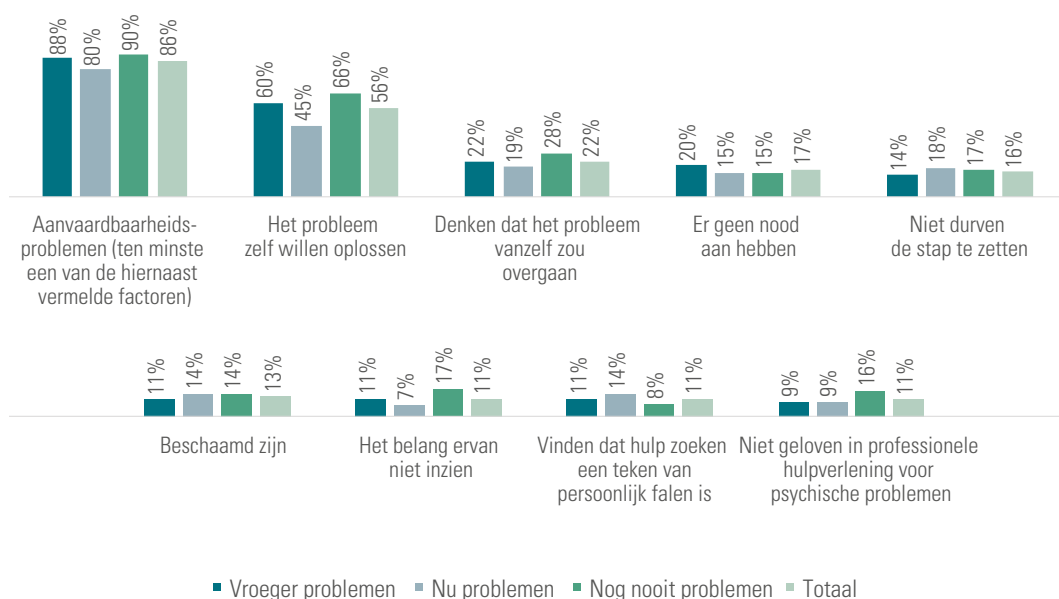
4.2.2. Terughoudendheid om hulp te zoeken (aanvaardbaarheid)

Wat de aanvaardbaarheid betreft, is het noodzakelijk dat de diensten voldoen aan een minimumdrempel van erva-

ren kwaliteit die maakt dat patiënten aanvaarden om gebruik te maken van de gezondheidsdiensten. Van de redenen die door de respondenten van de CM-enquête werden opgegeven om geen professionele hulp te zoeken of te hebben gezocht, hebben de volgende factoren betrekking op de aanvaardbaarheid: het probleem zelf willen oplossen (genoemd door 56% van de respondenten), denken dat het probleem vanzelf wel weggaat (22%), de stap niet durven zetten (17%), het niet nodig hebben (17%), zich schamen (13%), denken dat hulp zoeken een teken van persoonlijk falen is (12%), niet geloven in professionele hulp (11%) of het belang ervan niet inzien (11%). Over het geheel genomen noemde 86% van de respondenten die zeiden geen professionele hulp te hebben gezocht, ten minste één van de hierboven genoemde factoren (zie Figuur 7).

De resultaten volgens **geslacht** zijn als volgt: meer mannen dan vrouwen denken dat hun problemen vanzelf zullen verdwijnen (25% van de mannen tegenover 19% van de vrouwen), zien het nut van psychologische hulp niet in en willen hun problemen oplossen (58% van hen tegenover 53% van de vrouwen), geloven niet in psychologische hulp (13% van de mannen tegenover 8% van de vrouwen) en schamen zich om deze te zoeken (16% van de mannen tegenover 8%

Figuur 7: Percentage respondenten van de CM-enquête dat problemen ondervond met de aanvaardbaarheid, naargelang ze al dan niet psychologische problemen melden (Bron: CM-enquête, 2019)



van de vrouwen). Het zijn daarentegen vaker vrouwen die zeggen geen professionele hulp nodig te hebben (19% van de vrouwen tegenover 16% van de mannen).

Wat de **leeftijd** betreft, hoe jonger de respondenten, hoe meer zij zeiden dat zij het moeilijk vonden om de stap naar hulpverlening te zetten (24% van de 18-39-jarigen tegenover 7% van de 65-plussers), dat zij zich schaamden om professionele hulp te zoeken (16% van de 18-39-jarigen tegenover 6% van de 65-plussers) en dat zij dachten dat het probleem een teken van persoonlijk falen was (15% van de 18-39-jarigen tegenover 9% van de 65-plussers). Respondenten in de jongste categorie waren echter meer geneigd te geloven in het belang van professionele hulp (slechts 6% van de 18-39-jarigen geloofde niet in professionele hulp, tegenover 12% van de 65-plussers).

Wat het **inkomensniveau** betreft, zien we dat mensen die geen financiële moeilijkheden ondervinden, vaker de neiging hebben om te denken dat het probleem vanzelf wel zal verdwijnen (24% tegen 10% van de groep met de laagste inkomens) of het zelf te willen oplossen (63% tegen 49%). Het niet nodig hebben van psychologische hulp toont ook een interessante tendens: hoe gemakkelijker men zegt rond te kunnen komen, hoe groter de kans dat men dit argument aanhaalt (25% van hen tegenover 5% van degenen die zeggen (zeer) moeilijk rond te kunnen komen). Aangezien de prevalentie van ernstige psychologische problemen in rijkere groepen duidelijk lager ligt dan in de armste, en deze problemen het normale functioneren minder gemakkelijk in gevaar kunnen brengen, is het daarom gemakkelijker om het niet voelen dat men hulp nodig heeft als een 'positieve' drempel te beschouwen. Zeggen dat men geen nood heeft aan hulp, kan er ook op wijzen dat men geen probleem heeft en niet dat men zich niet bewust is van zijn probleem.

Wij stellen ook vast dat de schaamte groter lijkt te zijn bij personen met de laagste inkomens (17%), en vooral kleiner bij de rijkste groep (8%). Dit laatste zou verband kunnen houden met een geringer stigma bij de hogere klassen, aangezien bijvoorbeeld de meeste psychologen ook tot deze groep zouden kunnen behoren. Anderzijds kan er sprake zijn van een culturele kloof bij kwetsbare personen die denken dat zij niet kunnen worden begrepen door zorgverleners die niet dezelfde sociaaleconomische kenmerken hebben als zij.

Daarenboven stellen wij vast dat de hindernissen die door de respondenten worden genoemd, verschillen naargelang zij al dan niet melden psychologische problemen te hebben gehad of te hebben. Respondenten die zeggen

nooit psychologische problemen te hebben gehad, zeggen vaker dat ze niet geloven in professionele hulp (16%, tegenover 9% van degenen die dergelijke problemen hebben of hebben gehad, zie Figuur 6), dat ze hun problemen zelf willen oplossen (66% tegen 45% van degenen die verklaarden problemen te hebben (gehad)) en dat zij denken dat hun problemen vanzelf wel zullen verdwijnen (28% tegen 19%) of het belang ervan niet inzien (17% tegen 7%). Anderzijds vinden mensen die momenteel problemen hebben het moeilijker om de stap naar hulp te zetten en denken zij vaker dat hulp zoeken een teken van persoonlijk falen is. In het algemeen stellen wij vast dat aanvaardbaarheid minder vaak een probleem is bij respondenten die problemen ondervinden.

4.2.3. Onvermogen om voor diensten te betalen (betaalbaarheid)

Onder de verklarende factoren voor het niet-gebruiken van professionele hulp opgesomd in de CM-enquête, vinden we de bezorgdheid over de kosten van de zorg (aangehaald door 28% van de respondenten). Het is op dit gebied dat de verschillen tussen de groepen respondenten het grootst zijn. Bepaalde groepen maken zich hierover meer zorgen, waaronder vrouwen (33% van de vrouwen tegenover 24% van de mannen), jongeren (34% van de 18-39-jarigen tegenover 18% van de 65-plussers) en mensen die financiële moeilijkheden ondervinden.

Het behoeft geen betoog dat de financiële drempel veel hoger is voor degenen die de meeste moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen. Het aandeel respondenten in de financieel meest kwetsbare groep ((zeer) moeilijk rondkomen) dat aangeeft zich zorgen te maken over de kosten van professionele hulp is bijna twee keer zo hoog (59%) als het aandeel in de groep die enige moeite heeft om rond te komen (33%). Voor degenen die het (zeer) gemakkelijk vinden om de eindjes aan elkaar te knopen, is de drempel veel lager: slechts 11% maakt zich zorgen over de kosten van professionele hulp. Deze financiële bezorgdheid is ook veel groter voor mensen die op het ogenblik van de enquête psychologische problemen ondervinden (44% vermeldt dit probleem, tegenover 15% van de mensen die zeggen nooit psychologische problemen te hebben gehad).

Gemiddelde kosten van de zorg

Zoals we hebben gezien, wordt de zorg die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering meer gebruikt door financieel kwetsbare groepen (rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming) en door leden die niet met de

Belgische nationaliteit zijn geboren, in vergelijking met de zorg die wordt terugbetaald door de aanvullende verzekering, die in mindere mate wordt gebruikt. Maar hoe zit het met de werkelijke kosten van psychologische zorg voor de patiënt?

Het honorarium en het remgeld van de **psychiater** zijn afhankelijk van de geleverde prestatie. Voor een eenvoudige consultatie bedraagt het honorarium 52,34 euro of 47,51 euro, naargelang de psychiater al dan niet geaccrediteerd is. Het remgeld voor de patiënt blijft gelijk: 7 of 12 euro, afhankelijk van het feit of de patiënt is doorverwezen door de huisarts en 1 of 3 euro voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (VT) Voor de therapeutische opvolging varieert het honorarium tussen 83 euro (geaccrediteerde psychiater) en 77,95 euro (niet-geaccrediteerde psychiater), en het remgeld bedraagt 19,48 euro en 7,79 euro voor VT-patiënten. In 2021 bedraagt het gemiddelde honorarium voor psychiaters dus 70,40 euro (exclusief supplementen) en de gemiddelde kosten voor CM-leden variëren tussen 4 euro (VT) en 14,70 euro (zonder VT) voor standaardconsultaties en 7,20 euro (VT) en 19,40 euro (zonder VT) voor psychotherapiesessies (zie Tabel 3).

Wanneer we de kosten die door de patiënt gedragen worden in meer detail bekijken, blijkt dat het gemiddelde remgeld voor personen met VT-statuu 2,70 euro bedraagt voor een consultatie (zie Tabel 3). Dit betekent dat weinig patiënten de vermindering van het remgeld tot 1 euro krijgen als zij door hun huisarts worden doorverwezen. Bovendien bedraagt het supplement voor VT-patiënten gemiddeld 1,30 euro per sessie.

Het moeten voorschieten van terugbetaalde kosten voor gezondheidszorg beïnvloedt ook de toegang tot de gezondheidszorg. Het derdebetalerssysteem verhoogt dus de betaalbaarheid, aangezien patiënten misschien niet het volledige honorarium kunnen betalen. Psychiaters kunnen beslissen dit toe te passen, maar zijn daartoe niet verplicht.

We stellen vast dat het gemiddelde honorarium dat de psycholoog in 2021 ontvangt, hoger ligt wanneer hij zijn beroep uitoefent buiten het kader van de hervorming **eerstelijnspsychologie** (45,65 euro voor eerstelijnsdiensten tegenover 54,30 euro voor sessies die worden terugbetaald in het kader van de aanvullende verzekering). Tussen 2019 en 2021 bedraagt het wettelijk honorarium voor eerstelijnsessies inderdaad 60 euro voor een eerste sessie van 60 minuten en 45 euro voor daaropvolgende sessies

Tabel 3: Gemiddelde terugbetaalde bedragen en eigen uitgaven voor CM-leden van 18 jaar en ouder per prestatie in 2021, volgens VT-statuu (Bron: CM-gegevens, 2021)

		VT-leden				Leden zonder VT			
		Remgeld, in euro	Supplement, in euro	Door patiënt te betalen bedrag, in euro	Terugbetaald bedrag, in euro	Remgeld, in euro	Supplement, in euro	Door patiënt te betalen bedrag, in euro	Terugbetaald bedrag, in euro
Psychiater	Raadpleging	2,7	1,3	4,0	47,2	11,5	3,2	14,7	37,9
	Psychotherapie	5,9	1,3	7,2	71,8	16,1	3,3	19,4	60,9
Eerstelijnspsychologie		2,8	/	2,8	45,0	7,4	/	7,4	37,9
Aanvullende verzekering	Collectieve structuren			4,2	10,5			8,7	12,4
	Psycholoog			35,7	15,2			42,7	13,3

van 45 minuten. De psychologen hebben echter meer administratieve stappen te ondernemen omdat deze zorg namelijk gebaseerd is op het derdebetalerssysteem en zij vervolgens terugbetaling moeten vragen van de verzekering voor gezondheidszorg. In 2022 werden de regels voor de terugbetaling van deze zorg daarom aangepast om meer psychologen aan te moedigen zich te conventioneren en werd de vergoeding verhoogd tot 61,28 euro en tot 77,10 euro voor bijkomende sessies en gespecialiseerde opvolging. Voor elke sessie betaalt de patiënt alleen het remgeld. Voor CM-leden bedragen de gemiddelde kosten per sessie in 2021 2,80 euro voor een lid met VT-statuut en 7,40 euro voor een lid zonder VT (zie Tabel 3).

Het honorarium van de **psycholoog dat wordt terugbetaald door de aanvullende verzekering**, is niet gereguleerd, en daarom is het niet verrassend dat wij vaststellen dat het bedrag dat de patiënten voor deze vorm van hulp moeten betalen, veel hoger ligt. VT-patiënten betalen gemiddeld 50,90 euro voor een sessie met een psycholoog, waarvan 15,20 euro wordt terugbetaald (dat betekent een eindbedrag van 35,70 euro ten laste van de patiënt).

Wanneer we de facturatiegegevens voor Franstalige en Duitstalige leden analyseren, zien we dat zorg verleend in collectieve structuren verhoudingsgewijs meer wordt gebruikt door leden die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut). In 2021 heeft 32% van de gebruikers van psychologische zorg in collectieve structuren het VT-statuut, terwijl slechts 14% van de leden die terugbetaling krijgen voor diensten in een privépraktijk, ook dit statuut hebben. Het bedrag dat de patiënt in collectieve structuren moet betalen (gemiddeld 4,20 euro per consultatie voor VT-leden en 8,70 euro voor leden zonder VT) is veel lager dan voor psychologen in privépraktijken (gemiddeld 30,70 euro per consultatie voor VT-leden en 37,70 euro voor leden zonder VT). Deze collectieve structuren, zoals de "centres de planning familial" (centra voor familieplanning) en de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG), beogen immers een betere toegang tot de zorg voor kansarme groepen en bieden daarom voorkeurstarieven. Bij de CGG kost een consultatie 11 euro, maar de kosten van de prestatie mogen nooit een belemmering vormen voor de raadpleging en het tarief kan worden aangepast (zelfs gratis) naar gelang van de situatie en bepaalde voorwaarden⁴.

De gemiddelde kosten van psychologische en psychiatrische consultaties ten laste van de patiënten lopen sterk uiteen naar gelang van het soort zorgverlener, de structuur waarin de zorg wordt aangeboden, het soort prestatie (eerstelijnspsychologie of niet-eerstelijnspsychologie) en de sociaaleconomische status van de betrokkene. Zodra men echter de diensten verlaat die in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering worden vergoed, wegen de kosten steeds zwaarder op de patiënten, ongeacht hun status. Bovendien zijn deze kosten bijzonder hoog (tot vijf keer hoger dan de gemiddelde kosten bij de verplichte verzekering) zodra zij niet langer door de verplichte verzekering worden gedekt. Dit gegeven roept vragen op zeker als we kijken naar de aard van de zorg in kwestie: psychotherapeutische behandelingen zijn van nature recurrent en kunnen over een lange periode lopen.

4.2.4. Onmogelijkheid om diensten of patiënten te bereiken (beschikbaarheid)

In de CM-enquête vinden we ook verschillende verklarende factoren voor het niet-gebruik van professionele hulp die verband kunnen houden met de **niet-beschikbaarheid van de zorg in termen van de vraag**. Het gaat met andere woorden om situaties waarin patiënten niet in staat zijn diensten te bereiken en beschikbaar te zijn om er naartoe te gaan: niet vertrouwd zijn met professionele hulp⁵ (genoemd door 18% van de respondenten), niet weten wie te contacteren of waar terecht te kunnen (18%), geen tijd hebben voor effectieve hulp (reistijd en tijd van de consultatie) (10%), lange wachttijden voor hulp (6%) of niet in staat zijn een afspraak te maken (2%). In totaal gaf 38% van de respondenten ten minste één van deze redenen op als verklaring waarom ze geen gebruik maakten van professionele hulp (zie Figuur 8).

- Wanneer we deze resultaten analyseren voor de belangrijkste groepen, blijkt dat vrouwen vaker melding maken van moeilijkheden in verband met de beschikbaarheid (40% tegenover 37% van de mannen), in het bijzonder omdat zij geen afspraak kunnen maken (4% tegenover 1% van de mannen).
- Uit een vergelijking van de leeftijden van degenen die bepaalde hindernissen wel en niet hebben aangegeven,

4 Meer informatie over de kostprijs in Vlaanderen op www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/kostprijs en in Wallonië op covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien/services-de-sante-mentale.

5 Vertrouwdheid betekent dat wat bekend en dus geruststellend is. Het is inderdaad belangrijk dat mensen weten welke geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is (niet alleen wat er bestaat, maar ook hoe het werkt) om gerustgesteld te zijn en de stap te kunnen zetten om hulp te zoeken.

blijkt dat jongere deelnemers vaker melding maken van praktische moeilijkheden, met name wat de beschikbare tijd betreft (15% van de 18-39-jarigen maakt melding van deze moeilijkheid, tegen 4% van de 65-plussers).

- De resultaten voor het probleem om een afspraak te maken, zijn vergelijkbaar met deze voor het probleem van de beschikbaarheid van tijd: de groep met de meeste financiële moeilijkheden is het meest benadeeld (15% van de respondenten noemt tijdgebrek en 5% het niet kunnen maken van een afspraak). Het aandeel dat een probleem van beschikbare tijd aanvoert, is ook relatief hoog bij de groep die het gemakkelijkst de eindjes aan elkaar kan knopen (14%); de meesten van hen komen uit gezinnen waar alle leden voltijds werken.

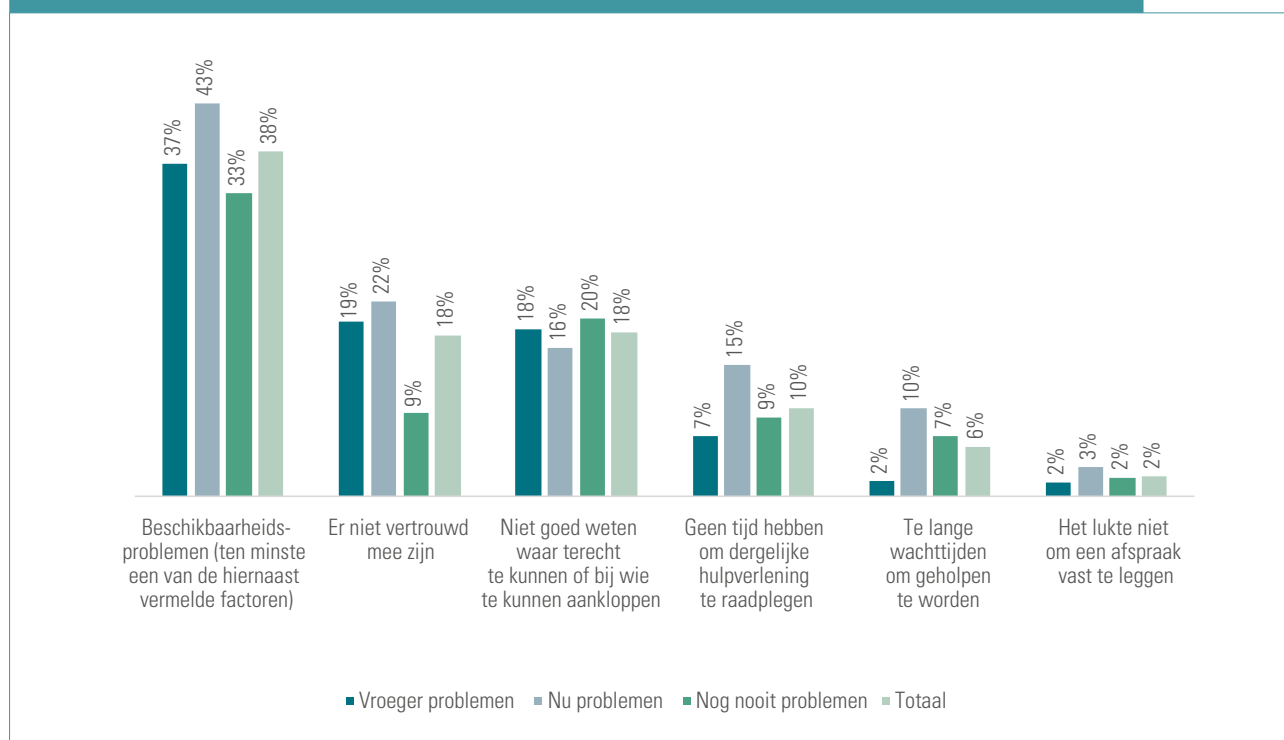
Daarnaast zien we dat de door de respondenten genoemde moeilijkheden verschillen naar gelang ze aangeven wel of geen psychologische problemen te hebben ervaren. Het grootste obstakel voor mensen die aangeven op dit moment psychologische problemen te hebben, is dat ze 'niet vertrouwd' zijn met professionele hulp, dat wil zeggen dat ze onvoldoende kennis hebben van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg (zie Figuur 8). Vergeleken met mensen die zeggen nooit problemen te hebben gehad, hebben ze ook veel vaker te maken met lange wachttijden

of te weinig tijd hebben om te besteden aan het krijgen van hulp.

Om de beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg aan de aanbodzijde te meten, kan worden nagegaan of het aanbod territoriaal gezien voldoende en toegankelijk lijkt door de spreiding van de aanbieders op het grondgebied in kaart te brengen, maar ook door het gebruik van de door hen verleende zorg te onderzoeken.

Onder de zorgverleners die patiënten ontvangen voor psychotherapeutische opvolging, vinden we gespecialiseerde artsen: neuropsychiaters, kinderpsychiaters en psychiaters (ook die in opleiding), orthopedagogen en klinisch psychologen die bevoegd zijn om sessies eerstelijnspsychologie aan te bieden, evenals psychotherapeuten die erkend zijn door de aanvullende verzekering⁶. Voor heel België zijn er in totaal 2.854 (neuro-/kinder-)psychiaters, 1.423 klinisch psychologen/orthopedagogen ingeschreven in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject en 10.222 zorgverleners ingeschreven bij de Psychologencommissie. De spreiding van deze zorgverleners over het Belgische grondgebied is echter niet homogeen in functie van de bevolking. Zo is er een veel hogere concentratie van (neuro-/kinder-)psychiaters in Brussel dan in de andere provincies van het land met 49 (neuro)psychiaters

Figuur 8: Percentage respondenten van de CM-enquête dat beschikbaarheidsproblemen heeft ondervonden, naargelang zij al dan niet melden last te hebben van psychologische problemen (Bron: CM-enquête, 2019)



per 100.000 inwoners (zie Figuur 9). In Waals-Brabant en de provincie Luxemburg zijn dat er respectievelijk 44 en 12 per 100.000 inwoners. Deze gegevens moeten echter met enige voorzichtigheid worden behandeld, aangezien wij slechts over één adres per zorgverlener beschikken en de woonplaats van de zorgverlener kan verschillen van het adres van de praktijk. Het is dus mogelijk dat de zorgverleners in Waals-Brabant wonen en in een andere provincie van het land hun praktijk hebben.

De door de Psychologencommissie erkende psychologen zijn ook ongelijk verdeeld in functie van de bevolking: tot 212 psychologen per 100.000 inwoners in Waals-Brabant tegenover 59 in de provincies Limburg en West-Vlaanderen. De geconventioneerde klinisch psychologen/orthopedagogen in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject zijn veel minder talrijk, met maximaal 28 aanbieders per 100.000 inwoners in Waals-Brabant en minimaal 11 in Antwerpen en Henegouwen (zie Figuur 10).

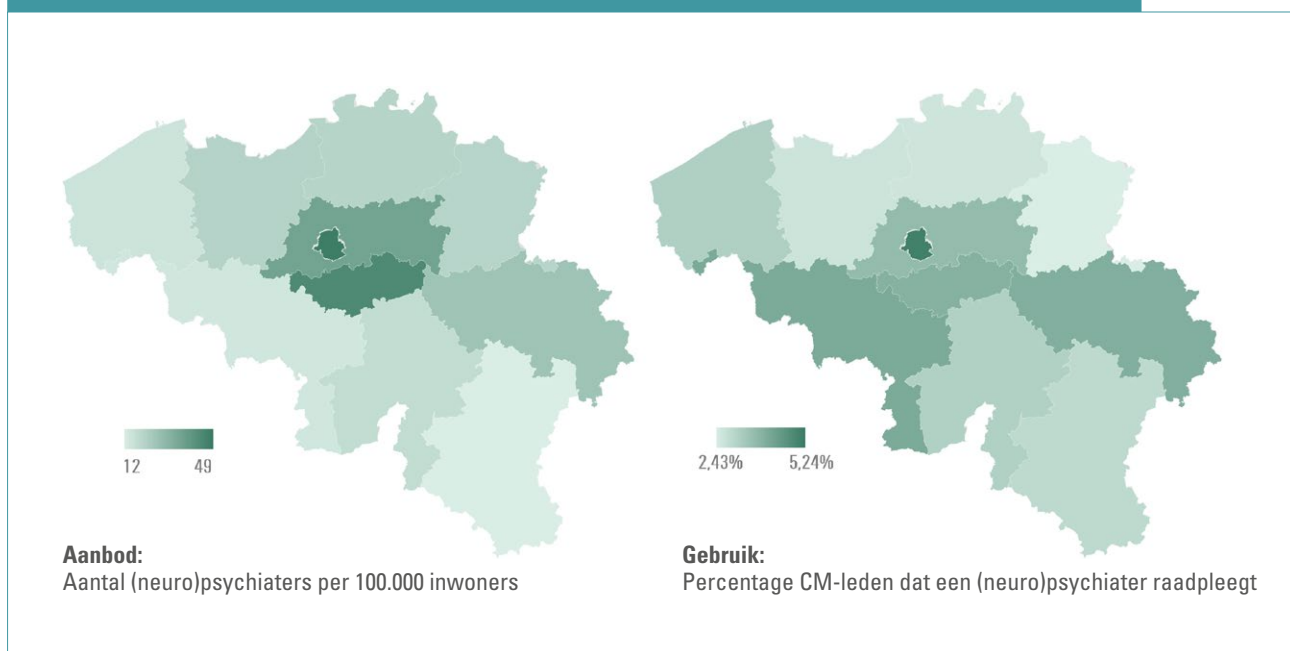
In de eerste plaats stellen we vast dat de zorgverleners die door de verplichte verzekering terugbetaalde zorg verlenen, dit wil zeggen (neuro)psychiaters en de eerstelijnspsychologen, veel minder talrijk zijn dan de psycholo-

gen die over het algemeen in privépraktijken werken en waarvan de geleverde zorg soms door aanvullende verzekeringen wordt gedekt. Ten tweede stellen we vast dat voor gelijke behoeften het aanbod niet gelijk is verdeeld en dus niet gelijk geografisch beschikbaar is. De behoeften zijn echter niet overal gelijk en verschillen naargelang de kenmerken van de plaatselijke bevolking. Zo is het risico op psychologische problemen als gevolg van armoede zeer verschillend naargelang de provincie, met een veel hoger risico in Brussel, waar het gemiddelde inkomen veel lager ligt (bron: inkomens 2019, StatBel-gegevens 2021) en het aandeel rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming 32% bereikt, evenals in Henegouwen en Luik, waar dat 24% bedraagt, in vergelijking met Vlaams en Waals-Brabant, waar dat slechts 11% bedraagt (bron: IMA Atlas gegevens 2018).

Consultaties bij de psychiater

Het aantal (neuro)psychiaters verschilt aanzienlijk per provincie. We zien een hoog gebruik van ambulante zorg door (neuro)psychiaters in Brussel en in de provincies Vlaams- en Waals-Brabant, waar het aanbod uitgebreider is, met respectievelijk 49, 44 en 36 zorgverstrekkers per 100.000 inwoners, tegenover een gemiddelde van 25 op nationaal

Figuur 9: Aantal (neuro)psychiaters per 100.000 inwoners en percentage CM-leden dat gebruik maakt van hun diensten per provincie (bronnen: RIZIV-gegevens 2022 en CM-gegevens 2021)



6 Dit betekent dat de zorgverlener ingeschreven moet zijn bij de Commissie van Psychologen en/of in het bezit moet zijn van een visum en/of een erkenning van de FOD Volksgezondheid (voor alle leden) en/of zijn of haar praktijk moet uitoefenen binnen een door de CM erkende collectieve structuur (alleen voor Franstalige en Duitstalige leden).

niveau (zie Figuur 9). We stellen ook een hoger gebruik vast in de provincies Henegouwen en Luik, terwijl het aantal (neuro)psychiaters relatief laag is in Henegouwen (15 zorgverleners per 100.000 inwoners) en gemiddeld in Luik (26 zorgverleners per 100.000 inwoners). Deze hogere consumptie zou dus een weerspiegeling kunnen zijn van de grotere behoeften van de bevolking in deze provincies, die ook de twee provincies in België zijn met het laagste gemiddelde inkomen (bron: inkomens 2019, StatBel-gegevens 2021).

Eerstelijnspsychologisch traject

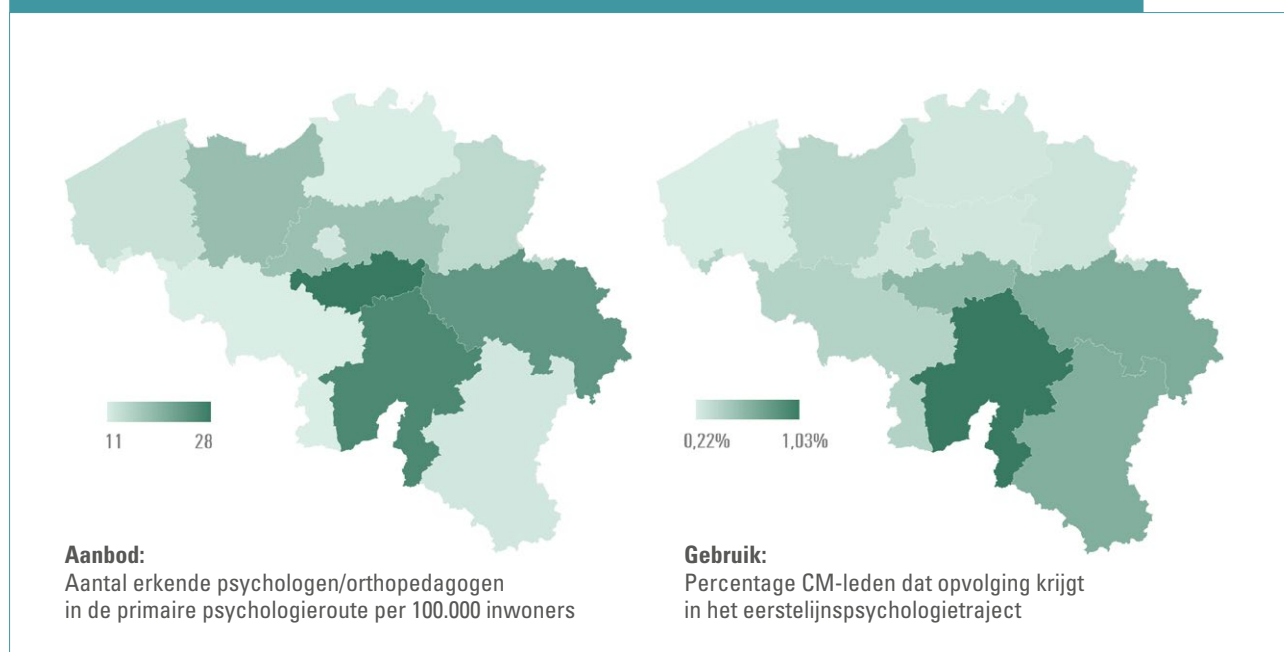
Aangezien psychologische zorg in het kader van het 'eerstelijnspsychologisch traject' nieuw terugbetaalde zorg is, is het normaal dat het aantal geconventioneerde zorgverleners en het zorggebruik nog laag zijn. Wanneer hervormingen worden doorgevoerd, duurt het namelijk enige tijd voordat het aanbod bekend is bij het grote publiek en voordat het aanbod zich aanpast aan de toename van de vraag. Wij zijn echter van mening dat het bijzonder belangrijk is een eerste balans op te maken, zodat het gebruik en de omvang van het aanbod in de toekomst opnieuw kunnen worden geëvalueerd. Hoewel het gebruik ons niet in staat stelt hypothesen te maken over de behoefte, lijkt Figuur 10 te suggereren dat het gebruik afhangt van het aanbod van zorgverleners. Zo is het gebruik het hoogst in de provincie

Namen (1,03% gebruikers onder de CM-leden), waar het aanbod ook groot is, gezien de schaal van distributie op het grondgebied (26 zorgverleners per 100.000 inwoners). In Antwerpen daarentegen, waar het aanbod zeer laag is (11 zorgverleners per 100.000 inwoners), is het gebruik ook zeer laag (slechts 0,27% gebruikers onder de CM-leden). Het zou nuttig zijn de wachttijden en de intensiteit van de activiteit van de zorgprofessionals te onderzoeken om het verband tussen het gebruik en de dichtheid van de zorgprofessionals per provincie beter te begrijpen.

Bij de analyse van het zorggebruik, hebben we bovendien gezien dat ouderen vaker een beroep doen op de opvolging door een psychiater, terwijl jongeren eerder een beroep doen op een psycholoog. Dit houdt gedeeltelijk verband met de beschikbaarheid van het aanbod: de terugbetaling voor jongeren is afhankelijk van specifieke maatregelen op het vlak van aanvullende verzekering en eerstelijnspsychologie.

We stellen vast dat de zorg ongelijk verdeeld is volgens de populatie. Het aanbod binnen de verplichte verzekering is over het algemeen beperkt: er zijn bijna vier keer minder psychiaters dan psychologen, en van de laatstgenoemden is slechts één op de tien geconventioneerd in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject. Bovendien liggen

Figuur 10: Aantal erkende psychologen en orthopedagogen in het kader van het eerstelijnspsychologisch traject per 100.000 inwoners en percentage CM-leden dat gebruik maakt van hun diensten per provincie (Bron: RIZIV-gegevens 2022 en CM-gegevens 2021)



veel factoren inzake het onvermogen om het aanbod te bereiken, buiten het gezondheidszorgsysteem (onder meer de beschikbare tijd voor opvolging, maar ook het gebrek aan kennis over het aanbod).

5. Conclusie en aanbevelingen

De enquête van Sciensano van 2018 bevestigt de bevindingen over de zorgbehoeften: vrouwen, werkenden en mensen in armoede hebben vaker geestelijke gezondheidsproblemen (of het nu gaat om psychische nood of psychische aandoeningen). Deze bevindingen, die reeds in de literatuur werden vastgesteld (zie het artikel van Sholokhova in dit nummer), worden ook bevestigd door de CM-enquête van 2019. Zoals we hebben gezien, maken deze risicogroepen meer gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg, maar niet in een mate die overeenkomt met hun potentiële behoefte in vergelijking met andere bevolkingsgroepen, omdat zij op de vier dimensies van toegankelijkheid specifieke moeilijkheden ondervinden.

Voor vrouwen kan de discriminatie waarmee zij te maken hebben ongetwijfeld een bijzonder licht werpen op de moeilijkheden waarmee zij kampen. De vele verantwoordelijkheden die zij op zich moeten nemen, wegen soms zwaar op hun dagelijks leven en vormen een niet te verwaarlozen mentale belasting. Wanneer echter wordt vastgesteld dat vrouwen het risico lopen psychologische problemen te krijgen, zijn zij verhoudingsgewijs minder geneigd dan mannen om hun problemen te onderkennen en te melden. Als ze dat wel doen, zoeken ze wel vaker dan mannen psychologische hulp of doen ze een beroep op psychotherapie. Wanneer zij dergelijke hulp niet overwegen, is dat echter om andere redenen dan bij mannen: praktische belemmeringen (vooral van financiële aard, maar ook wat het verkrijgen van een afspraak betreft) zijn een reden die vaker door vrouwen wordt aangehaald, in tegenstelling tot mannen, die eerder sceptisch staan tegenover het nut van dergelijke hulp.

De factor die de grootste invloed heeft op het risico om aan een geestelijk gezondheidsprobleem te lijden, is ongetwijfeld armoede. Zoals we hebben gezien, maken mensen met financiële moeilijkheden in het geval van depressie meer gebruik van medicatie en in mindere mate van psychotherapeutische behandeling. Wanneer deze mensen geen geestelijke gezondheidsproblemen hebben, overwegen zij bovendien minder vaak om professionele hulp

te zoeken. Wat het herkennen van problemen betreft, zien we in deze groep een hoge mate van onderrapportering. Wat de aanvaardbaarheid van de zorg betreft, lijken zij, in vergelijking met de meer gegoede groepen, weliswaar niet te denken dat hun problemen vanzelf zullen verdwijnen en zijn zij zich bewust van hun behoefte, maar zij schamen zich meer om hulp te zoeken. Verhoudingsgewijs maken de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming meer gebruik van de opvolging door de psychiater dan van andere vormen van zorg. Het lijkt erop dat dit gebruik wordt gestuurd door de betaalbaarheid, maar het zou ook kunnen dat het wordt gestuurd door de ernst van hun problemen. Het zal niemand verbazen dat de belangrijkste hindernissen voor toegang tot zorg voor deze groep van financiële aard zijn: hoewel de eigen bijdragen om toegang te krijgen tot psychologische zorg voor deze groep laag zijn, zijn ze nog steeds hoog, vooral voor psychologen met een privépraktijk. Zorg die wordt terugbetaald door een aanvullende verzekering is meer dan vijf keer zo duur als zorg die wordt terugbetaald door een verplichte verzekering en blijft financieel grotendeels ontoegankelijk. Wat de beschikbaarheid van het zorgaanbod betreft, is het niet in de armste gebieden (waar het gebruik verhoudingsgewijs hoger is) dat zich de meeste zorgverleners bevinden. Het zou dus nuttig zijn de wachttijden en de intensiteit van de activiteit van de zorgprofessionals te onderzoeken, om een beter inzicht te krijgen in het verband tussen het gebruik en de dichtheid van de zorgprofessionals per provincie.

Het is ook belangrijk rekening te houden met het cumulatieve karakter van deze risico's: in combinatie verhogen deze factoren niet alleen het risico op geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook de toegankelijkheidsproblemen. Wij hebben bijvoorbeeld vastgesteld dat vrouwen die een verhoogde tegemoetkoming krijgen en van buitenlandse afkomst zijn (buiten de Europese Unie), veel minder gebruik van zorg maken dan Belgische vrouwen (al dan niet van buitenlandse afkomst). Hoewel het niet mogelijk is het effect ervan in alle dimensies te meten wegens het gebrek aan gegevens ter zake (met name in de gezondheidsenquête van Sciensano van 2018, maar ook in de CM-enquête van 2019), lijkt nationaliteit een factor te zijn die de toegang beïnvloedt. Er kan echter een reeks hypothesen worden opgesteld betreffende de aanvaardbaarheid van psychologische zorg voor personen van vreemde origine - die lager zou kunnen liggen gezien de culturele afstand, het begrip van de patiënt, de opvoeding en de ondervonden problemen die misschien niet door de zorgwerkers worden begrepen - maar ook betreffende de financiële moeilijkheden die bij deze bevolkingsgroep misschien nog belangrijker zijn en ook betreffende de beschikbaarheid -

met name het feit dat men geen hulpverlener kan vinden die de moedertaal van de patiënt spreekt. Daarom moeten wij in onze toekomstige studies veel aandacht besteden aan deze kwestie.

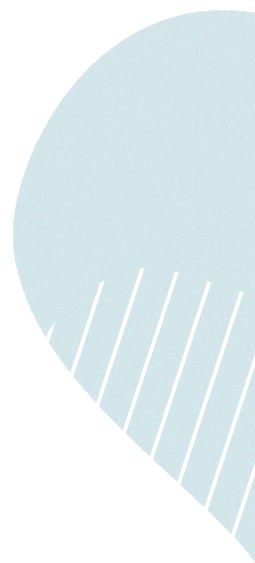
Wij veronderstelden dat als de zorgbehoeften van kwetsbare personen groter zijn, hun zorggebruik even groot moet zijn. Echter, zoals we kunnen zien, zijn risicofactoren (geslacht, armoede, nationaliteit) allemaal bronnen van belemmeringen voor de toegang tot psychologische zorg. Daarom is het van essentieel belang om maatregelen volgens het principe van het proportioneel universalisme te overwegen om de toegang te vergemakkelijken en een geïntegreerd beleid in te voeren om voor alle groepen vergelijkbare resultaten te bereiken. De cumulatieve hindernissen maken sommige groepen uiterst kwetsbaar en de bestaande voorzieningen volstaan niet om deze kansarme groepen te bereiken, voor wie geestelijke gezondheidsproblemen alle andere aspecten van het leven kunnen aantasten. Deze studie heeft getracht aan te tonen dat het mogelijk is kennis te ontwikkelen over het domein geestelijke gezondheid, met inbegrip van de grote gezondheidsongelijkheden waarmee de sector te maken heeft, op voorwaarde dat de politieke wil bestaat om dit aan te pakken.

Wat de gevoeligheid betreft, beschikken we momenteel over gegevens over de vraag naar zorg via gezondheids-enquêtes, maar weten we echter niets over de manier waarop artsen en andere zorgverleners de behoeften identificeren. Daarom is het nodig controle-instrumenten te ontwikkelen voor mensen die een psychologisch traject starten en het aandeel van het verlaagde remgeld te verhogen door artsen op te leiden om zowel naar psychiaters als naar eerstelijnspsychologen te verwijzen.

Met betrekking tot de aanvaardbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg voor de patiënt, moeten de groepen die niet dezelfde gezondheidswinst behalen, verder worden bestudeerd (proportioneel universalisme) en moet het stigma dat er leeft rond de psychologische en psychiatrische zorg en nog steeds groot is, worden verminderd.

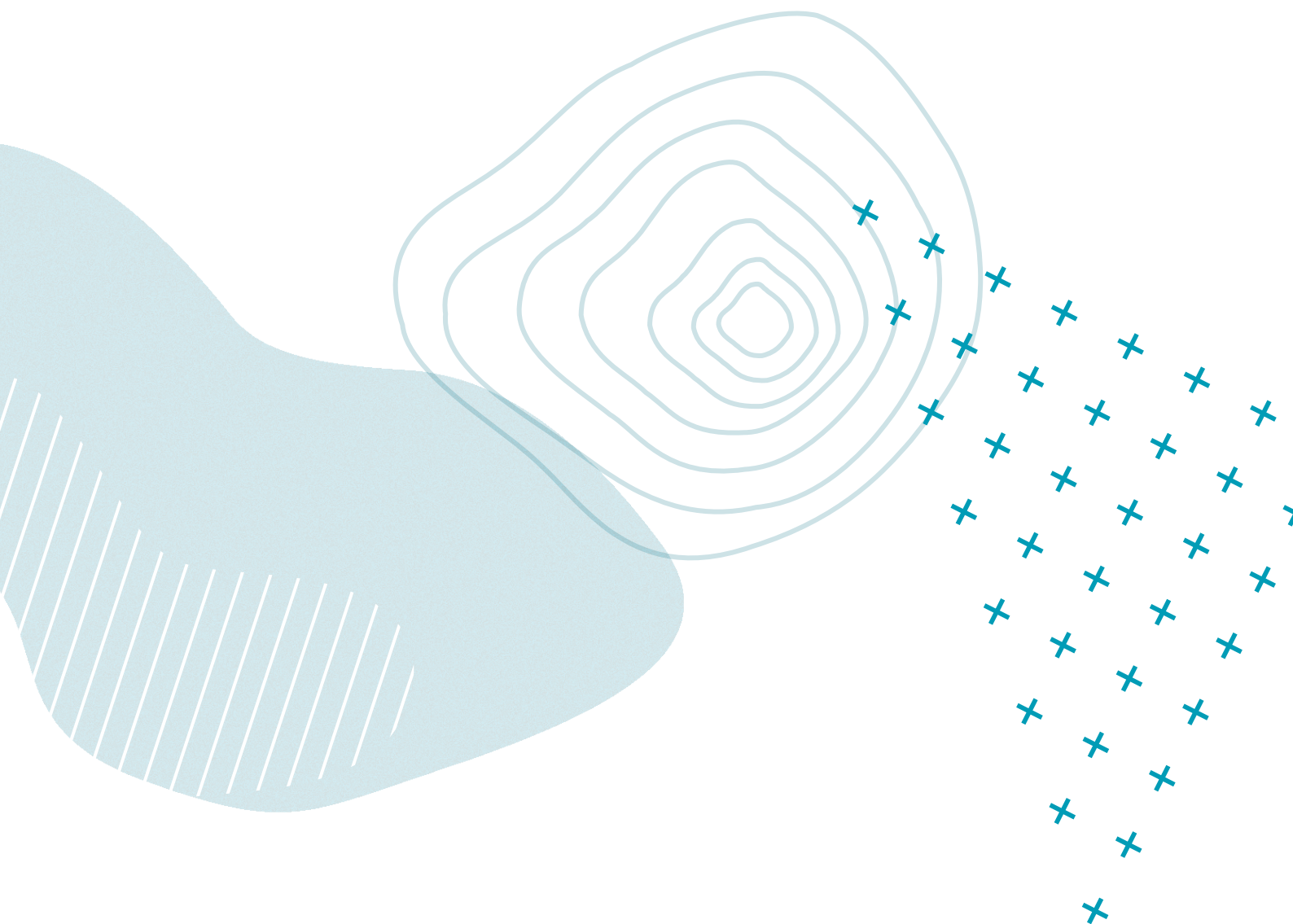
Het zorgaanbod moet eveneens beter beschikbaar worden gemaakt voor de patiënten, door een betere geografische spreiding van zorgverleners, door ervoor te zorgen dat de zorg voor iedereen bereikbaar is, binnen een redelijke afstand en ongeacht de beschikbare vervoermiddelen om er te geraken.

Tot slot moet de betaalbaarheid van de psychologische zorg worden versterkt door de kosten voor de patiënt te verlagen. De hervorming van de eerstelijnspsychologie is in dit opzicht een goede stap voorwaarts; daarom moet worden gewerkt aan een uitbreiding van dit aanbod en moet het worden geëvalueerd. Zoals aangetoond in deze studie, wordt psychologische zorg, die door de aanvullende verzekering wordt terugbetaald, op grote schaal gebruikt door de CM-leden. Het gaat om een reële behoefte, maar de terugbetaling van deze zorg zou kunnen worden herzien, zodat deze voor iedereen toegankelijk is, ongeacht de financiële middelen.



Bibliografie

- Briggs, R., Carey, D., O'Halloran, A., Kenny, R., & Kennelly, S. (2018). Validation of the 8-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale in a cohort of community-dwelling older people: data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *European Geriatric Medicine, 9*, 121-126.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie, 286*, 4-22.
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Sciensano.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation.
- Missinne, S., Vandeviver, C., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Measurement equivalence of the CES-D 8 depression-scale among the ageing population in eleven European countries. *Social Science Research, 46*, 38-47.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van gestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Van de Velde, S., Levecque, K., & Bracke, P. (2009). Measurement equivalence of the CES-D 8 in the general population in Belgium: a gender perspective. *Archives of Public Health, 67*(1), 15-29.
- Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag. *CM-Informatie, 280*, 19-31.



Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België

Een kwalitatief onderzoek bij professionals over behoeften, hindernissen en oplossingen op het gebied van geestelijke gezondheid

Ann Morissens, Rebekka Verniest, Clara Noirhomme en Svetlana Sholokhova — Studiedienst
Met welgemeende dank aan de professionals voor hun waardevolle bijdragen

Samenvatting

De COVID-19-pandemie en de daarmee gepaard gaande beperkende maatregelen hadden een grote impact op onze samenleving. Hierbij ging veel aandacht naar de gevolgen voor de mentale gezondheid, in het bijzonder deze van kinderen en jongeren. De signalen die hierover naar boven kwamen, waren vaak alarmerend.

Op basis van de resultaten van ons voorgaand kwantitatief onderzoek naar de invloed van de coronapandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door kinderen en jongeren, hadden we al indicaties van een verslechterde geestelijke gezondheid (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021). Om meer inzicht te krijgen in de realiteit achter deze cijfers, startten we aanvullend een kwalitatief onderzoek. We interviewden zeer diverse profielen van mensen die dagelijks met kinderen en jongeren werken, zowel in de zorg, het onderwijs als de sociale sector.

De respondenten bevestigden dat de geestelijke gezondheid van veel kinderen en jongeren tijdens de coronapandemie achteruit is gegaan. Ze wezen tegelijk op grote verschillen als gevolg van de ontwikkelingsfase waarin kinderen en jongeren zich bevinden. Maar ook de omgeving waarin ze opgroeien is bepalend. Het is duidelijk dat kinderen en jongeren die opgroeien in een kwetsbare omgeving doorgaans zwaarder zijn getroffen. Verschillende respondenten vermeldden ook specifiek de impact van de schoolsluitingen aangezien de

schoolomgeving een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van jongeren en een belangrijke beschermende factor kan zijn voor het mentaal welzijn.

Verder bleek uit de interviews ook de grote creativiteit en flexibiliteit op het terrein om, rekening houdende met de beperkende maatregelen, toch een antwoord te bieden op bestaande en nieuwe zorgvragen. Vanuit het streven om het contact met de kinderen en jongeren niet te verliezen en zo veel als mogelijk de hulpverlening verder te kunnen zetten, werden heel wat innovatieve methodes, zoals teleconsultaties, ingezet. Hoewel deze methodes zeker enkele voordelen hebben en hun meerwaarde hebben bewezen, vermeldden de respondenten ook enkele belangrijke beperkingen bij het inzetten ervan.

Op basis van de signalen vanuit het werkveld formuleerden we enkele aanbevelingen om in de toekomst kinderen en jongeren beter te kunnen ondersteunen en te beschermen. Hier trekken we volop de kaart van meer in zetten op snellere, laagdrempeligere en betaalbare zorg, preventie en geestelijke gezondheidsbevordering en het zoeken naar een monitoringsinstrument. Om dit te realiseren is samenwerking en overleg nodig, zowel tussen de overheid en het werkveld als tussen de verschillende actoren op het terrein.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, kinderen en jongeren, zorgvraag, zorgaanbod, school, teleconsultaties, preventie en gezondheidsbevordering, COVID-19, kwalitatief onderzoek

1. Inleiding

De COVID-19-pandemie die in maart 2020 de wereld in zijn greep kreeg, had een grote impact op onze samenleving en ons dagelijks leven. Ook kinderen en jongeren werden niet gespaard door de maatregelen in België, en dit terwijl het virus voor hen niet echt levensbedreigend was. Bij de eerste lockdown waren scholen een tijdlang gesloten en werd er overgegaan op afstandsonderwijs. Contacten met leeftijdsgenoten in de vrije tijd en het uitoefenen van hobby's waren haast onmogelijk. Deze beperkingen resulteerden dan ook in een toenemende bezorgdheid over de geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren, en niet in het minst bij de groep die reeds klachten had of bij kinderen en jongeren uit gezinnen met een zwakkere socio-economische positie. Bij deze laatste groep waren er wellicht een aantal bijkomende stressfactoren aanwezig zoals het gebrek aan buitenruimte, financiële stress bij de ouders, beperkte toegang tot computer en internet, en het gebrek aan een rustige plaats om schoolwerk te maken. Voor de groep kinderen en jongeren die een hulpverleningstraject volgden, was er op dat ogenblik slechts beperkte toegang tot psychologische hulpverlening omwille van strikte afstandsregels. Maar zelfs na de lockdown in het voorjaar 2020 bleven verschillende maatregelen van kracht die een invloed kunnen hebben op het welbevinden of de sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Zo bleef afstandsonderwijs voor heel wat middelbare scholieren de norm gedurende langere periodes in 2020-2021.

Nu de coronapandemie weer (even) is gaan liggen, is het een goed moment om een voorlopige balans op te maken van de impact van de pandemie en de bijhorende maatregelen op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren en de manier waarop zorgverleners hiermee omgegaan zijn.

Net zoals voor het begrip 'gezondheid', is het voor 'mentale gezondheid' eveneens belangrijk een brede definitie te hanteren. Dus ook binnen het domein van de geestelijke gezondheid kan de aandacht niet alleen gaan naar de aan- of afwezigheid van psychische aandoeningen of klachten en moet nagegaan worden in welke mate een persoon "in positieve zin goed functioneert" (Vlaams Instituut Gezond Leven), hoe men zich voelt in relatie tot anderen en zichzelf. Het gaat erom het gevoel te hebben zijn capaciteiten en mogelijkheden te kunnen inzetten en stresserende gebeurtenissen het hoofd te kunnen bieden. Maar ook zich op een "nuttige manier te kunnen bezighouden

en op een positieve manier relaties met de mensen op zich heen te kunnen uitbouwen en onderhouden" (Vlaams Instituut Gezond Leven). Deze verschillende elementen vinden we ook terug bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in haar definitie van geestelijke gezondheid: "Geestelijke gezondheid is een toestand van welzijn waarin een individu zich bewust is van zijn of haar eigen capaciteiten, kan omgaan met de normale spanningen van het leven, productief kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap" (Wereldgezondheidsorganisatie, *Investing in Mental Health*, 2003).

Ook voor de komst van COVID-19 waren er al aanwijzingen dat heel wat kinderen en jongeren kampen met geestelijke gezondheidsproblemen en dit in toenemende mate. Volgens de WHO bedraagt de prevalentie van psychische problemen bij kinderen en jongeren wereldwijd ongeveer 20% (Nastasi & Borja, 2016). Als het gaat over geestelijke gezondheid, verdienen kinderen en jongeren bijzondere aandacht. Ze zijn immers extra kwetsbaar en risicofactoren waar ze op jonge leeftijd mee in aanraking komen, zijn vaak bepalend voor hun verdere ontwikkeling en levensloop. De mediane leeftijd voor het ontwikkelen van een psychisch probleem is 18 jaar. Uit literatuuronderzoek blijkt dat bij een één jongere op drie al voor de leeftijd van 14 jaar een psychisch probleem ontstaat. Voor jongeren tot 18 jaar loopt dit al op tot 48%. Deze percentages verschillen naar gelang het type aandoening (Solmi, Radua, & Olivola, 2021).

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 30% van de kinderen tussen 2 en 18 jaar één of meerdere psychische problemen heeft (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Ook het *Health Behaviour of School Age Children*-onderzoek stelde in 2018 een stijging van het aantal mentale problemen vast bij jongeren in Vlaanderen. Zo zag men humeurigheid, zenuwachtigheid en slaapproblemen toenemen (Dierckens, Delaruelle, & Deforche, 2021). De COVID-crisis heeft deze problemen nog verscherpt (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Terzelfdertijd is er vanuit verschillende hoeken ook meer aandacht gevraagd voor geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Zo waren er in het voorjaar van 2021 verontrustende berichten over het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren en slaakten kinderpsychiaters een hulpkreet over het gebrek aan plaatsen en lange wachtlijsten (Kestens & Crommen, 2022; Maes, 2021; De Meulenaere, Crommen, & Danckaerts, 2021). Ook de Belgische Pediatrische COVID-19-Taskforce, een informeel netwerk opgericht in maart 2020, uitte vooral bezorgd-

heid over de situatie van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen, onder wie de nood aan sociale contacten overduidelijk hoog was (InTijdenVanCorona#8, 2020).

Uit bovenstaande blijkt dat het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren, mede omwille van de beperkende maatregelen tijdens de coronapandemie, in 2021 erop achteruitgegaan is. Via deze studie hebben we via diepte-interviews de ervaringen van het brede werkkterrein bevestigd om zo de gevolgen van de pandemie voor het welbevinden van kinderen en jongeren beter te begrijpen. Ook de gevolgen voor de zorgverleners zelf kwamen aan bod. Op die manier krijgen we een transversaal visie van de situatie en kunnen we ook knelpunten en uitdagingen identificeren, waar in de toekomst aan gewerkt kan worden.

2. Methode

2.1. Doelstellingen en motivering van het onderzoek

De verslechtering van de geestelijke gezondheid van de jongeren in België sinds het begin van de COVID-19-pandemie deed verschillende vragen rijzen. We vroegen ons af wat de vooruitzichten waren voor de geestelijke gezondheid van jongeren in België. Daarom wilden we begrijpen hoe jongeren precies werden getroffen door de crisis als gevolg van de pandemie. Wat waren de mechanismen achter de verslechtering van hun geestelijke gezondheid? Welke factoren hadden een negatieve invloed en welke hadden een positieve invloed kunnen hebben op de manier waarop kinderen en adolescenten de afgelopen twee jaar hebben beleefd?

Wij wilden eveneens nagaan welke moeilijkheden er waren (en nog steeds zijn) voor terreinactoren in het brede werkveld van de geestelijke gezondheid in België. Welke ondersteuning is er beschikbaar voor het jonge publiek? Hoe zijn de verschillende diensten met de situatie omgegaan? En wat heeft de pandemie voor hen veranderd? Ten slotte wilden we weten wat er kan worden gedaan met het oog op, wat sommigen omschrijven als, «de tweede pandemie» of «tijdboom». Dit is de explosie van geestelijke gezondheidsproblemen die zal volgen op de crisis die is veroorzaakt door de COVID-19-pandemie en waarvan de tekenen nu al worden waargenomen.

2.2. Onderzoekopzet

Om bovenstaande vragen te beantwoorden zijn gegevens over gezondheidszorggebruik niet voldoende aangezien deze slechts een deel van de vraag naar gezondheidszorg weerspiegelen. Per definitie blijft een deel van de vraag door deze gegevens niet geobjectiveerd omdat deze niet altijd door gezondheidsdiensten zelf beantwoord wordt. Bovendien is de vraag naar zorg, zoals uitgedrukt, nooit gelijk aan de behoefte. Want enerzijds blijft een deel ervan onuitgesproken (mensen zien hun behoefte wel, maar raadplegen niemand of volgen geen behandeling) en anderzijds wordt de behoefte niet altijd door de mensen zelf waargenomen (Cès, 2021). Evenzo wordt de realiteit van op het terrein slechts gedeeltelijk weergegeven in de cijfers over het gebruik van zorg.

Om inzicht te krijgen in de moeilijkheden en belemmeringen die medewerkers in verschillende sectoren ondervonden om tegemoet te komen aan de psychologische behoeften van jongeren en hun gezonde ontwikkeling te ondersteunen, is het nodig te luisteren naar de betrokkenen zelf. Daarom besloten we een kwalitatieve studie uit te voeren naar de ervaringen van terreinactoren in verschillende sectoren die actief zijn rond de geestelijke gezondheid van jongeren.

Voor een volledig beeld moeten echter ook de ervaringen van kinderen en jongeren worden geanalyseerd. Hoewel hun ervaring in onze studie indirect aan bod is gekomen (via de getuigenissen van zorgverleners), stellen wij in dit nummer van Gezondheid & Samenleving ook het UNICEF-rapport (UNICEF, 2022) voor over de ervaringen van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. Het vormt een mooie aanvulling op dit onderzoek.

Om onze studie uit te voeren, hebben wij de getuigenissen van veldwerkers verzameld door middel van individuele interviews. De interviews werden door de onderzoekers afgenomen in de taal van de ondervraagde en duurden gemiddeld een uur. Wij hebben ervoor gekozen de interviews semigestructureerd uit te voeren, dit is volgens een gemeenschappelijk schema van open vragen (uiteengezet in de interviewgids), maar die door de onderzoeker in de gewenste volgorde konden worden gesteld. De interviews werden opgenomen en vervolgens getranscribeerd.

Het literatuuroverzicht en de kwantitatieve gegevens uit eerdere studies vormden de basis voor de interviewgids die uit twee delen bestond. Het eerste deel was gewijd aan de evoluties in de geestelijke gezondheid van jongeren en in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg sinds het begin van de pandemie. Het tweede deel ging in op het antwoord op deze zorgvraag en het (aangepaste) zorgaanbod. Er werden telkens twee soorten vragen geformuleerd naargelang van het type veldwerker, omdat zowel mensen binnen de sector gezondheidszorg als binnen de onderwijs- en sociale sector bevraagd werden.

2.3. Steekproef

De personen die voor de interviews werden uitgenodigd, werden geselecteerd aan de hand van desktop research en het eigen netwerk. Alle deelnemers zijn actief in een organisatie in de sociale sector, de gezondheidszorgsector of de onderwijssector. De rekrutering vond plaats in de periode van juni tot oktober 2021 en was niet gemakkelijk omwille van de hoge werkdruk bij de zorgverleners als gevolg van de toename van het aantal hulpvragen. De interviews vonden plaats in de maanden oktober en november 2021. Bij het rekruteren van de deelnemers werd gestreefd naar een evenwicht qua taal, opleiding en regio. Alle deelnemers gaven hun vrije en geïnformeerde toestemming voor deelname aan het onderzoek.

Aan het onderzoek hebben 25 personen deelgenomen: 14 Nederlandstaligen en 11 Franstaligen, 4 mannen en 21 vrouwen. 9 personen zijn werkzaam in Wallonië, 1 in Brussel, en 15 in Vlaanderen. Hun leeftijd varieerde van

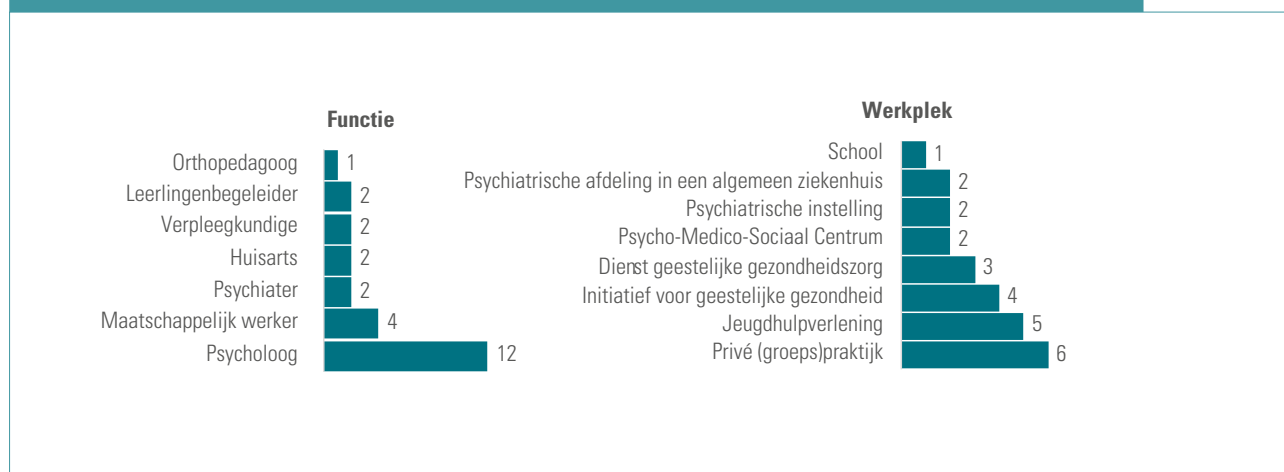
25 tot 62 jaar, waarbij de meeste deelnemers tussen de 30 en 50 jaar oud waren. 21 personen hadden een universitaire opleiding en 4 personen een professionele bachelor. De meeste deelnemers hebben meer dan 10 jaar werkervaring en 9 deelnemers hebben meer dan 20 jaar ervaring.

De verdeling van de deelnemers volgens type opleiding en werkplek is vrij breed (zie Figuur 1). Bovendien werkt bijna de helft van de deelnemers in groepsverband samen met andere collega's, soms binnen multidisciplinaire teams. Voorts werkt de helft van de deelnemers specifiek met kinderen en adolescenten van alle leeftijden, terwijl de andere helft alleen met adolescenten werkt of met kinderen vanaf 2-3 jaar. Acht deelnemers werken specifiek met kwetsbare en/of gediscrimineerde groepen.

2.4. Analyse

De interviews werden thematisch geanalyseerd en gecodeerd met behulp van Nvivo software. De codering gebeurde op een iteratieve manier en omvatte zowel de thema's die afgeleid werden uit de literatuurstudie en de CM-gegevens, als de nieuwe elementen die uit de getuigenissen naar boven zijn gekomen. Dit betekent dat in gevallen waarin elementen uit de getuigenissen van de geïnterviewden niet konden worden gelinkt met gegevens uit andere bronnen, dit geen afbreuk deed aan de getuigenis. Met andere woorden, literatuur en kwantitatieve gegevens werden gebruikt om wat gezegd werd waar mogelijk te contextualiseren, niet om het te bevestigen of te ontkrachten.

Figuur 1: Verdeling van de deelnemers naar type functie en werkplek





Het hoofddoel van de analyse van de interviews was het bestuderen van een aantal fenomenen. Enerzijds wilden we begrijpen wat we op basis van de cijfers hadden vastgesteld (zowel uit onze vorige studie als uit andere studies). Hoe kan men bijvoorbeeld verklaren dat de teleconsultaties het aanbod van raadplegingen niet hebben kunnen compenseren? Of meer in het algemeen, hoe kunnen we de verslechtering van de gezondheid van jongeren verklaren aan de hand van de toename van het aantal ziekenhuisopnames, het gebruik van de spoeddiensten, enz.? De belangrijkste resultaten van onze analyses hebben betrekking op de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren (3.1.), de gevolgen voor het zorgaanbod (3.2.), de problemen die zich in de praktijk voordoen (3.3.) en de rol van scholen bij de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij jongeren (3.4.).

Anderzijds gingen de vragen waarop we een antwoord zochten over de wijze waarop de pandemie beleefd werd, niet alleen door kinderen en jongeren, maar ook door de medewerkers op het terrein, alsook op de lessen die eruit

moeten worden getrokken. In deel 4 kunnen de aanbevelingen teruggevonden worden die we formuleren op basis van de resultaten van onze interviews en de eerder verschenen aanbevelingen sinds het begin van de pandemie.

2.5. Beperkingen van de studie

Een eerste beperking van onze studie betreft de veralgemening van onze resultaten. Uit onze getuigenissen kan niet worden afgeleid hoeveel beroepskrachten op de een of de andere manier denken of hoeveel kinderen met dit of dat probleem te maken hebben. Het doel van onze studie was na te gaan met wat voor moeilijkheden jongeren en de professionals die met hen werken, worden geconfronteerd. Ten tweede is het mogelijk dat bepaalde problemen en moeilijkheden niet aan bod zijn gekomen tijdens onze interviews. Om deze mogelijkheid te ondervangen, hebben wij de vragen die als leidraad voor de interviews dienden, opgesteld op basis van een breed literatuuronderzoek en dus op basis van de resultaten van het werk van andere onderzoekers.

3. Resultaten

3.1. De gevolgen van de COVID-19-pandemie voor het welbevinden van kinderen en jongeren

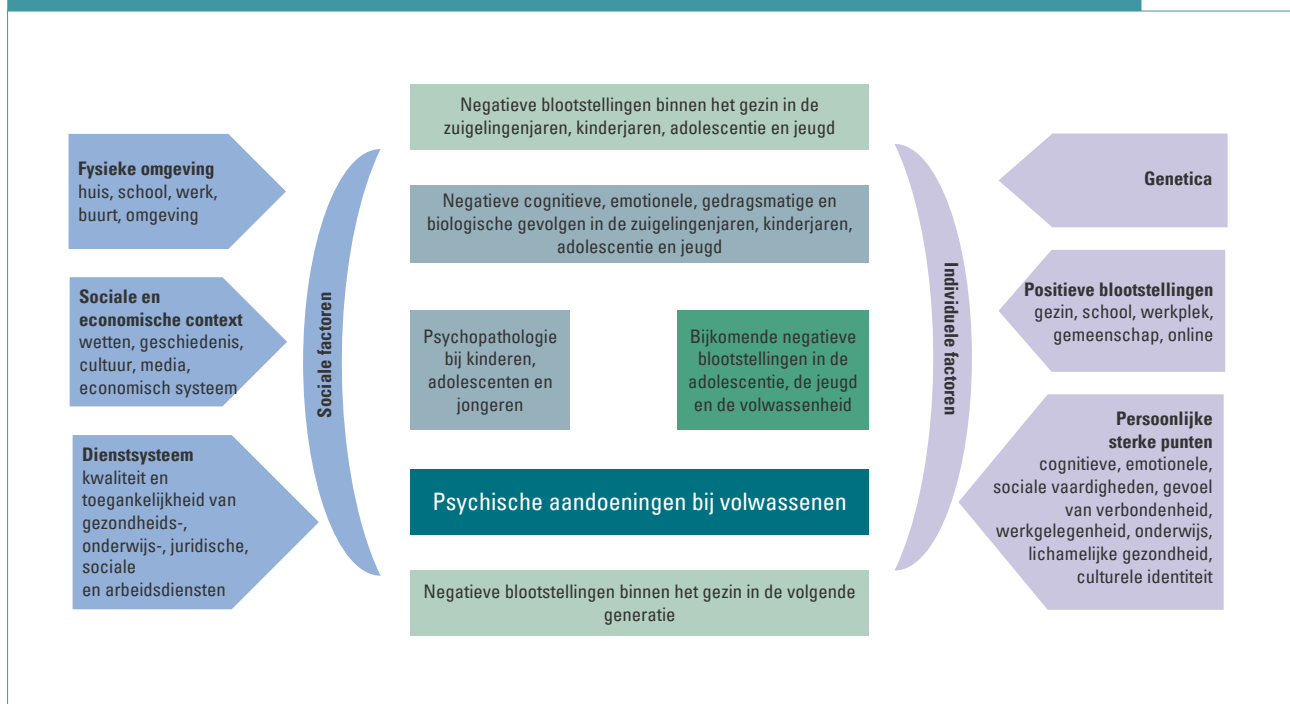
3.1.1. Beschermende en risico verhogende factoren

Alvorens we in meer detail ingaan op de vaststellingen uit onze interviews, gaan we kort in op factoren die de kans op mentale problemen bij kinderen en jongeren verminderen (beschermende factoren) of verhogen (risicofactoren). Het risico om ernstige mentale problemen te ontwikkelen op latere leeftijd kan reeds zijn oorsprong hebben in de baby-, kindertijd en adolescentie (zie Figuur 2). Ook de prenatale periode speelt al een rol. *Infant Mental Health (IMH)* is een thema dat de laatste jaren terecht aan belang wint en dat zich richt op het emotioneel en relationeel welbevinden van de allerkleinsten en dat van hun ouders. Ook heel jonge kinderen kunnen reeds problemen hebben, al zijn de symptomen van onwelbevinden bij deze kinderen vaak subtieler, waardoor ze minder snel gedetecteerd worden. Toch is het belangrijk om hier aandachtig voor te zijn en ze indien nodig te behandelen.

Zowel op individueel vlak (microniveau) als op sociaal vlak (meso- en macroniveau) kunnen er beschermende en risicofactoren aanwezig zijn. Niet alleen het gezin, maar ook de schoolomgeving spelen een belangrijke rol. Zo kan een gezin waarin het kind steun ervaart, het kan praten over problemen en het gevoel heeft dat er geluisterd wordt een beschermende factor zijn. Een gezin waar daarentegen veel conflicten heersen, of waar financiële moeilijkheden zijn, kan een risicofactor vormen. Een school met een anti-pestbeleid kan beschermend werken, omdat het een halt toeroept aan de risicofactor pesten. Maar ook de kansen om met leeftijdsgenoten in interactie te gaan, kunnen beschermend werken. Daarnaast zijn ook de sociale context en het dienstensysteem belangrijk. In deze studie zijn we vooral geïnteresseerd in de toegankelijkheid en de kwaliteit van het geestelijke gezondheidssysteem en het onderwijs. We gaan ervan uit dat als deze toegankelijk en kwaliteitsvol zijn, ze een beschermend effect kunnen hebben. Wanneer dit niet zo is, zal er veeleer een verhoogd risico zijn op psychische problemen.

Als we dit algemeen schema in de context van de COVID-19-pandemie plaatsen, zien we dat deze een enorme invloed heeft op zowel de individuele als sociale factoren (inclusief de economie, maar ook het gezondheidssysteem) en dat de beschermende factoren hierdoor onder

Figuur 2: De oorsprong van psychische aandoeningen bij volwassenen
(Bron: Furber, et al., 2015)



druk kwamen te staan, waardoor de risicofactoren de bovenhand kregen. Zo viel het beschermende effect van de sociale interactie met leeftijdsgenoten weg door de schoolsluitingen. In veel gezinnen ontstonden stresssituaties (thuiswerken in combinatie met de zorg voor kinderen, angst om ziek te worden, werkloosheid, te veel mensen op kleine oppervlakte, enz.). Op basis van de hypothese dat het beschermende effect wegviel, verwachtten we dan ook een toename van mentale problemen bij kinderen en jongeren.

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen geestesziekten en geestelijk onwelbevinden. Geestelijke gezondheid is geen binaire toestand (waarin men ziek of gezond is), maar "bestaat uit een complex continuüm, met ervaringen die variëren van een toestand van optimaal welzijn tot slopende toestanden van groot lijden en emotionele pijn" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022, p. 13). Dus net zoals iemand een lichamelijk gezondheidsprobleem kan hebben en toch in goede lichamelijke gezondheid verkeert, is het mogelijk om een hoger niveau van geestelijk welzijn te hebben, zelfs als men matige of ernstige symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen heeft (voor meer over dit onderwerp, zie het artikel van Sholokhova in dit nummer). In de huidige studie hebben wij ons evenzeer gericht op de symptomen van psychische aandoeningen als op het onwelbevinden van kinderen en adolescenten in de context van de crisis veroorzaakt door de COVID-19 pandemie.

3.1.2. Hoe de pandemie de beschermende factoren neerhaalde

Gezinnen onder druk

Op basis van onderzoek naar beschermende factoren voor mentale problemen, gaan we ervan uit dat kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin met kenmerken die een beschermend effect kunnen hebben, minder negatieve gevolgen zullen ervaren vergeleken met kinderen die opgroeien in een gezin waar die beschermende factoren niet of minder aanwezig zijn (Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008). Evenzo zullen kinderen uit kwetsbare gezinnen waarschijnlijk meer te lijden hebben onder de gevolgen van de coronacrisis. De deelnemers aan onze studie bevestigden dit. De pandemie en de bijhorende maatregelen hebben gezinnen enorm onder druk gezet. De kans op spanningen en conflicten in de thuissituatie is hierdoor zeker toegenomen tijdens de covidperiode.

Daarnaast worstelden ouders, volgens de respondenten, ook met de combinatie van thuiswerken en de zorg en het

thuisonderwijs voor de kinderen. Zeker voor ouders met zeer jonge kinderen was deze combinatie een enorme uitdaging. Deze situaties kunnen tot spanningen leiden in een gezin en zo ook een invloed hebben op het gedrag van kinderen (Crescentini, et al., 2020; Spinelli, Lionetti, Pastore, & Fasolo, 2020).

"Maar inderdaad bijvoorbeeld als er thuis, allez als iemand al een, ja een bepaalde situatie heeft en dat bevindt zich vooral, allez dat wordt versterkt door in huis bijvoorbeeld, als ge met 7 kinderen op een appartement zit, en ze hebben allemaal hun eigen problematiek, dan is dat niet versterkend om daar plots drie weken 24/7 allemaal samen op een kleine ruimte te zitten, waardoor dat iedereen eigenlijk gewoon al on edge loopt of iedereen al allez zeer lange tenen heeft, waar dat het eigenlijk niet lang duurt dat zo iets dan eigenlijk kan escaleren."

Door stress, andere spanningen en het voortdurend samenleven in hetzelfde huis, ontstonden er in sommige gezinnen explosieve situaties. Tijdens onze interviews kwam dit onderwerp ook aan bod. Onder meer de sector van bijzondere jeugdzorg stond voor een enorme uitdaging omdat ze door de lockdown kinderen en jongeren in sommige gevallen naar huis moest sturen, ook waar er potentieel gevaarlijke thuissituaties waren. In de meest extreme vorm werden er gevallen van kindermisbruik gemeld.

Het gebrek aan sociale contacten en interacties

Niet enkel het gezin, maar ook sociale contacten met leeftijdsgenoten kunnen een beschermend effect hebben en bijdragen aan het voorkomen van mentale problemen. Ook op dit vlak bleef de pandemie helaas niet zonder gevolgen en werden jongeren geconfronteerd met schoolsluitingen, afstandsonderwijs, het wegvallen van hobby's, het dragen van mondklappers, het gebruik van het Covid Safe Ticket, enz.. Al deze maatregelen maakten hun leefwereld veel beperkter met weinig ruimte voor spontaniteit. Hun leven speelde zich ook vaak noodgedwongen digitaal af, waardoor ze heel veel tijd voor schermen doorbrachten en echte *face-to-face*-contacten beperkt bleven.

Terwijl voor jonge kinderen vooral de ouders en de familie de spil zijn van hun netwerk, is een groep van *peers*, buiten de familie, net heel belangrijk voor jongeren en hun ontwikkeling (Ince & Kalthoff, 2020, p. 28; Maes, 2021). In normale omstandigheden is de school een belangrijke plaats waar jongeren de meeste van deze contacten heb-

ben (Gorrese & Ruggieri, 2013). Bij schoolsluitingen en lange periodes van afstandsonderwijs is het net die interactie, die bescherming biedt, die onder druk komt te staan. De beperkingen rond sociale interactie bleven helaas een constante, niet alleen tijdens de periode van lockdown. Zelfs wanneer er versoepelingen waren, behielden heel wat scholen afstandsonderwijs en golden ook voor vrijetijdsactiviteiten nog vaak beperkingen. Dit maakte het voor jongeren moeilijk om elkaar te ontmoeten zoals ze dat gewoon waren. Er waren misschien wel online en telefonische contacten, maar het zijn toch vooral de *face-to-face*-contacten die belangrijk zijn. Onze respondenten maakten melding van problemen van eenzaamheid bij jongeren. Vaak ging dit gepaard met angst en/of depressieve gevoelens.

“Dat dan jongeren die het ook moeilijk hadden, die gewoon vereenzaamd zijn. Gewoon in de jaren voordien hadden ze een motivatie van ja kijk, ik moet daar naartoe of ik kan dit of ik kan dat doen, om hen zelf een beetje recht te trekken. Maar lijk nu van ja, waarom zou ik nog opstaan? Waarom zou ik nog douchen? Waarom zou ik zelf mijn huis uitkomen buiten voor naar de Carrefour te gaan? En dan zie je gewoon dat puur de focus daarrond is. En eigenlijk is dat ook, allez ja, dat is ook, ja dat is ook logisch of dat werkt dat ook in de hand, zeker bij jongeren is dat niet evident. En dan merkt ge ook wel dat daar ook een impact op heeft.”

Een andere veelgehoord probleem waarmee zorgverleners geconfronteerd werden, en dit was iets dat niet meteen opdook, was het gebrek aan perspectief en de onzekerheid die jongeren parten begonnen te spelen. Dit manifesteerde zich voornamelijk in een latere fase van de pandemie, na de eerste periode van lockdown.

“En wat wij heel erg horen is het, enerzijds denk ik, wat een logisch is als er sprake is van een langdurige pandemie, het gebrek aan perspectief, het gebrek aan sociale verbinding, maakt dat jongeren angstig en somber worden, veel angstiger en somberder dan ze normaal zouden zijn, jongeren die afstuderen, die naar de hogeschool of universiteit gaan of starten met werken. Normaal is dat vloeiender, en dan nog is het spannend, voor een heel aantal jongeren is dat heel problematisch geweest en zij zijn helemaal geïsoleerd geraakt.”

Het gebrek aan perspectief heeft grote wonden geslagen. Bij onze respondenten hoorden we dat er niet enkel een toename was van het aantal kinderen en jongeren met problemen, maar ook dat de problemen ernstiger waren en dat er ook meer heropnames waren¹. Het gaat hier dan over zelfdodingsgedachten, zelfdodingspogingen, depressies of zelfbeschadiging, evenals ernstige vormen van eetstoornissen of ernstigere symptomen bij andere aandoeningen. Bij jongere kinderen werden er problemen rond verlatingsangst gemeld. Onze respondenten maken zich eveneens zorgen over de gevolgen van de pandemie op langere termijn. Ze verwachten dat de problemen niet meteen zullen verdwijnen. Daarenboven geven ze aan en dat de omvang ervan nog niet helemaal duidelijk is.

“Dat is meer suïcide ook en zo. Zwaardere casussen die eigenlijk echt naar boven kwamen.”

Wat de scholen betreft, kregen we van respondenten signalen dat de druk op de kinderen en jongeren ook na de heropening groot was. Zo is sterk ingezet op het inhalen van leerachterstanden en kregen kinderen en jongeren soms de boodschap dat de lat opnieuw hoger gelegd zou worden. Het is nog onduidelijk wat hiervan de impact zal zijn op hen.

“Eind juni 2020 zijn veel jongeren erdoor gelaten, maar heel veel jongeren, bijvoorbeeld op school, hebben dan in september 2020 de boodschap gekregen ‘En nu gaan we de zweep erop leggen, want heel veel van jullie zouden eigenlijk niet overgegaan zijn als corona er niet geweest was’, en dat is iets wat wij merken, van een combinatie van een beetje een gebrek aan perspectief en die hoge schoolse druk en maatschappelijke druk, dat dat voor jongeren, ja, echt wel hen de das om doet.”

De verslechterende situatie op het gebied van de geestelijke gezondheid leidt tot een verzaaging van het netwerk van gezondheidszorg. In deel 3.3. gaan we in op de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. De beschikbaarheid van kwaliteitsvolle en betaalbare zorg kan, net zoals het gezin of de school, een beschermend effect hebben op het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren. We weten dat er reeds pre-COVID-19 problemen met toegankelijkheid waren. Daarbij zagen we tijdens de pandemie een toename

¹ Ook in het rapport van de Hoge Gezondheidsraad werd verwezen naar een enquête bij zorgverleners waarbij 58,8% aangeeft dat er “veel meer nieuwe aanvragen zijn dan gebruikelijk” en voor 92,8% zijn de gevallen (veel) zorgwekkender dan normaal (Hoge Gezondheidsraad, 2021).

van problemen bij kinderen en jongeren. Dit in combinatie met de beperkende maatregelen waar de zorgsector, net zoals de scholen en de samenleving, mee geconfronteerd werden. We verwachten dan ook dat de pandemie de situatie niet eenvoudiger zal gemaakt hebben. In de volgende paragraaf gaan we na hoe professionals zich hebben aangepast.

3.2. Aanpassingen aan het (zorg)aanbod tijdens de pandemie

De COVID-19-crisis was zonder twijfel een enorme uitdaging voor de volledige gezondheidssector. Toch werd er in de Belgische media hoofdzakelijk bericht over de druk op de afdelingen intensieve zorgen en was er zeker in de eerste fase minder aandacht voor andere zorgsectoren, met uitzondering van de woonzorgcentra. Maar de pandemie bemoeilijkte eveneens het werk van zorgverleners die kinderen en jongeren opvangen en ondersteunen bij mentale gezondheidsproblemen. Scholen, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), voorzieningen in de bijzondere jeugdzorg en wijkwerkingen moesten ook snel schakelen om leerlingen en jongeren te blijven bereiken en ondersteunen. We vinden het belangrijk om na te gaan hoe deze groep van zorgverleners en andere betrokkenen, met de beperkingen ten gevolge van COVID-19-pandemie omgingen en wat ze deden om hun gebruikers, leerlingen en jongeren, te bereiken. Wij concentreren ons hier op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de steun voor jongeren.

Het beeld dat uit onze interviews naar voor komt is er één van heel veel inzet, flexibiliteit en inventiviteit bij de verschillende professionals op het terrein. Alle sectoren zijn snel geschakeld. Periodes waarin er helemaal geen zorg of ondersteuning werd geboden zijn veelal beperkt gebleven. Maar ondanks de inspanningen op het terrein, zal het wegvallen van contextgerelateerde hulpverlening gedurende langere tijd mogelijks wel een impact hebben voor de kinderen en jongeren. Net omdat het werken aan de context vaak belangrijk is om problemen op te lossen.

Ook de psychische en psychologische hulpverleners zijn snel kunnen schakelen, al dan niet met een aantal aanpassingen aan hun dienstverlening. De meeste organisaties en zorgverleners hebben in de eerste plaats ingezet op het behouden van het contact met de kinderen en jongeren, niet in het minst omdat dit belangrijk is voor het voortzetten van therapie in de toekomst. Daarbij gingen ze vaak creatief te werk. In heel wat gevallen wordt echter ook het ganse gezin betrokken bij therapie. Omwille

van de maatregelen was dit echter lange tijd niet mogelijk en hebben de meeste organisaties dit luik dan ook noodgedwongen geschrapt.

Soms wordt er ook in groep gewerkt, opdat jongeren steun kunnen vinden bij elkaar en ook leren van elkaar, maar daar stootte men op dezelfde problemen als het werken met het gezin en familie omwille van de afstandsregels. In het najaar 2021 werden deze werkingen weer mondjesmaat opgestart voor zover de maatregelen dit toelieten.

“Nu is dat [onze groepswerking] terug, we hebben nu dinsdag groep... maar ik denk dat het te risicovol is om eigenlijk jongeren uit verschillende scholen te beginnen mengen... om dan terug te moeten uitstellen. Dan merken we ook van... wat doen wij in die groepen? Ja, goed, we zetten er een aantal met dezelfde problematiek bij elkaar en die leren eigenlijk van elkaar. Ja, dat is nu ook weggevallen.”

3.2.1. Hulpverlening op afstand, teleconsultaties en videobellen

Naar aanleiding van de strikte lockdown in maart 2020 schakelden de meeste zorgverleners snel over op digitale (videobellen) of telefonische hulpverlening om zo op afstand toch de nodige ondersteuning en zorg te bieden. Uit een intermutualistische bevraging bij volwassenen blijkt dat de meeste respondenten tevreden waren over deze hulpverlening op afstand, maar dat ze het vooral als een tijdelijke oplossing zagen. Bij de hulpverlening door psychologen of psychiaters, vond het digitale contact in respectievelijk 95% en 76% plaats met de vaste zorgverlener. Het ging hierbij meestal over het opvolgen van een bestaand probleem (Avalosse, et al., 2020). Maar hoe zit het met het gebruik van teleconsultaties bij kinderen en jongeren? Uit onze interviews met gezondheidsprofessionals blijkt dat zij deze methodes in de eerste plaats gebruikten om contact te behouden. Voor sommige zorgverleners was het niet vanzelfsprekend om de stap naar teleconsultaties te zetten. Voor anderen verliep deze omschakeling zonder al te grote problemen en de uitkomst overtrof geregeld de verwachtingen.

Voordelen van teleconsultaties

Heel wat zorgverleners gaven aan positief verrast te zijn over de mogelijkheden van digitaal werken en telefonische contacten. De trend om op afstand te werken was zeker al beperkt aanwezig, maar kwam door de pandemie in een stroomversnelling, waardoor er ook na de pandemie nog vruchten van geplukt worden.

Tijdswinst wordt door zorgverleners, en tot op zeker hoogte ook door jongeren, als een voordeel gezien. Voor zorgverleners zorgde de pandemie er ook voor dat de digitale systemen sneller en beter op punt kwamen te staan. En dat die ook ingezet werden voor overleg met meerdere actoren. Op die manier werd er tijd bespaard en hoefde men niet telkens opnieuw hetzelfde verhaal te doen.

“Een aantal jongeren, die vonden dat wel fijn en die gaven aan van ja, dat is goed, dan hoef ik mij niet te verplaatsen, zeker in de winter, als het regent, dan vind ik het wel tof dat ik vanaf mijn kamer kan spreken met u en dat ik niet helemaal naar dat [organisatie]-huis moet fietsen. Dus zo waren er ook een aantal, maar dat was de absolute minderheid.”

Een digitale afspraak is ook makkelijker in te plannen, zeker in overvolle agenda's. Dit laatste is vooral een voordeel voor de zorgverleners zelf, maar ook voor gezinnen is het niet altijd evident om zorgafspraken in te plannen of zich te organiseren om naar een afspraak te gaan. Digitale consultaties zijn ook sneller in te passen en kunnen een oplossing zijn als er zich iets dringends voordoet en er niet veel tijd is. Dit is de reden waarom een aantal geïnterviewde zorgverleners ook in de toekomst nog gebruik zullen maken van telefonische of videogesprekken.

“Men moest zich niet verplaatsen, men moest geen babysit zoeken voor de kinderen, men was ook thuis, men voelde zich veiliger, ja, men kon niet zien hoe dat ze gekleed waren. Dus, er kwamen een boel dingen, waardoor dat daar bijvoorbeeld is gekozen om die online te houden, ook al mochten die terug face-to-face. Dat is op vraag van de deelnemers gebeurd.”

Digitale toepassingen werken voor sommigen drempelverlagend aldus onze respondenten. Zo is een chat bijvoorbeeld veel anoniemer, waardoor jongeren minder geremd zijn om hun verhaal te doen. Een chat kan ook goed werken voor jongeren die moeite hebben met sociale interactie. In een chat is er geen direct contact, wat bijvoorbeeld voor bepaalde jongeren met autisme net goed werkte.

Beperkingen van teleconsultaties

Telefonisch contact en videogesprekken zijn echter niet voor iedereen even goed inzetbaar. Zo zijn ze volgens onze respondenten beter inzetbaar voor jongeren dan voor kinderen, maar zeker veel minder geschikt voor jonge kinderen. Voor laatstgenoemde groep wordt er immers vaak gebruik gemaakt van spelletjes, of andere methodie-

ken in de therapie en dat is in een digitale omgeving haast onmogelijk. Kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap, of die zwakbegaafd zijn, zijn eveneens groepen voor wie op afstand werken niet goed werkt. Zorgverleners gaven aan dat ze net die doelgroepen zagen afhaken als ze met digitale gesprekken werkten.

Voor jongeren biedt digitaal contact wel mogelijkheden, al moet men ook rekening houden met de thuissituatie. En dan is er ook nog de praktische kant. Om een digitaal contact tot stand te brengen moet iedereen over de nodige middelen, apparatuur en de nodige vaardigheden beschikken. Dit geldt niet alleen voor de kinderen en jongeren, maar ook voor de professionals.

“Ik weet dat de laatste maanden videoconferenties zeer zeer sterk ontwikkeld zijn bij de psychologen. Maar persoonlijk ben ik daar geen voorstander van, want in de eerste plaats moet je technisch goed uitgerust zijn hé, zowel de psycholoog, maar ook het gezin.”

En zelfs wanneer het materiaal beschikbaar is, kan het gebrek aan privacy parten spelen. Dit is zeker zo wanneer het gaat om gezinnen die op kleinere oppervlaktes leven, maar ook in andere situaties. Tijdens een online-consultatie bestaat immers altijd de kans dat ouders of andere gezinsleden meeluisteren. Dit kan een drempel zijn voor jongeren die om die reden soms afhaken, aldus onze respondenten.

“We hebben dat bevraagd bij een aantal jongeren. We merken dat dat weinig ideaal was, dus als jongeren konden kiezen, kozen ze er heel vaak voor om naar het huis zelf te komen, simpelweg omdat niet iedereen thuis over een veilige spreekruimte beschikt, dus om een therapeutisch gesprek te doen over, ja, iets in de thuiscontext of iets binnen jezelf, moeten een veilige ruimte hebben en ja, in die eerste lockdown zaten heel veel mensen samen thuis en waren er geen eigen ruimtes. Dus voor die jongeren merkten we dat dat heel moeilijk was.”

Een andere voorwaarde opdat hulpverlening op afstand kan werken, is de aanwezigheid van een band tussen de zorgverlener en cliënt, zo bleek ook uit onze interviews. Het werkt beter als er reeds een vertrouwensband is opgebouwd. Dus voor nieuwe aanmeldingen tijdens de coronapandemie was dit zeker geen interessante optie. Daarnaast merkten zorgverleners op dat het observeren van kinderen en jongeren, hun lichaamstaal en andere non-verbale communicatie ook vaak interessante infor-

matie oplevert en dat dit niet echt mogelijk is via een digitaal contact. Ook reacties van ouders op het gedrag van een kind zijn belangrijke bronnen van informatie, die men niet altijd even goed opvangt op afstand.

Een andere beperking die werd vermeld was dat, als jongeren niet bereikt willen worden, ze de telefoon niet opnemen, of niet komen opdagen in een videogesprek. De drempel ligt lager om een afspraak in een online context niet na te komen, dan in een fysieke context. Dit geldt eveneens voor een schoolcontext waarbij leerlingen kunnen aangesproken worden in de klas, en er *face-to face*-contact kan gezocht worden.

3.2.2. Oplossingen op maat

Naast het overschakelen op videobellen, zochten heel wat zorgverleners de buitenlucht op. Daar deden ze wandelgesprekken of zagen ze kinderen, jongeren en hun ouders in open lucht, in de tuin of op de stoep. Indien er geen tuin beschikbaar was, werd er soms naar een publieke plaats gegaan. Soms leverde zo een gesprek in de tuin of stoep wel eens privacy problemen op, bijvoorbeeld omdat de buren konden meeluisteren. Terzelfdertijd ervoeren heel wat van de geïnterviewde zorgverleners deze wandelgesprekken als een meerwaarde omdat deze toelieten de persoon in een andere setting te leren kennen, wat soms resulteerde in meer openheid. Voor sommige zorgverleners bleek het echter toch niet mogelijk om de diepgang te bereiken die ze wensten. Daarom verkozen ze om terug te keren naar de praktijkruimte van zodra dat weer mocht.

“Wij hebben samen met de gezinnen een aantal nieuwe manieren van ondersteuning ontdekt, samen gaan wandelen in de buurt, dat was bijvoorbeeld iets dat zeer veel effect had, omdat gezinnen dan ook spontaan gemakkelijk begonnen te vertellen over hoe dat ze zich voelden in hun buurt. Je kwam mensen tegen onderweg. Dus, je kon daar zien van “goh, die kennen u precies”, en je kreeg een verhaal. Dus, het netwerk in kaart brengen, dat lukte veel beter. Dus, het heeft echt wel voordelen gehad.”

Om gezinnen, die erg onder druk stonden toch wat meer ademruimte te geven, werd soms wat buiten de lijntjes gekleurd of zijn uitzonderingen gevraagd op de strikte regels, die zowel voor hulpverleners als jongeren zeker gedurende de eerste lockdown een extra hindernis waren.

“En daar hebben we dan ook wel echt gezocht om zo snel als mogelijk buitenruimtes te voorzien, waar we

ook buiten met kinderen konden. We hebben ook echt een afgesloten tuin gevonden op een locatie waar we kinderen konden zien. Dus we zijn ook heel erg naar alternatieven op zoek gegaan. En verschillende collega's hebben dat wel gedaan. Ik heb een uitzondering gevraagd om het traject, dat het meest moeilijk liep, zo snel mogelijk terug gewoon in de spelkamer te kunnen doen.”

Door creativiteit en flexibiliteit en een enorme dosis inzet, zijn de meeste zorgverleners erin geslaagd toch contact te houden met door hen reeds gekende kinderen en jongeren. Er waren wel aanpassingen in het aanbod, maar die werden grotendeels positief beoordeeld. We zagen ook dat er extra inspanningen waren om voor de meest kwetsbare gezinnen oplossingen te zoeken. De toegankelijkheid bleef dus voor een groot stuk overeind, maar dat was minder het geval voor kinderen en jongeren die nog niet gekend waren bij de zorgverleners.

3.3. Nieuwe en oude drempels bij het zoeken van hulp voor mentale problemen

“We hebben niet het gevoel dat kinderen structureel geholpen worden.”

In onze interviews hebben we de professionals gevraagd wat volgens hen de belangrijkste knelpunten zijn in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en hoe deze in de toekomst weggeremd kunnen worden. De algemene conclusie die we uit de antwoorden kunnen trekken, is dat de problemen waarmee zij werden geconfronteerd, niet nieuw zijn, ook al was de omvang ervan vrij ongekend. Met andere woorden, de alarmsignalen die we opvingen hebben betrekking op de structurele problemen van de zorg- en onderwijssector. Welke lessen kunnen daaruit worden getrokken?

3.3.1. Lange wachtlijsten voor ambulante hulp en tekort aan plaatsen in residentiële settings

Eén van de meest aangehaalde problemen tijdens de interviews is het (welgekende) probleem van de lange wachtlijsten. We weten al dat er vaak veel tijd over gaat alvorens mensen de stap naar hulpverlening zetten. Maar eens kinderen en jongeren of hun gezin er klaar voor zijn om die stap te zetten, blijkt dat hulp op korte termijn niet mogelijk is. Vaak lopen deze mensen al een traject met iemand waar ze een vertrouwensband mee opgebouwd

hebben, waardoor het des te frustrerender is voor zorgverleners die kinderen en jongeren moeten doorverwijzen naar ambulante hulpverlening. Zij proberen jongeren in tussentijd zo goed mogelijk te ondersteunen en te begeleiden, maar krijgen soms het gevoel dat ze in een rol gedwongen worden waarin ze zich niet goed voelen en waardoor ze soms hun kernopdracht overschrijden.

“Je hebt kinderen die helemaal geblokkeerd zitten, ouders die echt niet weten wat ze ermee moeten doen. Dus er zit altijd ambivalentie, ofwel bij de jongere ofwel bij de ouders rond, gaan we hier hulp aanvaarden? Als we daar dan door geraken, en als er ruimte komt voor oké, hier moeten we misschien toch iets aan doen, ja, dan moeten we nog twee jaar wachten voordat er een plaats is, bij een CGG. En dat is absurd.”

Ook de zorgverleners in de eerste lijn ervaren de wachtlijsten als een enorm knelpunt en hun ervaring is dat de COVID-19-pandemie het probleem van de wachtlijsten nog heeft vergroot.

“Ja, bij ons is op dit moment de wachtlijst twee jaar. Wij hebben elke dinsdag instroom en ik moet zeggen dat ik elke dinsdag daar een heel vervelend gevoel rond heb, omdat al de vragen die binnenkomen, rechtgeaarde, gespecialiseerde, ambulante GGZ vragen zijn. Dus, eigenlijk is het zo dat de vragen die binnenkomen, dus dat wij eigenlijk met het team zeggen van “ja, dat is voor ons.” Maar oké, goed, ja, wij hebben gewoon geen mankracht.”

Niet enkel voor ambulante psychologische hulp, maar ook voor crisisopvang, werden er capaciteitsproblemen gemeld. Soms krijgen jongeren in dat geval een plaats op een volwassenafdeling, die echter niet aangepast is aan de noden van jongeren. Maar zelfs wanneer een opname op de kinder-jeugdafdeling mogelijk is, blijft de opvolging na een (crisis)opname moeilijk omdat het vinden van een passend ambulante aanbod niet vanzelfsprekend is. Hierdoor kan er niet echt vooruitgang worden gemaakt in een traject. Integendeel, bij zorgverleners leeft het gevoel terug bij af te zijn.

“Maar zo echt crisisbedden in opnames hè, zoals in (plaats)... Wij hebben heel veel jongeren die daar ef-

fectief, nood aan hebben, er zijn echt te weinig bedden hè. Die kunnen daar niet terecht en dan moeten die naar een volwassen afdeling wat dan al helemaal niet oké is dat een puber op een volwassen afdeling terecht komt... Die hebben dan geen school meer, want in een volwassenafdeling hebben ze geen ziekenhuisschool.”

3.3.2. De hoge kostprijs van psychologische zorg

Naast de lange wachtlijsten wordt ook de hoge kostprijs door een groot aantal van onze respondenten genoemd als een belangrijke drempel, en zeker voor groepen die het financieel moeilijk hebben. Dit geldt dan vooral voor de ambulante initiatieven bij een privé psycholoog of therapeut. Deze zijn vaak net iets meer of sneller beschikbaar, maar ook een stuk duurder en de terugbetaling ervan is beperkt. Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) kan hulp op een goedkopere manier² aanbieden. Maar de wachtlijsten zijn daar heel erg lang, waardoor dit dus vaak geen oplossing is op korte termijn. Naast een snellere toegang tot psychologische hulp is er dus eveneens een grote nood aan betaalbaarheid.

“Ja en dat gaat ook over de prijs. Dat is ook wel een belangrijk aspect, omdat wij een publiek hebben dat niet zo kapitaalkrachtig is.”

De kostprijs is niet enkel een drempel wanneer ouders mee in het traject betrokken worden. Soms willen jongeren zonder medeweten van hun ouders een beroep doen op bijvoorbeeld een psycholoog en dan vormt de kostprijs zeker een enorme hindernis. Daarom zijn initiatieven zoals Therapeuten voor jongeren (TEJO) een zeer welkom en broodnodig initiatief, omdat dit kosteloos en anoniem is voor jongeren. Dit initiatief draait op vrijwilligers en is enkel beschikbaar in Vlaanderen, met ook een TEJO-huis in Brussel. Jongeren kunnen terecht in TEJO-huizen voor een gesprek met een therapeut. Uit onze gesprekken blijkt dat zorgverleners dit een waardevol initiatief vinden en er ook jongeren naar doorverwijzen.

Toch zien we dat men met dit soort initiatieven eveneens op grenzen botst. Het is immers niet vanzelfsprekend om met enkel vrijwilligers, een antwoord te kunnen bieden aan de steeds groter wordende vraag, en zeker niet in moeilijke omstandigheden zoals de pandemie. De vrijwilli-

2 In een CGG in Vlaanderen betaalt men voor een standaardconsultatie 11 euro per uur. Er is ook een verminderd tarief mogelijk van 4 euro per uur. In Wallonië wordt dit verminderd tarief vastgelegd in functie van de middelen van de betrokkene. Daarnaast heeft een CGG ook de mogelijkheid gratis hulp te verlenen in een aantal gevallen.

gers hebben hun reguliere jobs en moeten ook aan een aantal voorwaarden voldoen alvorens ze aan de slag kunnen. In ieder geval zijn dit altijd deeloplossingen en dus per definitie ontoereikend voor structurele problemen. Denk maar aan het onevenwicht tussen financiering en terugbetaling van de geneeskunde die zich richt op fysieke gezondheid ("somatische geneeskunde") tegenover mentale gezondheid, waar door een aantal respondenten op gewezen werd.

3.3.3. Psychologische problemen bij kinderen en jongeren – een gevoelig onderwerp

In tegenstelling tot zorg zoeken voor een fysiek probleem, ervaren de geïnterviewde zorgverleners dat er toch nog steeds een zeker taboe rust op het zoeken van hulp voor mentale problemen bij kinderen en jongeren. Vooroordelen en stigma omringen zowel de psychische aandoening zelf als de reactie erop. Dit zorgt ervoor dat ouders het zoeken van specialistische hulp uitstellen (zonder te onderschatten hoe moeilijk het is om hun weg te vinden in het zorgstelsel) of misschien helemaal geen hulp zoeken en dat jongeren niet praten over hun moeilijkheden.

3.3.4. Andere hindernissen

Bij een aantal respondenten leeft het gevoel dat jongeren in een traject te weinig vastgehouden worden door de zorgverleners. De ervaring is immers dat jongeren er zelf snel de brui aan geven omdat ze niet snel genoeg resultaat zien. Aanklampende inspanningen door de zorgverleners zouden de therapietrouw echter kunnen verhogen. Maar het feit dat er lange wachtlijsten zijn, brengt ook bij de professionals druk mee om zoveel mogelijk jongeren te helpen. Dit speelt wellicht mee in hun beslissing om jongeren die niet therapietrouw zijn al dan niet extra vast te houden.

"Ja, dus ik vind soms dat als eindelijk iemand een stap zet naar iets hè, dat die te snel worden gelost want ze vertellen daar dan toch niets. Ah nee, want dat vertrouwen bouwen, dat kost al zoveel sessies en ja. Dat vind ik ook wel soms moeilijk. Van het helpt niet. Ja, nee, ge moet dat langer een kans geven, dat gaat niet op twee maand hè."

Mentale gezondheidsproblemen worden vaak niet-medicamenteus aangepakt, al is het voor bepaalde problematieken wel aangewezen (ook) medicatie in te zetten. Er heerst echter nog een taboe rond het gebruik van psychotrope medicatie bij jongeren. Daarenboven blijken

jongeren vaak bezorgd over de gevolgen van medicatie. Het is belangrijk dat jongeren de ruimte hebben om hun bekommernissen te bespreken met hun hulpverleners en dat de hulpverleners deze informatie op een toegankelijke, en waar nodig, proactieve manier geven. Zo kunnen de jongeren (al dan niet samen met hun ouders) geïnformeerde beslissingen nemen over de medicamenteuze ondersteuning van hun traject. Want vandaag zien we dat jongeren vaak te weinig informatie en onvoldoende duiding krijgen over de medicatie die hen zou kunnen helpen. Dit resulteert soms ook in het stopzetten ervan, zonder enig medisch advies hierover.

"En dan zelfs laagdrempeliger, gewoon de ADHD medicatie hè. Zelfs daar hebben wij heel veel jongeren die die op bepaalde punten niet meer willen nemen omdat ze vinden dat dat dan hun persoonlijkheid verandert. Maar dat is natuurlijk in combinatie met ik ben aan het zoeken wie ik ben en ik zit in mijn puberteit."

Tijdens onze gesprekken vroegen we ook, of er groepen waren die moeilijk of niet bereikt werden. We kregen een aantal keer te horen dat dit het geval was voor jongeren met een migratieachtergrond. Een mogelijke verklaring die gegeven werd, was dat taal een belangrijk gegeven is bij het verkrijgen van hulp voor psychologische problemen. Enerzijds is het niet gemakkelijk de weg te vinden in het gezondheidszorgstelsel van een ander land, vooral als de anderstalige informatie beperkt is. Anderzijds is het voor het volgen van een therapie, maar ook voor het volgen van een behandeling, noodzakelijk een vlot contact met de verstrekker te kunnen leggen en een vertrouwensband op te bouwen.

Een andere groep die moeilijk(er) kon bereikt worden, zijn kinderen en jongeren uit gezinnen in een zwakkere socio-economische positie, terwijl dit net de groep is met grotere gezondheidsbehoeften (het artikel van Noirhomme in dit nummer gaat hier dieper op in). In een recent rapport van Recht-Op, een vereniging waar armen het woord nemen, wordt gewezen op de specifieke noden van kansarme jongeren. De kloof met de psychische hulpverlening of geestelijke gezondheidszorg is voor hen zeer groot. Deze jongeren hebben vaak al veel meegemaakt, hebben dus zware rugzakjes en ervaren ook veel druk. Vaak hebben ze over deze problemen nog met niemand gepraat, omdat de stap naar hulp te groot is, omwille van taboe en wantrouwen naar hulpverlening. Ook willen jongeren niet steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen aan verschillende hulpverleners. Daarbij komt nog dat het systeem ervoor zorgt dat deze jongeren moeilijk hun weg

vinden in het aanbod, en niet goed op de hoogte zijn van de verschillende organisaties die hulp bieden. Voor deze gezinnen is de kostprijs, zeker in de ambulante hulpverlening, een enorme hindernis. Daarnaast hebben gezinnen in armoede veel andere kopzorgen die hun aandacht vragen, waardoor hulp zoeken voor mentale problemen niet de hoogste prioriteit krijgt (Recht-Op, 2022).

“Ik vind het een heel moeilijke om het zo te zeggen, maar de mensen met een socio-economische, zeer zwakke situatie zijn ook heel moeilijk om die in een ambulante traject te krijgen. Enfin, wij proberen dat wel en we hebben daar wel methodieken rond, maar ja, als mensen eigenlijk heel erg bezig zijn met wonen, met eten, met kleren, dan is alles wat er in het hoofd gebeurt en wat er op school gebeurt van secundaire aard.”

Terzelfdertijd zijn de veldwerkers van mening dat zij niet over voldoende middelen beschikken om de kwaliteit en kwantiteit van de follow-up voor dit specifieke publiek te waarborgen. Dit leidt ook tot frustratie bij hen.

“Dus ik vind echt dat Centra Geestelijke Gezondheidszorg daar serieus middelen voor moeten krijgen om ook met zulke gezinnen aan de slag te kunnen gaan. En dan natuurlijk, als je met zulke gezinnen aan de slag gaat, dan heb je automatisch veel meer no-shows. En ik weet dat dat lastig is voor CGG's.”

3.4. Scholen als centrale plaats voor interactie en plaats voor preventie van mentale problemen

De school neemt een belangrijke plaats in het leven van kinderen en jongeren. Het is niet enkel een plaats waar kennis wordt overgedragen en kinderen zich verder cognitief ontwikkelen. De school is eveneens een plaats waar kinderen vrienden maken, sociale vaardigheden ontwikkelen en in interactie gaan met leeftijdsgenoten. Sociale interacties bieden jongeren de mogelijkheid om sociale vaardigheden te ontwikkelen. Uit de SIGMA-studie blijkt dat goede sociale vaardigheden een beschermend effect kunnen hebben voor mentale problemen (Kirtley, et al., 2019). Om die reden is de school de plaats waar veel beschermende factoren een rol spelen, maar ook risicofactoren voor de ontwikkeling van geestesziekten.

In de discussie over het al dan niet sluiten van de scholen of het al dan niet verlengen van vakantieperiodes, lag de

nadruk in de tegenargumentatie, vooral op het voorkomen of beperken van leerachterstand. Er was veel minder aandacht voor het belang en het beschermend effect van sociale interacties voor het welbevinden. Heel wat van de mentale problemen die kinderen en jongeren ervoeren, en waarover onze respondenten getuigden, kunnen gelinkt worden aan het wegvallen van de sociale interactie ten gevolge van het wegvallen van hobby's, de schoolsluittingen of het afstandsonderwijs.

3.4.1. Hoe gingen scholen om met de pandemie?

Uit onze interviews blijkt dat scholen heel verschillend zijn omgegaan met de situatie. Er was heel veel variatie in de manier waarop ze contacten onderhielden met de leerlingen en in de manier waarop het afstandsonderwijs georganiseerd werd tijdens de lockdown. Sommige scholen hebben heel wat inspanningen geleverd om een goed contact te onderhouden met hun leerlingen in het algemeen. Voor anderen was het moeilijker. Dit heeft ongetwijfeld gevolgen gehad, niet alleen voor de schoolprestaties, maar ook voor het welbevinden van de leerlingen. Er werd door respondenten op gewezen dat dit kwetsbare kinderen nog meer trof, omdat er voor hen meestal ook geen thuissituatie is die compenseert of remedieert voor het gebrek aan onderwijs, ondersteuning of gewoon een luisterend oor van tijd tot tijd.

“Sorry, maar, ik begrijp dat eigenlijk niet dat dat allemaal kan. En nog eens natuurlijk, zo vereenzamen kinderen. Als je dan goed omgeven bent is dat allemaal nog niet zo erg, maar bij kwetsbare situaties of kinderen met ernstige psychische problemen ... is dat een groot probleem.”

Wat echter ook vaak bleek te ontbreken, ook na de heropening van de scholen, was aandacht voor welbevinden en ruimte voor gesprek met leerlingen om alles een plaats te geven. Er was veel meer aandacht voor het cognitieve en het inhalen van de achterstand dan voor dat wat jongeren voelden en waar ze nood aan hadden. Zonder een stabiele basis en een dosis welbevinden bij kinderen, is dit echter weinig zinvol. Ook nu, in de nasleep van de pandemie is er over het algemeen meer aandacht voor het wegwerken van de leerachterstand door de pandemie dan voor de impact ervan op het welbevinden van jongeren. Dit is één van de redenen waarom er bij de zorgverleners een grote bezorgdheid is voor de toekomst, omdat ze vrezen dat de gevolgen van de beperkte sociale contacten zich wellicht met vertraging zullen uiten.

“Het onderwijs zegt van “jullie moeten er zijn, jullie moeten gezond zijn en uw geest moet openstaan, want wij moeten daar van alles ‘instoempem’.” Op dit moment is het zo van, ja, goed, die geesten van die kinderen staat daar niet voor open. Ja, hun gezondheid begint daar onder te lijden.”

3.4.2. Scholen en mentaal welbevinden, een verhaal van te weinig middelen

Omdat scholen een plaats zijn waar alle kinderen en jongeren bereikt worden, zijn ze bij uitstek een plaats waar men aan de slag kan gaan rond mentaal welbevinden (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020), zeker gezien het beschermende effect dat een goed schoolklimaat en ondersteunende leerkrachten kunnen hebben. De school is eveneens een plaats waar er signalen opgepikt kunnen worden en eventueel stappen kunnen gezet worden richting hulpverlening bij mentale problemen. Maar ook hier zijn er nog een aantal uitdagingen. Is er op school voldoende kennis over dit thema. Is er plaats voor vroegdetectie? En misschien nog belangrijker, zijn er voldoende middelen en expertise om een preventieve rol op te nemen? En is er voldoende ruimte voor overleg en samenwerking tussen scholen en andere actoren?

Uit onze interviews blijkt dat de kennis rond mentale problemen en mogelijke signalen hiervan op scholen vaak beperkt is en dat het werken aan en rond mentaal welbevinden zeker niet systematisch gebeurt. Dit laatste betekent dat het erg afhankelijk is van een leerkracht of de school of een kind met problemen al dan niet hulp zal ontvangen. Dit kan een van de redenen zijn waarom men als school/leerkracht niet steeds stilstaat wat er schuilgaat achter het (probleem)gedrag van een kind. Door niet de volledige context (onder meer het gezin en de problemen van dat gezin) in rekening te nemen, en te sterk te focussen op het kind als “individueel zonder context”, mist men de kans om ook met die andere, contextgerelateerde, factoren aan de slag te gaan.

“En ik denk, wij hebben ook heel, of toch regelmatig, kinderen die op school de braafste kinderen zijn en de stilste, die het thuis heel erg moeilijk hebben, soms ook heel moeilijk gedrag stellen, en dat we dan in overleg gaan met een school en vragen om toch dingen aan te passen en dat zegt een school ‘dat is toch nergens voor nodig want het gaat toch goed?’ Dan denk ik ‘op school gaat het goed’, maar dat kost heel veel energie, dat kost heel veel moeite en dat kan dat kind eigenlijk niet vol houden, dag in dag uit. En dan moeten we toch

heel veel uitleg geven en daar samen mee zitten om daarin die mee te krijgen. Ik voel wel dat als je dat doet, dat daar de volgende keer dat makkelijker lukt of dat ze daar al sneller aan denken, maar je werkt maar met één juf samen of ...”

Volgens de deelnemers aan de studie, ontbreekt het de scholen aan middelen voor een structurele omkadering rond mentaal welzijn. Scholen die dit aanbieden, maken hiervoor immers middelen vrij uit het urenpakket van leerkrachten, maar niet alle scholen kunnen of willen dit. De meeste zorgleerkrachten en leerlingenbegeleiders zijn bezig met het ondersteunen van kinderen en jongeren op cognitief vlak en werken veeleer remediërend.

“Want de job van leerlingenbegeleiding bestaat eigenlijk niet. Wij komen uit het urenpakket van leraren. En dat vind ik op zich een heel raar gegeven nu dat alles zo belangrijk is en het niet zo goed gaat met onze kinderen. Vanuit die hoek vind ik zeker dat daar moet naar gekeken worden.”

Naast leerkrachten, zorgleerkrachten en leerlingenbegeleiders, speelt het CLB een belangrijke rol voor leerlingen, ook als het gaat over mentaal welbevinden. Gedurende de COVID-19-pandemie moesten deze echter ook nog andere taken opnemen, zoals de contactopvolging. Hierdoor konden ze hun kerntaken slechts beperkt of niet opnemen (Poppelmonde, 2021). Toch zagen ook zij de toenemende nood aan ondersteuning rond mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren, alleen ontbrak het hen aan de nodige middelen om hier mee aan de slag te gaan. In Vlaanderen bijvoorbeeld was dit, ondanks de bijkomende steun van de Vlaamse regering om meer personeel aan te werven, eind 2021 nog steeds een knelpunt. Ook de geïnterviewde zorgverleners vermeldden de moeilijke combinatie voor de CLB's van het coronagerelateerde takenpakket en het uitvoeren van hun kerntaken, waardoor laatstgenoemde onder druk kwamen te staan.

“Ik weet het zelfs niet, is dat CLB, het zou kunnen, maar hetzelfde met CLB, die hebben hun handen vol aan stomme testen en quarantaines en maatregelen. Ik denk dat dat allemaal onder de radar blijft, als het al is, ofwel hebben ze met z'n allen veel meer veerkracht dan we denken.”

CLB's zijn, bij ernstigere problemen die doorverwijzing vereisen, ook afhankelijk van de beschikbaarheid van externe psychologische hulp. Indien die hulp niet meteen beschikbaar is, zijn ze ook beperkt in hun mogelijkheden.

Het CLB kan zelf enkel actie ondernemen als er eerst een vraag komt vanuit de school of de ouders. Het lijkt daarom erg afhankelijk te zijn van de leerkracht of de ouders of een kind/jongere al dan niet aangemeld wordt. De kans is reëel dat heel wat problemen niet opgemerkt of gemeld worden aan het CLB en dat deze kinderen bijgevolg geen hulp ontvangen. Uit onze interviews blijkt dat het initiatief om het CLB in te schakelen meer en meer door ouders wordt genomen. Dat ouders de weg vinden naar het CLB is zeker een positieve ontwikkeling, al mogen het niet enkel de ouders zijn die hulp voor jongeren kunnen inschakelen. Zij hebben namelijk niet allemaal dezelfde mogelijkheden, kennis van het systeem of mondigheid. Ook vangen niet alle ouders signalen op bij hun kind, of schatten ze de objectieve behoefte aan hulp voor hun kind niet correct in. Een studie in Antwerpen waarbij een signaliseringsinstrument werd ingezet door het CLB toonde aan dat vier van de vijf leerlingen wiens psychosociale gezondheid die aan de hand van het signaliseringsinstrument als zorgelijk of risicovol werd ingeschat, niet eerder bekend waren bij het CLB (Kluppels, Portzky, & Hoppenbrouwers, 2017).

“Dus een kind dat in een gewone, fijne thuissituatie zit en zijn hobby’s heeft en zijn school heeft en zijn best doet... Ik denk dat daar ook wel veel kinderen zijn die worstelen met mentale dingen.”

4. Aanbevelingen

4.1. Meer middelen voor snellere ambulante, laagdrempelige en vooral betaalbare zorg

De vaakst genoemde knelpunten rond toegang tot geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren waren de lange wachlijsten en de hoge kostprijs. Deze kunnen leiden tot uitstel of onderbenutting van zorg (Cès, 2021). Dit is problematisch, want hoe sneller men kan starten met een zorgtraject, hoe meer schade, lange en intensieve zorgtrajecten er vermeden kunnen worden. Snel ingrijpen is belangrijk, mede omdat mentale problemen op jonge leeftijd het risico op psychologische problemen op latere leeftijd verhogen (Solmi, et al., 2021). Om het aanbod en de capaciteit uit te breiden, zullen er echter bijkomende investeringen nodig zijn.

Meer financiële middelen om te kunnen investeren in extra personeel (dat overigens ook moeilijk te vinden is), zijn

volgens onze respondenten nodig. We geven hier mee dat er in het voorjaar 2021 wel een aantal investeringen zijn geweest. Zo werd er 20 miljoen euro voorzien voor bijkomend personeel, een opschaling van het aantal bedden in de kind- en jeugdpsychiatrie en de inzet van teams die kinderen en jongeren begeleiden voor en na een opname. Vanuit Vlaanderen werden er in het relanceplan ook extra middelen voorzien voor meer capaciteit in crisisbegeleiding en voor lerende netwerken om de hulpverlening af te stemmen op de noden van kinderen en jongeren (Ceulemans, 2021). Ondanks deze bijkomende investeringen vanuit de overheden, hoorden wij in onze interviews toch een duidelijke oproep om zeker nog meer ambulante laagdrempelige hulp voor kinderen en jongeren te subsidiëren.

Een ander aandachtspunt blijft de toegankelijkheid voor meer kwetsbare groepen. Voor hen is de weg naar hulp vaak nog moeilijker en de drempel naar gepaste hulpverlening zeer hoog. Enerzijds gaat het om het vrijmaken van financiële middelen om de zorg goedkoper of zelfs gratis te maken voor wie dit nodig heeft. Maar ook om het ondersteunen van professionals die niet steeds vertrouwd zijn met deze groep en hun gevoeligheden of problemen. Er zijn al waardevolle initiatieven (zoals Yuneco care) rond het begeleiden van gezinnen in kwetsbaarheid en met mobiele teams naar hen toe gaan, deze kunnen nog verder versterkt worden. *Community Health workers* zouden hier ook een outreachende rol kunnen opnemen.

Daarnaast moet er ook echt gekeken worden naar de huidige terugbetaling van psychologische zorg. Die is in de meeste gevallen zeer beperkt, zeker voor psychologen en voor velen een drempel. Gratis initiatieven zoals TEJO, maar ook de Overkophuizen en de mogelijkheid van de CGG om voorrang te bieden aan kwetsbare gezinnen zijn zeker positief, maar ook zij kunnen niet aan de toenemende vraag voldoen.

Met de nieuwe conventie Eerste Lijns Psychologen (ELP) probeert men te zorgen voor goedkopere zorg, maar het is op dit ogenblik nog te vroeg om deze te evalueren. We zijn van mening dat er nog meer ingezet moet worden op het verlagen van de kostprijs voor psychologische zorg voor kinderen en jongeren. Als men op die manier kan voorkomen dat hulp zoeken uitgesteld wordt, kunnen problemen in een vroeger stadium aangepakt worden. Deze oefening maken is niet alleen een taak voor de beleidsmakers. Ook de mutualiteiten kunnen de denkoefening maken om bijvoorbeeld bijkomende inspanningen te leveren om iets te doen aan de hoge kostprijs van de geestelijke gezondheidszorg, met extra aandacht voor de

meest kwetsbare jongeren en hun families. Het verbeteren van de toegankelijkheid is een en-en-verhaal en zal moeten gebeuren via verschillende acties, meer middelen, verhoogde terugbetalingen, maar ook preventie en inzetten op gezondheidsbevordering en het terugdringen van armoede.

4.2. Meer inzetten op preventie en (geestelijke) gezondheidsbevordering

Voorkomen is beter dan genezen, dat geldt ook voor geestelijke gezondheid. Wanneer preventie succesvol is, zal dat op termijn resulteren in een dalende vraag naar psychologische hulpverlening, waardoor ook de wachtlijsten hopelijk korter zullen worden. Nu is er zowel te weinig aandacht voor preventie als een ontoereikend aanbod, waardoor mentale problemen ernstiger worden (het artikel over preventie van Sholokhova in dit nummer gaat hier dieper op in). Dit leidt er dan weer toe dat trajecten langer en zwaarder worden, kosten oplopen en het systeem overbelast is. Preventie is daarom een noodzakelijke eerste stap om een kentering te realiseren. We zien dit als een dringende taak en verantwoordelijkheid voor verschillende actoren (ouders, Kind&Gezin, onthaalouders, scholen, jeugdverenigingen) en met diverse acties op meerdere beleidsdomeinen in lijn met het health in all policies-principe (welzijn, sociale sector, onderwijs, huisvesting, armoedebestrijding, enz.).

4.2.1. Ondersteun ouders

Onderzoek toont aan dat de 1.000 eerste dagen van een kind zeer belangrijk zijn (TNO, 2016). In geen enkele andere levensfase gebeurt de ontwikkeling zo snel en op zoveel domeinen (fysiek, hersenen, sociaal-emotioneel) en worden zoveel mijlpalen bereikt (Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, 2022). Deze periode is ook belangrijk voor de hechting. Hechtingsproblemen kunnen echter aanleiding zijn voor andere problemen in een latere fase (Pasco Fearon & Belsky, 2011). Hoewel de symptomen van mentaal onwelbevinden bij heel jonge kinderen niet altijd makkelijk te zien zijn, toont onderzoek aan dat deze toch voorkomen bij 17% van de kinderen tussen 0-6 jaar (von Klitzing, Döhnert, Kroll, & Grube, 2015; Skovgaard, 2010).

We vinden het daarom belangrijk om volop in te zetten op de ondersteuning van ouders in de pre- en postnatale periode. Hiervoor spelen de actoren betrokken bij de opvolging van ouders en kind een belangrijke rol. Niet enkel om ouders te informeren bijvoorbeeld over het belang van hech-

ting, maar ook om hen te ondersteunen, hun baby beter te leren kennen, te waken over hun welbevinden en hen door te verwijzen indien nodig. Het belang van de eerste 1.000 dagen heeft intussen een plaats gekregen in het aanbod voor het jonge kind (Kind en Gezin, Wiegwijs, Buddy aan de wieg, enz.), maar kan zeker nog uitgebreid en versterkt worden. Voor kwetsbare groepen kan het inzetten van ervaringsdeskundigen waardevol zijn, met het oog op het opbouwen van een vertrouwensband met de ouders.

Verder is het ook belangrijk dat ouders voldoende tijd met hun baby/kind kunnen doorbrengen en zo een goede band met hen kunnen opbouwen. Zo kunnen ze hun baby beter leren kennen en signalen die mogelijk op stress wijzen herkennen (Vliegen & Verhaest, 2020). We pleiten daarom voor langere moederschaprust en meer ouderschapsverlof. Opdat ouders dit ook effectief kunnen opnemen, is bovendien een betere vergoeding nodig van zowel de moederschaprust als het ouderschapsverlof. Op die manier kunnen ouders, financieel gerust, meer tijd doorbrengen met hun kinderen. Naast het positieve effect voor hechting, reduceert dit ook hun stress. Stress die ze anders ook kunnen overdragen op het kind. Hieruit blijkt hoe het evenwicht tussen werk en privéleven voor ouders (en dus de mogelijkheid om hun werk aan te passen) een direct effect kan hebben op de gezondheid van hun kinderen.

4.2.2. Investeer in kwalitatieve kinderopvang

Investeren in de eerste 1.000 dagen betekent eveneens zorgen voor kwalitatieve kinderopvang. Helaas kunnen we die vandaag in België onvoldoende garanderen (Calluy, 2022). Investeren in deze sector zijn dan ook noodzakelijk. Een volwaardig statuut voor onthaalouders, betere arbeidsvoorwaarden en betere verloning zijn nodig om de job aantrekkelijker te maken. Daarnaast moeten er voldoende plaatsen gecreëerd worden en moeten onthaalouders en kinderbegeleiders voldoende ondersteund worden om hun taak te doen. Het verlagen van het maximumaantal kinderen per begeleider is hierbij zeker wenselijk. Zo krijgt de kinderbegeleider meer tijd om het kind de nodige aandacht te geven en het te stimuleren. Aangezien ook heel jonge kinderen stresssignalen kunnen vertonen, maar deze niet altijd makkelijk te zien of te interpreteren zijn, is het zeker zinvol om dit thema aan bod te laten komen in vormingen of nascholingen voor kinderbegeleiders. Een kwalitatieve kinderopvang draagt positief bij aan het welzijn van de jongste kinderen en hun ouders en verdient daarom beleidsaandacht en voldoende middelen om dit waar te maken.

4.2.3. Meer aandacht voor scholen als plaats voor preventie van mentale problemen

Zoals we reeds hebben aangehaald, is naast het gezin, de school een belangrijke plaats voor kinderen en jongeren, niet in het minst voor het aangaan en onderhouden van sociale interacties. Daarnaast is de school een plaats die alle kinderen bereikt en waar ze veel tijd doorbrengen (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020). Om die reden is het de plaats bij uitstek om in te zetten op primaire preventie. Zo schep je de voorwaarden om de psychologische en emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen en risicofactoren terug te dringen. Maar ook secundaire preventie kan op school, zodat gezondheidsproblemen en/of risicofactoren vroegtijdig worden opgespoord, zoals mishandeling binnen het gezin, enz. Nu zien we dat initiatieven vaak school- of leerkracht gebonden en vrijblijvend zijn. Hierdoor blijven sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied in stand. We vinden het belangrijk dat alle scholen op een structurele manier kunnen werken aan het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen en het bevorderen van het mentaal welzijn van kinderen en jongeren.

De school moet een plaats worden waar aandacht is voor geestelijke gezondheid en ingezet wordt op preventie. In lijn met het health in all policies-principe, is het werken aan mentale gezondheid immers niet de exclusieve bevoegdheid van de ministers van welzijn of volksgezondheid. Er is zeker een rol weggelegd voor de scholen. Om dit waar te maken zijn extra middelen nodig. Zo kan men het zorgbeleid versterken en bijvoorbeeld bijkomend orthopedagogen of psychologen inzetten³. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat leerkrachten dit allemaal zelf opnemen, al achten we het wel zinvol om reeds in de leraaropleiding ruim aandacht te hebben voor het thema mentale gezondheid bij kinderen en jongeren. En dit thema moet ook regelmatig aan bod komen in navormingen. Op die manier creëer je een grotere bewustwording en kunnen leerkrachten putten uit hun theoretische bagage wanneer leerlingen (alarm)signalen vertonen of mentale problemen hebben.

Het opnemen van psychosociale competenties in de eindtermen zou positief kunnen bijdragen aan de veerkracht

van kinderen en jongeren. Het aansnijden van het thema geestelijke gezondheid in de klas, kan eveneens bijdragen aan een minder stereotiepe beeld en op termijn helpen het stigma te verminderen, maar ook een openheid creëren om over eigen problemen te praten.

CLB's spelen een centrale rol in de psychologische begeleiding van schoolkinderen. Ze hebben helaas ook te weinig middelen en te veel andere taken en zij botsen in geval van doorverwijzing evenzeer op de wachtlijsten. Hun financiering en werking moeten derhalve worden herzien en ze zouden meer moeten kunnen inzetten op vroegdetectie- en signalering. Ook het nauwer opvolgen van kinderen en jongeren die een verhoogd risico hebben (bijvoorbeeld KOPP-kinderen en jonge mantelzorgers) zou tot hun takenpakket kunnen behoren. Er moet worden nagedacht over andere manieren om scholen bij deze preventiefunctie te ondersteunen. Zo kan er bijvoorbeeld via of naast de CLB's een flexibel inzetbaar multidisciplinair team van psychologen en/of orthopedagogen en sociaal werkers worden opgericht dat scholen en leerlingen, maar ook ouders, ondersteunt. Op die manier kan de eerste nood bij leerlingen ondervangen worden. Een samenwerking met leerlingenbegeleiders in de scholen zelf, die zich specifiek richten op welbevinden, is eveneens een mogelijkheid. Vandaag is het inzetten van dit soort leerlingenbegeleiders sterk afhankelijk van de school. Een school beschikt hiervoor momenteel niet over afzonderlijke middelen. Deze moeten nu komen uit het lestijdenpakket voor leerkrachten. Gezien de verontrustende cijfers over het welbevinden van jongeren zou dit soort ondersteuning echter uitgebreid moeten worden. Hiervoor zouden dan ook specifieke middelen moeten voorzien worden zodat scholen kunnen investeren in welbevinden, zonder te moeten inboeten op het didactische luik.

4.2.4. Inzetten op sensibiliseren rond geestelijke gezondheid

Uit onze studie bleek dat er zowel bij sommige jongeren als bij sommige ouders nog enige reserve was ten aanzien van het zoeken van hulp voor mentale problemen. Het is daarom belangrijk om via verschillende kanalen in te blijven zetten op sensibilisering bij de ganse bevolking. Hoewel er vooruitgang wordt geboekt, onder meer door

3 Het Excellentie Pact voor scholen in Wallonië bevat positieve elementen, maar heeft mogelijk gevolgen voor de ondersteuning van kinderen op school en dit vraagt zeker een evaluatie. Een mogelijk risico is immers dat door het toekennen van middelen per pool en niet individueel minder hulp van logopedisten enz. aanwezig zal zijn op scholen. Dit kan een invloed hebben voor de individuele leerling, maar biedt leerkrachten misschien ook minder kansen om te detecteren omdat ze leren uit de aanwezigheid van deze professionals in hun klas en op school. Op die manier is er minder mogelijk in termen van preventie of detectie.

initiatieven zoals Te Gek!⁴, blijft er nog heel wat werk aan de winkel om het taboe rond mentale problemen te doorbreken. Een betere kennis en begrip van mentale problemen zou ook kunnen bijdragen aan het verminderen van het taboe en wellicht aan het sneller zoeken van hulp. Daarom willen we alle organisaties die met kinderen en jongeren werken oproepen om te blijven inzetten op informeren en sensibilisering. Het bespreekbaar maken van mentale problemen op plaatsen waar veel kinderen en jongeren aanwezig zijn, gebeurt best op een laagdrempelige manier en op het niveau van het kind en de jongere. Het recente nieuws over hogere verzekeringspremies voor of het uitsluiten van personen met psychische problemen (Lelong, 2022) is ook vanuit het oogpunt van kinderen en jongeren onrustwekkend. Meer onderzoek over de aard en de omvang van discriminatie is zeker nodig. Het wijst er op dat meer begrip en sensibilisering nog steeds nodig is.

4.3. Het monitoren van het welbevinden bij kinderen en jongeren

Zoals eerder aangehaald is het belangrijk dat signalen dat kinderen of jongeren met psychosociale problemen kampen vroeg opgemerkt worden. Op die manier kan immers snel ingegrepen worden en kunnen langere behandeltrajecten of ernstigere problemen in het latere leven vermeden worden. Dit kan eveneens de druk op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren verminderen. Ondanks de verschillende noodkreten, is de informatie over de prevalentie en de aard van psychologische problemen erg versnipperd (Erskine, et al., 2017). We hebben dit soort informatie over bijvoorbeeld kanker of vaccinaties, maar we tasten in het duister als het gaat over geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. Op die manier vaart ook het beleid grotendeels blind. We zijn van mening dat voldoende informatie nodig is, zowel over de zorgvraag als over het aanbod, maar ook over de opvolging en de ervaringen van kinderen en jongeren die hulp krijgen, om beleid te ondersteunen en te ontwikkelen. Ook wanneer er nagedacht moet worden over aanpassingen aan de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is deze informatie noodzakelijk. Het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) wees reeds in 2012 op het gebrek aan en de versnippering van de informatie (Vandenbroeck, et al., 2012). Zowel wat betreft de geestelijke gezondheidstoestand van kinderen en jonge-

ren (hulpvraag) en het aanbod aan hulpverlening dat beschikbaar is voor hen, tasten we nog te veel en te vaak in het duister.

Een systematische en permanente opvolging van de problemen waarmee kinderen en jongeren te maken krijgen, is nodig en zal bijdragen aan een toegankelijker en performanter systeem. Uit onze interviews blijkt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen (adolescenten hebben andere risicofactoren dan kleine kinderen), tussen verschillende gezondheidstoestanden (of het nu gaat om al bestaande psychische of lichamelijke problemen, ziekenhuisopnames of opnames in residentiële settings) en tussen verschillende soorten levenscontext (gezin, sociaal, economisch, enz.). Het doel van de opvolging is dus een beeld te krijgen van de geestelijke gezondheidstoestand van jongeren op verschillende niveaus (volgens de brede opvatting van gezondheid) en rekening te houden met sociale gezondheidsongelijkheden, en de ontwikkeling daarvan in de tijd te kunnen volgen.

We zijn van mening dat er moet nagedacht worden over een eenvoudige tool die ingezet kan worden om een overzicht te houden op het welbevinden bij jongeren en dit op geregelde tijdstippen. Hierbij denken we in de eerste plaats aan een registratiesysteem op nationaal en regionaal niveau in de brede eerste lijn (huisartsen, CLB, psychologen, enz.) waarin informatie over een aanmelding wordt opgeslagen. Dit systeem zou dan kunnen uitgebreid worden met een aantal monitoringsmomenten waarbij de doelgroepen zelf bevraagd worden over hun ervaringen met het geestelijke gezondheidssysteem.

5. Conclusie

Op basis van onze resultaten formuleren we enkele aandachtspunten. Ons eerste aandachtspunt is de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. De te lange wachtlijsten voor ambulante en intramurale zorg vormen de kern van de bezorgdheid van de deelnemers aan onze studie. Samen met de COVID-19-pandemie zijn mentale problemen aan het licht gekomen die al lang bekend waren bij gezondheidswerkers op het terrein. Deze problemen zijn

4 Meer informatie op www.tegek.be.

vaak zwaar te dragen voor zowel jongeren die ermee kampen, al dan niet voor de eerste keer, als voor hun gezinnen.

Ten tweede pleiten wij voor een aanpak op basis van de principes van het proportioneel universalisme. Hierbij is er afstemming van de hulpverlening op basis van de gezondheidsdoelstellingen die we willen bereiken voor alle doelgroepen, met evenredig meer steun voor kansarme groepen. Met plaatselijke initiatieven, via sociale diensten, verenigingen en soms vrijwilligerswerking, kunnen deze laatste groepen wel worden ondersteund, maar op een manier die nog ontoereikend is. Deze ondersteuning heeft namelijk geen globaal effect en slaagt er niet in om gezondheidsongelijkheden significant te verminderen. De nieuwe overeenkomst voor eerstelijnspsychologische zorg zou kunnen bijdragen tot een meer financieel toegankelijke psychologische zorg, al moeten de uitvoering en de reële gevolgen ervan nauwlettend in het oog worden gehouden. Ook andere dimensies van toegankelijkheid, zoals gevoeligheid (het vermogen om behoeften vast te stellen) en aanvaardbaarheid van zorg (minimumdrempel van waargenomen kwaliteit voor patiënten om zorg te aanvaarden) mogen niet uit het oog worden verloren.

De inherente problemen van het gezondheidszorgsysteem komen voor een deel tot uiting in het gebrek aan aandacht en middelen die worden uitgetrokken voor de preventie van psychologische aandoeningen en de bevordering van het mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren. Het is hier belangrijk om preventie vanuit een brede visie op gezondheid te benaderen en de verschillende determinanten van mentale gezondheid in rekening te nemen. Denk hierbij onder meer aan de ondersteuning van ouders, kwalitatieve kinderopvang, sensibilisering rond mentale problemen en leefomstandigheden op school.

De toekenning van middelen aan scholen en de diensten die daar actief zijn (zoals de CLB), is inderdaad van essentieel belang voor een ambitieus en realistisch preventie- en gezondheidsbevorderingsprogramma voor kinderen en jongeren. Hierbij moet opnieuw vertrokken worden uit het principe dat de noden van het doelpubliek als leidraad dienen voor de intensiteit van de hulp die ze ontvangen.

Tot slot moet in deze nieuwe fase van de sociaaleconomische crisis, die door de pandemie in gang is gezet en door de onstabiele situatie in Oekraïne nog is verergerd, worden gezorgd voor een kwalitatieve monitoring, zodat concrete oplossingen kunnen worden gevonden voor de toe-

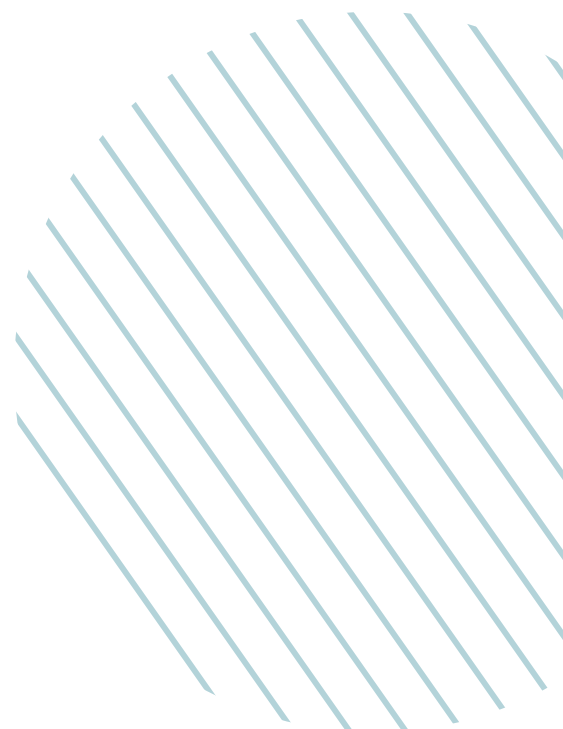
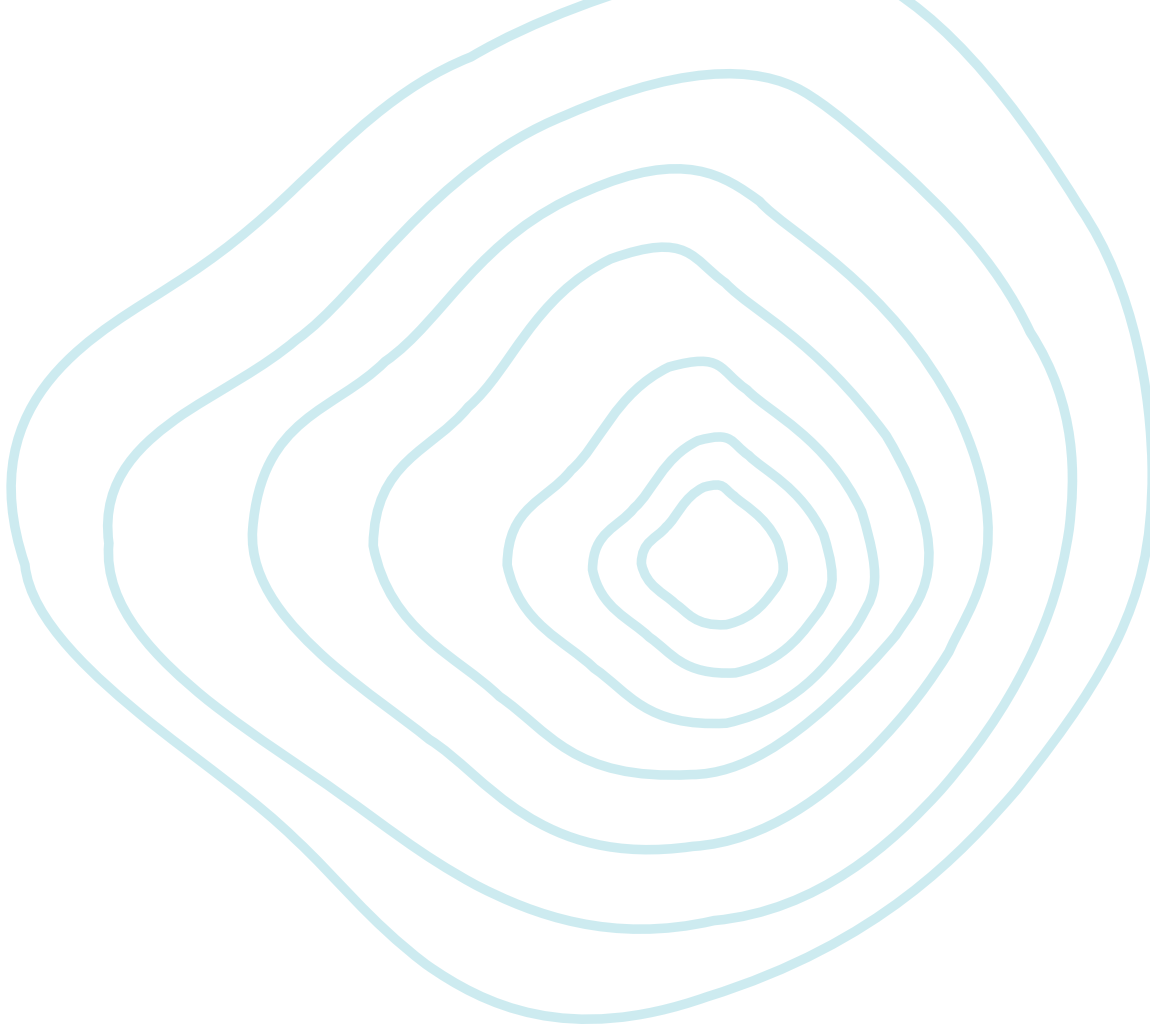
nemende problemen in verband met de geestelijke gezondheid van jongeren. Deze monitoring moet als basis dienen voor een reflectie door de verschillende actoren. Deze reflectie moet zowel transversaal als transdisciplinair georganiseerd worden, zodat respectievelijk elk bestuursniveau dat betrokken is bij de mentale gezondheid van jongeren een bijdrage kan leveren en de veelheid aan expertises kan benut worden. De monitoring moet daarbij over geschikte instrumenten beschikken om de diversiteit van de situaties en de verhoogde risico's voor bepaalde doelgroepen in kaart te brengen.

De conclusies van onze studie zijn verre van positief. De situatie op het terrein is zorgwekkend, zowel voor de jongeren als voor de professionals die hen begeleiden. Niettemin is een van de belangrijke lessen van deze crisis de vindrijkheid en de inzet van de actoren in de verschillende sectoren. We mogen hun flexibiliteit en hun innovatieve oplossingen, die er ten alle tijde op gericht zijn kinderen en jongeren de beste ondersteuning te geven, niet onderschatten. Deze crisis toont echter ook de grenzen aan van deze oplossingen, die grotendeels gebaseerd zijn op de goede wil van personen. Er is dus dringend nood aan structurele maatregelen waardoor mensen niet ondanks, maar dankzij het gezondheidszorgsysteem hun job kunnen uitoefenen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Beel, V. (2021, 11 21). Wachtlijden voor jeugdhulp zijn ontploft. *De Standaard*. Opgehaald van https://www.standaard.be/cnt/dmf20211117_93783420
- Calluy, K. (2022, 2 21). Kinderpsychiater na drama in Mariakerke: "Onze kinderopvang is niet meer goed genoeg voor het welzijn van onze kinderen". *VRT-NWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/21/kinderpsychiater-na-drama-in-mariakerke-onze-kinderopvang-is-n/>
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Ceulemans, P. (2021). Vlaanderen investeert in mentaal welzijn van kinderen en jongeren. *Domus Medica*. Opgehaald van <https://www.domusmedica.be/actueel/vlaanderen-investeert-mentaal-welzijn-van-kinderen-en-jongeren>
- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and Children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 586074.
- De Meulenaere, J., Crommen, S., & Danckaerts, M. (2021). *De Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid 2021 - Focus*.
- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering. Opgehaald van https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/Eindrapport_20172020_finaal.pdf
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26 (4), 395–402.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20.
- Furber, G., Segal, L., Leach, M., Turnbull, C., Procter, N., Diamond, M., MsGorry, P. (2015). Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*, 15, 283.
- Germeys, I. (2021). Waarom hebben jongeren het zo moeilijk tijdens corona? Universiteit van Vlaanderen. Opgehaald van https://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=32356
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Sciensano.
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.
- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. (2020). Adolescent psychiatric disorder during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264.
- Hafstad, G., & Augusti, E. (2021). A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *Lancet Psychiatry*, 8 (8), 640-641.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Psychosociale opvang tijdens de COVID-19 pandemie-kinderen en jongeren*. Brussel: HGR.
- Ince, D., & Kalthoff, H. (2020). *Opgroeien en opvoeden. Normale uitdagingen voor kinderen, jongeren en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- InTijdenVanCorona#8 – Mijn lievelingsdag, na mijn verjaardag, is de dag dat ik weer naar school mag gaan. (2020). Opgehaald van <https://www.huderf30.be/nl/nieuws/intijdenvancorona8-mijn-lievelingsdag-na-mijn-verjaardag-is-de-dag-dat-ik-weer-naar-school-mag-gaan/>
- KBS. (2017). *Goed gek?! Anders spreken over geestelijke gezondheid*.
- Kestens, E., & Crommen, S. (2022, 02 22). Niemand lijkt wakker te liggen van de problemen van kinderen en jongeren: gaan we hen opnieuw in de steek laten? *Knack*.
- Kirtley, O., Achterhof, R., Hiekkaranta, A., Hermans, K., Hagemann, N., & Germeys, I. (2019). *Sigma 2019: Fase I. Rapport Hoe word ik wie ik ben?*
- Kluppels, K., Portzky, G., & Hoppenbrouwers, K. (2017). Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via de centra voor leerlingenbegeleiding. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* (49), 49-56.
- Lelong, J. (2022, 07 13). Psychologenvereniging trekt aan alarmbel: 'Een cliënt moest een hogere verzekeringspremie betalen wegens een spinnenfobie. *De Morgen*.
- Maes, S. (2021). *COVID-19: l'impact sur la santé mentale des jeunes*. Bruxelles: Yapaka.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J.-K., Salam, R.-A., & Lassi, Z. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7).
- Nastasi, B. K., & Borja, A. P. (2016). Introduction to the Promoting Psychological Well-Being Globally Project. In B. K. Nastasi, & A. P. Borja, *International Handbook of Psychological Well-Being in Children and Adolescents*. New York: Springer Science+Business.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (22), 8479.
- Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2022). *Een Kansrijke Start voor iedereen*.
- OECD. (2021a). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*. Paris: OECD.

- OECD. (2021b). *Young people's concerns during COVID-19: Results from risks that matter 2020, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD.
- Pasco Fearon, R., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52 (7), 782–791.
- Pfefferbaum, B. (2021). Challenges for Child Mental Health Raised by School Closure and Home Confinement During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23 (10), 65.
- Poppelmonde, J. (2021, 12 15). Mentaal welzijn van leerlingen? Daar hebben CLB's geen tijd voor. *De Standaard*.
- Recht-Op. (2022). *Op zoek naar een brug tussen jongeren in armoede en psychische hulp*. Antwerpen.
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. *CM-Informatie*, 286, 23-45.
- Skovgaard, A. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.
- Spanemberg, L., Salum, G., & Bado, P. (2020). How can schools be integrated in promoting well-being, preventing mental health problems and averting substance-use disorders in urban populations? *Current opinion in psychiatry*, 33(3), 255-263.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- TNO. (2016). *Investing in the first 1000 days of life for a healthy future*. Leiden: TNO.
- Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Unicef België.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario, Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *(Positieve) geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/positieve-geestelijke-gezondheid#:~:text=We%20kunnen%20stellen%20dat%20er,dit%20is%20het%20salutogene-tische%20element>
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Infant mental health: geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Kalmthout: Pelckmans.
- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(21-22), 375–386.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2003). *Investing in Mental Health*. World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Genève: World Health Organisation.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 133-147.



Luisteren naar de stem van kinderen met mentale gezondheidsproblemen

Samenvatting van het UNICEF rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België

Ann Morissens — Studiedienst

Samenvatting

Met dit artikel geven we de belangrijkste resultaten weer van het UNICEF rapport: kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen. In dit rapport vertellen kinderen en jongeren over hun ervaringen tijdens een ziekenhuisopname, hun gevoelens, wat ze missen en wat ze graag anders zouden willen zien. UNICEF hanteerde een waardevolle methodiek waarbij kinderen en jongeren op verschillende manieren over hun ervaringen en gevoelens konden vertellen, niet enkel door taal, maar ook door tekeningen, enz.

Het rapport geeft een intieme kijk op het leven van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen en toont ons waar de (beleids)uitdagingen liggen. Kinderen en jongeren betreuren dat hun stem niet wordt gehoord en dat er nog veel stigma en onbegrip is rond geestelijke gezondheidsproblemen. We hopen dat het rapport positief zal bijdragen aan het luisteren naar de stem van deze kwetsbare groep kinderen.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheidsproblemen, participatie, inspraak, kwetsbare groepen, kinderen, jongeren

1. Inleiding

Het rapport kadert in het *What do you think* project, waarmee UNICEF kinderen in kwetsbare situaties aan het woord wil laten. Deze keer vraagt UNICEF aandacht voor de mentale gezondheid van kinderen en adolescenten in België. De geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren staat wereldwijd en ook in België erg onder druk. De COVID-19-pandemie heeft de problemen nog scherper gesteld. Geestelijke gezondheidsproblemen hebben een impact op de jonge levens van kinderen en verhinderen hen vaak ten volle het leven te leiden dat ze graag zouden willen. Helaas rusten er nog veel stigma en vooroordelen op dit onderwerp, waardoor kinderen zich geïsoleerd voelen. Er gaat zo heel veel potentieel verloren. Wellicht nog erger is dat de stem van de kinderen en jongeren niet gehoord wordt. Dit is de indruk die kinderen hebben en waar ze verandering willen zien. Het doel van het rapport is dan ook kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen een stem te geven en zo hopelijk ook de beleidsmakers te doen luisteren. De ervaringen van kinderen en jongeren zijn belangrijk als de overheid of de samenleving initiatieven willen nemen om hun situatie te verbeteren. Zij zijn immers ervaringsdeskundigen. Ondanks de inspanningen die er de voorbije jaren geweest zijn, blijven de uitdagingen groot. Hopelijk draagt het rapport bij aan het verder werken aan oplossingen, bij voorkeur in lijn met de aanbevelingen die de kinderen en jongeren formuleerden. Deze aanbevelingen worden ook doorgegeven aan het VN-Comité inzake de rechten van het Kind en aan beleidsmakers in België.

150 kinderen en jongeren tussen 6 en 17 jaar, die verbleven in kinderpsychiatrische dagcentra, ziekenhuizen of een ambulante traject volgden, namen deel aan dit *What do you think* project rond geestelijke gezondheid. Hun deelname was vrijwillig en gebeurde aan de hand van participatieve methoden ((groeps)gesprekken, workshops, maar ook creatieve technieken) met goedkeuring van de ethische commissie van de ziekenhuizen. Kinderen en jongeren werden ondersteund in dit proces en er werd ook samengewerkt met zorgverleners. Kinderen en jongeren vertelden over hun ervaringen en hun angsten, maar ook over hun hoop en dromen en willen vooral dat er naar hen geluisterd wordt. Dat laatste ontbreekt volgens hen en dan gaat het niet enkel over ouders, leerkrachten, opvoeders, maar ook politici.

2. Ervaringen van kinderen en jongeren in de kinderpsychiatrie

2.1. Moeilijke levensverhalen

De kinderen en jongeren waar UNICEF mee in gesprek ging, hebben vaak al heel wat meegemaakt in hun leven en dragen hierdoor bagage en kwetsuren mee. Een opname in het ziekenhuis is voor sommigen vrijwillig, voor anderen echter niet. Voor deze laatsten wordt een opname dan ook als dwingend ervaren. Voor anderen is de opname een rustpunt, maar er blijven veel vragen en stress. Er is ook het gevoel op een eiland te zitten en er is angst voor de terugkeer naar het gewone leven. Het is moeilijk voor jongeren om zicht bloot te geven voor zorgverleners, er is tijd nodig om vertrouwen op te bouwen. Ondanks het ingrijpende karakter is een ziekenhuisopname is voor heel wat jongeren een positieve ervaring, niet in het minst dankzij de inzet van het omkaderend personeel.

2.2. Het leven tijdens de opname: kansen en drempels

Het is positief dat tijdens een opname psychologische hulp dichtbij is, en dat ze zich gesteund voelen. Kinderen en jongeren hebben vaak lang moeten wachten op hulp. Er zijn echter ook werkpunten: zo betreuren ze het grote verloop bij het personeel. Op die manier moeten ze hun verhaal opnieuw vertellen en een vertrouwensband opbouwen. Veel kinderen en jongeren ervaren dit als een stap achteruit in plaats van vooruit.

Tijdens de opnamen ervaren ze (te) veel regeltjes en te weinig vrijheid, maar ook een gebrek aan privacy. Isolatie en kamerarrest worden als een enorme straf ervaren en maken de eenzaamheid groter. Sommige kinderen en jongeren ervaren ook willekeur in het gedrag van sommige zorgverleners en voelen zich overgegeven aan machtsverhoudingen.

Zowel de gebouwen, de inrichting, infrastructuur als het eten komen voor verbetering in aanmerking. Eten wordt als niet gezond en eentonig ervaren. Jongeren zouden graag samen koken.

Jongeren willen ook graag meer inspraak bij de keuze van therapie, de nadruk ligt vaak op praten, maar dat is niet

voor alle jongeren makkelijk. Creatieve therapievormen worden erg gewaardeerd.

Daarnaast willen jongeren meer toegang tot wifi en gsm en willen ze ook meer buitenactiviteiten en uitstapjes. Spel is belangrijk en ook de aanwezigheid van dieren zou geapprecieerd worden, want voor heel wat kinderen en jongeren biedt hun huisdier rust en deze worden gemist. Waarom geen bezoekrecht voor huisdieren of een leefgroep dier?

Het leven in een leefgroep biedt kansen, maar heeft eveneens zijn uitdagingen. Ze maken kennis met leeftijdsgenoten in wie ze zich herkennen, bij wie ze houvast vinden. Er ontstaan ook vriendschappen. Kinderen en jongeren zijn zich er goed van bewust dat ze de vrienden gemaakt in de leefgroep weer zullen moeten achterlaten. Voor sommige anderen voelt het samenleven in een leefgroep bedreigend aan.

De meeste jongeren zijn positief over de ziekenhuis-schoon, die ze beter aangepast vinden aan hun noden dan hun normale school. Er is wel bezorgdheid over het oplopen van achterstand en over het feit dat niet alle vakken even uitgebreid aan bod komen. Kinderen en jongeren geven aan dat gewone school een belangrijke bron van stress is en dat ze niet terecht kunnen bij leerkrachten met hun problemen, of dat ze niet ernstig worden genomen door hun leerkrachten. Er is onvoldoende kennis over mentale gezondheidsproblemen.

Tijdens de opname missen heel wat kinderen en jongeren hun ouders en willen ze liever meer bezoekmogelijkheden. Kinderen waarbij de gezinssituatie de oorzaak is van hun opname, hebben het er moeilijk mee dat ouders betrokken worden in de therapie. Voor een aantal kinderen, ligt de oorzaak van hun opname in complexe gezinssituatie, het is positief dat ouders betrokken worden, maar sommige kinderen zouden dit graag anders zien, omdat ze dan vrijer kunnen spreken.

2.3. Taboe, participatie en inspraak

Kinderen en jongeren geven ook aan dat er in de samenleving een negatief beeld heerst over geestelijke gezondheid en ze zijn zich hier erg bewust van. In het rapport staan de kinderrechten centraal en er wordt zowel door de kinderen en jongeren als UNICEF gepleit om meer inspraak en participatie te krijgen, niet enkel tijdens hun

opname en in de leefgroep, maar ook in het algemeen. Kinderen en jongeren hebben het gevoel dat er naar hen niet geluisterd wordt en dat er al te vaak voor hen beslist wordt. Ze hebben zelf een goede kijk en komen ook met oplossingen en ideeën om zowel hun verblijf in het ziekenhuis fijner te maken, maar ook het (vaak stereotiepe) beeld over geestelijke gezondheid te verbeteren. Hieronder geven we een aantal aanbevelingen van de bevroegde kinderen en jongeren weer.

3. Aanbevelingen van kinderen en jongeren met psychische problemen

3.1. Preventie van geestelijke gezondheidsproblemen

Heel wat kinderen en jongeren betreuren dat ze opgenomen zijn. Er moet meer gedaan worden om dit te voorkomen. Ze roepen daarom op om meer lokale luister- en hulpverleningscentra te voorzien waar ze terecht kunnen. Dit moeten veilige plekken zijn dicht bij huis waar ze terecht kunnen als het nodig is (dus zonder lange wachttijden). Jongeren geven ook aan steun te kunnen vinden bij elkaar.

3.2. Strijd aanbinden met gendernormen

Het is belangrijk om te kunnen en mogen zijn wie je bent. Toch is dit anno 2022 nog niet vanzelfsprekend, zo blijkt uit de ervaringen van jongeren. Sommigen vinden dat het mogelijk moet zijn om van identiteit te veranderen zonder toestemming van ouders vanaf 16 jaar. Heel wat jongeren worstelen met genderidentiteit.

3.3. Doorbreek de stilte en het stigma

Kinderen en jongeren zijn zich zeer bewust van het stigma dat er nog steeds leeft rond geestelijke gezondheid. Dit moet doorbroken worden. Er is volgens hen eveneens gebrek aan kennis en inzicht in de samenleving als het gaat over geestelijke gezondheidsproblemen. "Het is niet omdat je het niet kan zien, dat er geen hulp nodig is", stelde een jongere (Unicef, 2022). Om het taboe te doorbreken stellen jongeren voor om reportages te maken, muziek te maken en zo de samenleving bewust te maken.

3.4. Meer ondersteuning voor gezinnen

Gezinnen moeten op verschillende vlakken meer ondersteuning krijgen. Meer hulp voor ouders zodat ze hun kinderen kunnen helpen. Armoede en slechte huisvesting hebben een impact op mentale gezondheid. Kinderen en jongeren hebben het gevoel dat de dingen die ze graag willen doen niet mogelijk zijn omwille van geldgebrek. Kunnen studeren is ook niet voor elke jongere weggelegd omdat er een prijskaartje aan vasthangt dat soms te hoog is voor gezinnen, waardoor kinderen kansen op onderwijs missen.

3.5. Ondersteuning op school

De school wordt gezien als een plaats waar er meer gedaan kan worden rond geestelijke gezondheidsproblemen. Het is eveneens een plaats waar problemen vroegtijdig kunnen gezien worden. Heel wat jongeren en kinderen gaven echter aan dat ze niet terecht konden voor hulp, noch bij leerkrachten noch bij het CLB, dat overbevraagd is. Er zou dus meer psychologische en sociale ondersteuning op school moeten komen met een sleutelrol voor het CLB. Er moet ook op ingezet worden om jongeren elkaar te laten ondersteunen. Opleidingen voor leerkrachten zodat ze leerlingen met problemen kunnen ondersteunen, zijn nodig. Maar ook praten over mentale problemen is nodig zodat zowel medeleerlingen als leerkrachten kinderen en jongeren die problemen hebben beter kunnen begrijpen. Ook de regering moet zich beter bevragen over mentale gezondheid bij kinderen, vinden de kinderen en jongeren zelf.

Dat de school belangrijk is, als plaats voor preventie, maar ook als bron van stress en mentale problemen (bijvoorbeeld door pestgedrag dat een grote impact kan hebben) wordt duidelijk als blijkt dat kinderen en jongeren zelfs een specifieke voorstellenlijst uitwerkten voor scholen:

- Meer deeltijds leren mogelijk maken om de druk te verlagen;
- Rustbriefjes die leerlingen toelaten even een pauze te nemen van school en weg te zijn van de druk;
- Een bereikbare welzijnscoach inzetten die vraagt hoe het met hen gaat;
- Verplichte lessen over mentale problemen invoeren om het taboe weg te werken;
- Een welzijnsuurtje invoeren, een uur waar er niks moet en er even gerust kan worden;

- Meer schooluitstappen;
- Een betere en snellere samenwerking tussen school en hulpverleningsdiensten, maar ook bijvoorbeeld een psycholoog die elke week naar school komt en met het schoolteam werkt;
- Meer persoonlijk met leerlingen werken, bijvoorbeeld in kleinere groepen.

Kinderen en jongeren geven aan dat de school een beschermende, maar eveneens een risicovolle plaats kan zijn. De overgang naar het middelbaar wordt door velen als een moeilijk moment ervaren.

3.6. Zorg dat er geen geweld meer tegen kinderen is

Kinderen en jongeren zijn nog te vaak slachtoffer van verschillende vormen van geweld. Het gaat hier dan niet enkel over de thuissituatie, maar ook geweld gepleegd door andere kinderen en dat kan ook niet fysiek geweld zijn, bijvoorbeeld pesten. Dit laat vaak diepe sporen na.

3.7. Beter opleiding voor professionals

Kinderen en jongeren hebben niet altijd positieve ervaringen met zorgverleners in de eerste lijn, ze voelen zich vaak niet begrepen. Beter leren luisteren naar en praten met jongeren is belangrijk, en hier kunnen opleidingen voor professionals toe bijdragen.

3.8. Ziekenhuisopname als laatste stap

Zoals eerder werd aangehaald is inzetten op preventie van geestelijke gezondheidsproblemen een belangrijke aanbeveling. Preventie kan immers de kans op een ziekenhuisopname kleiner maken. Hoewel een ziekenhuisopname een stap is richting herstel, blijft dit een zware en ingrijpende periode voor kinderen en jongeren. Ze moeten hun vertrouwde omgeving verlaten. Om die reden dient een opname zoveel mogelijk vermeden te worden. Daarom pleiten kinderen en jongeren ervoor om sneller en eerder hulp te bieden, en dit dichterbij de leefomgeving. Kinderen willen eveneens meer en nauwer betrokken worden bij beslissingen over hen. Dat gebeurt nu te vaak over hun hoofden heen. Wanneer er een opname nodig is, moeten kinderen ook gehoord worden en moet er ingezet worden op minder tijd alleen op de kamer, meer contact met de buitenwereld, en ook meer inspraak in de

therapie. Die laatste is nu te weinig aangepast aan individuele noden en voorkeuren. Het leven in een leefgroep is ook erg gebonden aan regels en planning met te weinig tijd voor jezelf vinden de bevraagde kinderen en jongeren.

4. Conclusie

Kinderen en jongeren moeten kunnen mee nadenken en praten over hun verblijf, maar ook over hun toekomst. Dit rapport biedt een waardevolle en inspirerende inkijk in de levens en ervaringen van kinderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Hun ervaringen tonen dat er nog heel wat werk op de plank ligt voor zowel beleidsmakers, zorgverleners, leerkrachten als ouders. Als samenleving zijn we het hen verschuldigd hun stem te horen, te luisteren en met hun aanbevelingen aan de slag te gaan. Laat ons tonen dat we hun stem gehoord hebben door te werken aan geestelijke gezondheidszorg en actie te ondernemen en hen niet teleurstellen.

Bibliografie

Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Brussel: Unicef België.



Somatische zorg in een psychiatrische setting

Samenvatting van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Sigrid Vancorenland – Studiedienst

Samenvatting

Personen met een psychiatrische aandoening hebben een hogere kans op somatische problemen (hypertensie, diabetes, obesitas). Toch ervaren ze een moeilijkere toegang tot de somatische gezondheidszorg dan de algemene bevolking. Het KCE-rapport probeert te begrijpen wat hier de oorzaak van is. De methode bestond uit een mix van literatuurstudie, gebruik van cijfermateriaal en individuele interviews en focusgroepen bij patiënten en (psychiatrische) zorgverleners. De studie beperkt zich tot somatische zorg in specifieke zorgcontexten (zoals bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen) en gaat dus niet over ambulante (psychiatrische of geestelijke gezondheids)zorg.

Het KCE-rapport brengt verschillende oorzaken voor deze gezondheidskloof in kaart. De verklaring kan deels gevonden worden in vooroordelen en een gebrek aan kennis. Hierdoor worden gezondheidsproblemen vaker toegeschreven aan de psychiatrische toestand van de patiënt en worden problemen met de somatische gezondheid over het hoofd gezien. Een bijkomende verklaring is dat de organisatie van de somatische zorg te lijden heeft onder administratieve en financiële beperkingen. De rol en de financiering van een huisarts en somatische specialisten maken het niet altijd eenvoudig de nodige somatische zorg te verlenen aan psychiatrische patiënten. Ook de toegang tot ambulante geneesmiddelen voor reeds bestaande aandoeningen voor de hospitalisatie is vaak een probleem. Tot slot wordt ook het probleem van communicatie en zorgcontinuïteit aangehaald, zowel bij de opname, tijdens het verblijf maar ook na ontslag. Het KCE-rapport formuleert enkele aanbevelingen om hieraan te verhelpen.

Sleutelwoorden: KCE-rapport, geestelijke gezondheid, somatische zorg, vooroordelen, psychiatrische patiënt, gezondheidskloof

1. De somatische gezondheid bij psychiatrische patiënten: een gezondheidskloof

Mensen met een psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie, psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen of ernstige depressies, hebben meer kans om vroegtijdig te overlijden dan de algemene bevolking (een verschil van minstens tien levensjaren). Ongeveer 60% van deze oversterfte is te wijten aan somatische aandoeningen, waarvan een groot deel te voorkomen is omdat ze gerelateerd zijn aan levensstijl, zoals weinig beweging of neveneffecten van psychiatrische medicatie. Maar de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukte in 2017 dat naast deze individuele factoren ook de toegankelijkheid tot gezondheidszorg een probleem is, naast sociale factoren zoals stigma en gebrek aan sociale steun (World Health Organization, 2017). De WHO stelde het doel voorop om tegen 2030 de vroegtijdige sterfte van mensen met een psychiatrische aandoening met één derde te verminderen.

De doelstelling van het KCE-rapport is een beeld te schetsen van de somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening in België en om te proberen begrijpen waarom deze zorg suboptimaal is. De methodologie is een mix van literatuurstudie, gebruik van cijfermateriaal (minimale psychiatrische gegevens) en een kwalitatieve studie. In deze studie werd informatie verzameld over de perceptie en de ervaringen van patiënten en (psychiatrische) zorgverleners aan de hand van individuele interviews en focusgroepen. Belangrijk te vermelden is dat de studie zich beperkt tot somatische zorg in vier specifieke zorgcontexten: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschermt wonen. Het gaat dus niet om ambulante (psychiatrische of geestelijke gezondheids)zorg.

Personen met een psychiatrische aandoening hebben een hogere kans op somatische problemen (hypertensie, diabetes, obesitas). Toch ervaren ze een moeilijker toegang tot de somatische gezondheidszorg dan de algemene bevolking. Het KCE-rapport brengt verschillende oorzaken voor deze gezondheidskloof in kaart en formuleert enkele aanbevelingen om hieraan te verhelpen.

2. De oorzaken van deze gezondheidskloof

De verklaring kan deels gevonden worden in vooroordelen en een gebrek aan kennis. Veel patiënten zeiden dat ze vaak het gevoel hadden niet gehoord te worden of ernstig genomen te worden als ze somatische gezondheidsproblemen meldden tijdens hun opname. Soms werd hun somatische klacht toegeschreven aan hun psychiatrische aandoening en werd er geen gevolg aan gegeven. Niet enkel de patiënten zelf hebben af te rekenen met vooroordelen, ook hun (psychiatrische) zorgverleners hebben te maken met vooroordelen van andere gezondheidswerkers. Zo is het moeilijk om somatische zorg te organiseren voor een psychiatrische patiënt. Het is moeilijk om een specialist te vinden die zich wil verplaatsen naar een psychiatrische setting, ook als het de psychiatrische afdeling van hetzelfde ziekenhuis betreft. Ook stellen er zich problemen als een psychiatrische patiënt wordt opgenomen op een afdeling voor somatische geneeskunde (in een algemeen ziekenhuis). De (psychiatrische) zorgverleners getuigen dat de patiënten erg snel terug worden gestuurd naar de psychiatrische afdeling. Of dat patiënten die als psychiatrisch worden gezien op de spoeddienst snel doorverwezen worden naar de psychiatrische afdeling zonder dat er correct (soma)sch onderzoek werd uitgevoerd. In de literatuur wordt vermeld dat somatische artsen zich vaak ongemakkelijk voelen tegenover psychiatrische patiënten omdat ze weinig kennis hebben over psychiatrie. Maar omgekeerd geven de psychiatrische teams ook aan dat hun kennis over somatische geneeskunde niet optimaal is. Ons systeem beschouwt somatische en psychiatrische gezondheid als twee aparte entiteiten, wat niet bevorderlijk is.

Een bijkomende verklaring is dat de organisatie van de somatische zorg te lijden heeft onder administratieve en financiële beperkingen (in termen van honoraria, materiaal, logistiek, enz.). Wat de huisartsen betreft volstaat de huidige financiering van somatische zorg in de psychiatrische settings niet om elke patiënt somatische zorg te verlenen, een medisch dossier bij te houden, teamvergaderingen bij te wonen en de zorgcontinuïteit en samenwerking met externe eerstelijnszorg en/of ziekenhuisspecialisten te behartigen. De geïnterviewden verklaarden dat de enige manier om dit probleem op te lossen erin bestaat om het statuut van huisarts op een structurele manier te integreren in psychiatrische ziekenhuizen. De financiering van consultaties bij somatische

specialisten is ook niet gunstig. Bovendien vraagt het organiseren van externe consultaties veel tijd en logistieke middelen voor de psychiatrische zorgverleners. Als een patiënt extern op consultatie gaat, moet deze begeleid worden door een teamlid om de patiënt gerust te stellen, er voor te zorgen dat alles goed begrepen wordt en de verdere opvolging te organiseren. Deze tijd wordt niet voorzien in de personeelsbezetting, waardoor de rest van het team met één persoon minder werkt. Hierdoor wordt zorg soms uitgesteld of wordt ervan afgezien, wat de gezondheid van de patiënt op termijn kan doen verslechteren. Maar ook in de financiering van de psychiaters zijn er bepaalde onregelmatigheden. En de bestaafingsnormen voor verpleegkundig personeel volstaan vaak niet voor het opnemen van somatische zorg voor psychiatrische patiënten.

Ook de toegang tot ambulante geneesmiddelen voor reeds bestaande aandoeningen voor de hospitalisatie is vaak een probleem. De ziekenhuisapotheek beschikt over een lijst van beschikbare geneesmiddelen en de tijdens de ziekenhuisopname toegediende geneesmiddelen moeten in deze lijst zijn opgenomen. Als een van deze ambulante geneesmiddelen niet op deze lijst staat, moet de arts dat geneesmiddel dus vervangen door een geneesmiddel dat er zo dicht mogelijk bij in de buurt komt. Sommige patiënten zeggen dat zij niet op de hoogte gebracht werden dat hun medicatie veranderd was. Zelfmedicatie is niet toegestaan in een psychiatrische setting. De procedures om een gewone pijnstiller te verkrijgen zijn lang en complex, waardoor een patiënt soms urenlang moet wachten op pijnverlichting.

Tot slot wordt ook het probleem van communicatie en zorgcontinuïteit aangehaald. De ondervraagde zorgverleners geven aan dat het bij de opname vaak moeilijk is om informatie te vinden over de voorgeschiedenis van de patiënt. Die informatie is nochtans nodig voor een correcte somatische behandeling. Het is ook moeilijk om het medicatieschema te reconstrueren. De (psychiatrische) zorgverleners noemen het opzoeken van gegevens tijdrovend en complex. Ook tijdens de opname zijn er de communicatieproblemen tussen de psychiatrische setting en de somatische specialisaties in ziekenhuizen. Men focust hier op de rol van de huisarts, die dicht bij de patiënt staat en de link zou kunnen vormen tussen de psychiatrische afdeling en de somatische specialisten. Er is de nood aan goede overeenkomsten tussen artsen of ziekenhuisafdelingen over het organiseren van een consultatie door een somatische specialist. Dit zou zowel de werkbelasting voor het (psychiatrische) zorgteam reduceren maar ook de wachttijd en

de stress voor de patiënt. Patiënten gaven aan dat ze zich bij het verlaten van het (psychiatrisch) ziekenhuis soms zeer hulpeloos voelden. Ze moesten zelfstandig een huisarts vinden, hun thuismedicatie organiseren, de opvolgafspraken regelen bij de somatische specialisten, enz. De zorgteams stelden voor om ontslagvergaderingen te organiseren met de apotheker en de huisarts van de afdeling om de opvolging te organiseren. Tot slot halen patiënten ook de communicatieproblemen aan tussen henzelf en de zorgverleners: gebrek aan informatie over hun diagnose, over de voorgeschreven behandeling, medicatiewijzigingen en eventuele bijwerkingen, enz.

3. De aanbevelingen

De zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening moet **holistisch** zijn. De patiënt moet in zijn globaliteit bekeken worden en de klassieke opdeling tussen psychiatrische en somatische zorg moet opgeheven worden. Het is een algemene vaststelling dat de geestelijke gezondheid van de patiënt verbetert als er goed voor de somatische gezondheid wordt gezorgd, en omgekeerd. Daarom moet de globale gezondheid van de patiënt het hoofddoel zijn bij elke opname in een psychiatrische setting. Empowerment van de patiënt maakt deel uit van het herstelproces. Een respectvolle benadering van de keuzes en wensen van de patiënt is vereist.

Iedere patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen, moet een **behandelings- en nazorgplan** krijgen. Dit moet zowel de psychiatrische als somatische zorg omvatten en moet opgesteld worden door het psychiatrische team **in samenwerking met de patiënt** (en met de familie of mantelzorger indien de patiënt dit wenst). Het informeren en betrekken van de patiënt bij de zorg is heel belangrijk en daarom moet dit plan informatie bevatten over onder andere de organisatie van de geïntegreerde zorg, over alle voorgeschreven medicatie en hun bijwerkingen, ... Bovendien moet elke somatische vraag van de patiënt op een respectvolle en vertrouwelijke manier worden behandeld. Daarom is het nuttig om in de opleiding van toekomstige beroepsbeoefenaars meer aandacht te besteden aan het gelijktijdig in aanmerking nemen van de somatische en de psychiatrische gezondheid en aan het ernstig nemen van somatische klachten.

Elke patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen, moet **toegang hebben tot somatische zorg** die

vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking. Een minimumvereiste hiervoor is dat elke psychiatrische setting **tenminste één huisarts in het psychiatrische team** heeft. Deze moet voldoende werktijd hebben, moet structureel bezoldigd worden en de administratieve beperkingen moeten opgeheven worden (nomenclatuur, beperking van het voorschrijfgedrag, enz.). De huisarts moet zijn werk zonder onnodige beperkingen kunnen uitvoeren. Elke psychiatrische setting moet ook **de toegang tot de somatische specialisten organiseren** naargelang de behoeften van haar patiënten. Deze toegang moet duidelijk beschreven zijn in overeenkomsten tussen de settings/diensten en de administratieve en logistieke beperkingen moeten worden opgeheven. Bovendien is het nodig om te voorzien in een **aanbod van permanente educatie voor het psychiatrische verzorgingsteam** om hun kennis over de somatische zorg bij te werken. De specifieke zorg (tandzorg of preventieve zorg) moet in dezelfde mate aanwezig zijn als de zorg die aan de algemene bevolking wordt geboden. De infrastructuur en de apparatuur voor somatische zorg moet toereikend, veilig en tijdig beschikbaar zijn.

Voor de **continuïteit van zorg** is het essentieel dat er een goede samenwerking is zowel binnen de zorgteams van de psychiatrische setting als met de andere diensten of settings die bij de somatische zorg betrokken zijn. Voor de coördinatie van zorg tijdens de ziekenhuisopname lijkt het aangewezen dat de huisarts verantwoordelijk is voor de coördinatie van de somatische zorg binnen het psychiatrisch team en voor de betrekkingen met de externe dienstverleners. Hiervoor houdt de huisarts een somatisch medisch dossier bij dat wordt geïntegreerd in het psychiatrisch dossier. Om ook de continuïteit voor, tijdens en na de opname te verzekeren, is een goede communicatie nodig met alle zorgverleners vanaf het moment van de opname tot het moment van ontslag. Zo moet bijvoorbeeld systematisch een raadpleging worden georganiseerd voor het ontslag. Een ontslagrapport en opvolgplan moeten tijdig aan de externe eerstelijnszorgverleners worden meegedeeld.

Er moet nog veel gebeuren om personen met een psychiatrische aandoening dezelfde toegang tot gezondheidszorg te bieden als de algemene bevolking. Maar er is veel interesse bij de zorgverleners en de patiënten en iedereen is ervan overtuigd dat het anders moet.

Bibliografie

Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, L., & Mistiaen, P. (2021). *Somatische zorg in een psychiatrische setting - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

World Health Organization. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Geneva.



Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies en achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Uiteraard wordt het adressenbestand uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van de producties van de studiedienst en het beheer van het tijdschrift. Dit bestand is alleen toegankelijk voor de medewerkers en leveranciers van CM die betrokken zijn bij dit beheer. Het wordt ook op een veilige manier bewaard.

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR), kan je op elk moment verzoeken om je persoonsgegevens te raadplegen en, indien nodig, onjuiste gegevens te corrigeren of om jouw gegevens te vervolledigen. In dit kader kan je ook vragen dat je persoonsgegevens tijdelijk niet worden verwerkt (behalve in een aantal door de wet bepaalde gevallen) totdat de juistheid ervan is gecontroleerd.

Je kan ook verzoeken om een kopie van je persoonsgegevens te ontvangen en/of deze door te sturen naar een andere instelling of persoon van jouw keuze in een formaat dat het mogelijk maakt om de persoonsgegevens gemakkelijk door te sturen.

Je persoonsgegevens worden niet langer bewaard dan nodig is voor de in dit document beschreven doeleinden. Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet meer kan verwerken in het kader van *Gezondheid & Samenleving*, kan je in bepaalde specifieke gevallen ook vragen om uw persoonsgegevens definitief te laten verwijderen. In plaats van verwijdering kan je vragen om de gegevens te bewaren, maar niet meer te verwerken (behalve in bepaalde gevallen die door de wet worden voorgeschreven).

Indien je van mening bent dat CM je persoonsgegevens niet rechtmatig en legaal verwerkt, kan je een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (contactgegevens beschikbaar op: <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>). In dergelijke geval raden wij je echter aan om eerst contact op te nemen met onze Data Protection Officer. Mogelijke problemen of misverstanden kunnen vaak gemakkelijk worden opgelost.

Als je je op *Gezondheid & Samenleving* heb geabonneerd, maar nadien van gedacht verandert, kan je je toestemming altijd intrekken. Intrekking van de toestemming doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de vóór de intrekking verleende toestemming.

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst

Mieke Hofman

Haachtsesteenweg 579

1031 Schaarbeek

Of per mail: GezondheidEnSamenleving@cm.be

Indien je meer algemene informatie wenst over de verwerking van persoonsgegevens door CM, kan je ons algemeen privacybeleid raadplegen op onze website: <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Inhoud

- Editoriaal: Geestelijke gezondheid: een hoogrisicogebied 02
- Studie: Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid 06
- Studie: Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? 28
- Studie: Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. 52
- Voor u gelezen: Luisteren naar de stem van kinderen met mentale gezondheidsproblemen. (UNICEF) 76
- Voor u gelezen: Somatische zorg in een psychiatrische setting. (KCE) 82

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Hoofdredactie

Eindredactie

Redactiecomité

Lay-out

Druk

Retouradres

Copyright

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Élise Derroitte

Astrid Luybaert, Svetlana Sholokhova

Hervé Avalosse, Elise Derroitte, Juliette Lenders, Astrid Luybaert, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Lay-out service Gevaert Graphics

Albe De Coker

CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"