& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 Klimaatangst: wat het voor jongeren betekent

26 Terugblik op de CM-studiedag 'Naar toegankelijke zorg'

38 Evolutie en uitdagingen van het gebruik van orale anticoagulantia

16

januari 2026

Radicaliseer de democratie

Radicaliseer de democratie

Edito

De klimaatcrisis zet de samenlevingen op hun kop, en dit is nog maar het begin. Deze diepe, ongekende en onzekere dynamiek is meer dan verontrustend en veroorzaakt bij sommigen zelfs een scherpe angst. Bewust van dit fenomeen willen we in dit nummer met het artikel *Klimaatangst: wat het voor jongeren betekent,* beter begrijpen wat er omgaat in de hoofden van jongeren die zichzelf als eco-angstig beschouwen. Een grondige analyse van 21 semigestructureerde interviews stelde ons in staat de drijfveren in kaart te brengen die in hun discours over het onderwerp naar voren komen. Terwijl jongeren geconfronteerd worden met heel wat negatieve en angstaanjagende informatie, moeten ze achterhalen wat waar is en wat *fake news*. De bezorgdheid over toekomstige milieuschokken is nauw verweven met die over de samenleving. Kortom, deze context van onzekerheid beïnvloedt hun emoties diepgaand. Deze resultaten vormen het vertrekpunt van deze edito.

Dit snel geschetste beeld lijkt misschien wel verlammend. Maar dit is dan buiten de filosofische en democratische inzichten gerekend die we vinden in het werk van Chantal Mouffe, een Belgische filosofe en professor aan de Universiteit van Westminster. We kunnen niet anders dan hierop in te gaan, in het bijzonder op haar boek *Towards a Green Democratic Revolution: Left Populism and the Power of Affects*. Het werk van Mouffe is fundamenteel omdat het ons in staat stelt om affecten – en dus ook de angsten rond klimaatverstoringen – te herbekijken binnen de politieke en democratische dynamiek. Zij benadrukt dat collectieve emoties allesbehalve obstakels zijn en juist de grondstof vormen voor politieke activering. Klimaatangst, gevoeld bij de dreiging van ecologische rampen, creëert een diepe gevoeligheid voor vraagstukken rond samenleven. Door deze angst te benutten, kunnen politieke bewegingen een gemeenschappelijke identiteit opbouwen, tegenstanders identificeren en zo de voorwaarden scheppen voor versterkt engagement. Dit noemt ze de 'radicalisering van de democratie': het proces waarbij we de democratie verdiepen door conflicten en tegenstellingen te erkennen en te institutionaliseren binnen het publieke debat. Op die manier wordt een pluralistische confrontatie tussen tegengestelde projecten mogelijk binnen een gedeeld democratisch kader.

Meer nog, Mouffe suggereert dat deze klimaatangst erkend moet worden als een potentiële motor voor politieke mobilisatie. Ze roept op tot de politisering van de klimaatbeweging, dit is het omvormen van deze diffuse bezorgdheid tot een gestructureerde en democratische eis. Volgens haar is het essentieel om deze affectieve energie te kanaliseren naar de vorming van een politieke coalitie die in staat is te wegen op economische, sociale en ecologische beslissingen. Het doel van deze coalitie, die zij de 'groene democratische revolutie' noemt, is dan om ervoor te zorgen dat de strijd tegen klimaatontregeling een centrale uitdaging van de hedendaagse democratie wordt. Zij ziet in de collectieve angst geen zwakte, maar een kracht die kan worden gemobiliseerd om meer klimaatrechtvaardigheid, solidariteit tussen bevolkingsgroepen en de transformatie van productie- en consumptiemodellen te eisen.

Dit lijkt des te belangrijker – zelfs dringend – in een context die sommigen als post-politiek omschrijven en waar de apathie van de technocratie heerst. De 'terugkeer van het politieke', zoals zij het noemt, zou kunnen steunen op klimaatangst die, goed gekanaliseerd, kan uitgroeien tot een

agonistische energie: geen oproep tot een slappe consensus, maar een impuls richting duidelijke confrontaties tussen tegengestelde visies (bijvoorbeeld sociale rechtvaardigheid tegenover destructieve kapitalistische belangen). Dit antagonisme – deze tegenstelling – zou de democratie nieuw leven kunnen inblazen, waardoor klimaatangst niet verlammend, maar juist structurerend wordt om politieke prioriteiten te herdenken en een radicale, solidaire ecologische governance op te leggen.

Wat Mouffe ons vertelt over de klimaatstrijd, is ook toepasbaar op vragen rond gezondheid, zorg en het zorgen voor. Dat is trouwens precies wat professor Michael Marmot van de *University College London* in andere bewoordingen duidelijk maakte tijdens zijn bijdrage aan de studiedag *Naar toegankelijke zorg*, die we op 22 mei 2025 organiseerden en waarvan in dit nummer van *Gezondheid & Samenleving* in het gelijknamige artikel een verslag te vinden is. Waar Mouffe spreekt over de kracht van emoties, verwijst Marmot naar de kracht van hoop – hoop die ontstaat door het blootleggen van ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg. Volgens Marmot zijn we sterk dankzij onze precieze kennis over het onderwerp én door het gevoel van onrechtvaardigheid dat dit oproept. Dit gevoel van onrechtvaardigheid is niet verlammend, als het op hoop gericht wordt. Het moet juist de motor zijn van actie voor meer inclusiviteit in de zorg. Het werk van Marmot vormt een sterke inspiratiebron voor de andere tussenkomsten op de studiedag, waarvan eveneens een recensie is opgenomen: die van de professoren Sandy Tubeuf (*Université catholique de Louvain*) en Sara Willems (UGent).

Daarnaast gaan we in dit nummer met de studie *Evolutie en uitdagingen van het gebruik van orale anticoagulantia*, in op een heel ander onderwerp. Het gaat om een analyse van het gebruik van twee types bloedverdunners, vooral vanuit het oogpunt van de uitdagingen rond therapietrouw: in welke mate zetten patiënten hun behandeling niet voortijdig stop ('persistentie'), en in welke mate wordt het door hun arts voorgeschreven behandelplan (innamefrequentie, dosering) correct gevolgd ('adherentie'). De vragen die in deze studie aan bod komen, zijn belangrijk, zeker omdat dit type behandeling meer dan 400.000 personen in België betreft. De resultaten, gebaseerd op de analyse van CM-facturatiedata, roepen vragen op: het aantal gebruikers blijft stijgen, het gebruik van orale anticoagulantia is groter bij patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming, therapietrouw is niet vanzelfsprekend (voortijdige stopzetting van de behandeling en een onvoldoende hoeveelheid medicatie om zich dagelijks correct te verzorgen).

We stonden in het begin van deze edito stil bij de kwestie van de radicale democratie. En het lijkt ons nuttig om er in de conclusie op terug te komen, om ons als middenveldorganisaties te positioneren in het perspectief dat Mouffe schetst. Onze intuïtie zegt ons dat het middenveld sterke plaatsen voor bemiddeling biedt, waar collectieve en gestructureerde visies kunnen worden opgebouwd, vertrekkend vanuit de ervaringen en emoties van onze leden. En dat met aandacht voor zowel de meest zichtbare krachtlijnen als voor de situaties van meer gemarginaliseerde groepen. Vanuit dat standpunt lijkt het evident dat het middenveld gevraagd wordt een sleutelrol te spelen in een vorm van geradicaliseerde democratie, en onze strijd te voeren in de antagonistische arena van het publieke debat. Om dat ten volle te realiseren, moeten we blijven mobiliseren, onze rol volledig opnemen en van de titel van deze edito een oproep maken: radicaliseer de democratie.

Nicolas Rossignol
Verantwoordelijke Studiedienst CM-MC

Klimaatangst: wat het voor jongeren betekent

Een kwalitatieve analyse van percepties en ervaringen

Ann Morissens, Mattias Van Hulle & Hélène Janssens — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Het concept *klimaatangst* duikt de laatste jaren steeds vaker op in publieke en academische debatten, en wordt vooral gebruikt om de emotionele impact van de klimaatcrisis op individuen te beschrijven. Toonaangevende medische tijdschriften als *The Lancet,* publiceerden reeds verschillende kwantitatieve studies over het wijdverspreide karakter van klimaatangst, maar kwalitatief onderzoek naar de ervaringen achter het concept blijft vooralsnog uit. In deze studie namen we een reeks diepte-interviews af bij jongeren tussen 18 en 24 jaar om beter te begrijpen hoe zij hun klimaatgerelateerde gevoelens en ervaringen zelf benoemen, kaderen en beleven. Daaruit kwam naar voren dat klimaatangst niet alleen gevoelens van ongerustheid of angst omvat, maar vooral ook een fundamenteel ongenoegen ten aanzien van uitblijvende politieke besluitvorming, een diepgeworteld wantrouwen tegenover bestaande machtssystemen en een uitgesproken behoefte aan structurele verandering. De mentale en emotionele belasting van klimaatangst blijkt echter deels getemperd te kunnen worden wanneer er connectie wordt gevonden met gelijkgezinden, of wanneer er collectieve actie wordt ondernomen. Initiatieven om tot gezamenlijke oplossingen te komen dienen niet enkel een pragmatisch doel, ze hebben ook een positieve impact op het subjectieve welbevinden.

Sleutelwoorden: Klimaatangst, jongeren, klimaatverandering, mentale gezondheid, kwalitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding 6

1. Literatuurstudie 7
- 1.1. Individuele reactie op een overkoepelend probleem 7
- 1.2. Jongeren als kwetsbare groep 8

2. Methode: semigestructureerde diepte-interviews 9
- 2.1. Gegevensverzameling 9
- 2.2. Profiel van de respondenten 10
- 2.3. Semigestructureerde diepte-interviews 10
- 2.4. Beperkingen 10

3. Resultaten 11
- 3.1. Klimaatverandering door de bril van jongeren 11
- 3.2. Kennis- en informatievergaring 11
  - 3.2.1. Informatiebronnen voor jongeren 11
  - 3.2.2 Omgang met media 12
- 3.3. Definitie van klimaatangst 13
  - 3.3.1. Over angst 13
  - 3.3.2. Meer dan angst 13
- 3.4. Associatie met politiek 14
  - 3.4.1. Frustratie wegens het niet-handelen van de politiek 14
  - 3.4.2. Frustratie wegens het niet gehoord worden als jongere 15
  - 3.4.3. Wantrouwen in de politiek 15
- 3.5. Omgangsmethoden 16
  - 3.5.1. De pragmatische aanpak: individuele acties 16
  - 3.5.2. De pragmatische aanpak: collectieve acties 16
  - 3.5.3. Emotionele verzorging: steun en hoop via connectie en collectieve actie 17

4. Bespreking van de resultaten 18

5. Aanbevelingen 21
- 5.1. Klimaatangst opvatten als een collectief alarmsignaal 21
- 5.2. Affecten en hoop als drijvers van mobilisatie 22
- 5.3. Jongeren betrekken in beleid en vertrouwen herstellen 22

Conclusie 23

Bibliografie 24

Inleiding

"Het leven op onze planeet ligt onder vuur. We bevinden ons heden op onbekend terrein. Al tientallen jaren waarschuwen wetenschappers systematisch voor een toekomst gekenmerkt door extreme klimatologische omstandigheden als gevolg van wereldwijd stijgende temperaturen, veroorzaakt door aanhoudende menselijke activiteiten die schadelijke broeikasgassen in de atmosfeer uitstoten. Helaas is de tijd op. We zien hoe de voorspellingen uitkomen met de alarmerende en ongekende opeenvolging van records die worden gebroken, die diep leed en verontrustende taferelen veroorzaken. We betreden nu een onbekend gebied met onze klimaatcrisis, een situatie die niemand ooit heeft meegemaakt in de menselijke geschiedenis" (Ripple, et al., 2023, p. 841, eigen vertaling).

Deze passage komt uit een speciaal rapport gepubliceerd in het internationale vakblad *BioScience*. Een jaar eerder ondertekenden in datzelfde blad meer dan 15.000 wetenschappers een publicatie waarin werd verklaard dat de aarde zich ondubbelzinnig in een klimaatnoodtoestand bevindt. Het hierboven geciteerde speciaal rapport vormt zo slechts een actuele toevoeging aan een intussen lange lijst van wetenschappelijke klimaatrapporten, onder andere van het IPCC (*International Panel on Climate Change*), met soortgelijke waarschuwingen. Verder werden al speciale commissies opgericht, internationale klimaattoppen georganiseerd, en lijkt er een groeiende media-aandacht te zijn die klimaatverandering[1] alsmaar prominenter op de kaart heeft gezet. De omvang en de spoedeisende aard van het probleem worden daarbij steeds explicieter aangekaart, zoals we hierboven kunnen lezen, en daaraan gelinkt lijkt ook de *sense of urgency* bij heel wat burgers gegroeid.

Die *sense of urgency* werd gepersonaliseerd door Greta Thunberg en haar *Skolstrejk för klimatet*, vertaald als *Schoolstaking voor het Klimaat*. In 2019 gaf ze op een klimaattop van de Verenigde Naties (VN) haar historische *How dare you*-speech, waarin ze de politici een geweten schopte en hen verweet onvoldoende te doen om de klimaatverandering te stoppen, ondanks de wetenschappelijke rapporten die al meer dan 30 jaar worden gepubliceerd. Haar speech maakte indruk en in 2019 ontstonden er wereldwijd klimaatmarsen onder het motto *Fridays for future*, waarbij heel wat scholieren spijbelden om deel te nemen aan manifestaties tijdens de schooluren. Dit alles met als doel politici op te roepen om dringend actie te ondernemen tegen klimaatverandering. Deze klimaatmarsen waren voor jongeren één van de weinige manieren om hun stem te laten horen.

In ons land werden deze klimaatmarsen en andere evenementen georganiseerd door de Klimaatcoalitie. Er was eveneens de klimaatzaak, waarbij de vier Belgische overheden voor de rechter werden gedaagd voor hun gebrekkig klimaatbeleid. Deze overheden werden ook schuldig bevonden (VRT, 2023). Maar ondanks al deze verschillende initiatieven, was 2024 het warmste jaar ooit en wordt er vandaag reeds een gemiddelde temperatuurstijging van 1,6°C gerapporteerd (Copernicus Climate Change Service, 2025). Meer en daadkrachtiger beleid is dringend nodig, maar blijft grotendeels uit. Heel wat burgers menen dat de wetgever lang niet voldoende concrete maatregelen treft om klimaatverandering af te remmen en in te dijken enerzijds, of om op de gevolgen van klimaatverandering te anticiperen anderzijds. Volgens de Eurobarometer van 2021 zegt 82% van de Belgen dat hun overheid niet genoeg doet om klimaatverandering aan te pakken. Dit cijfer ligt consistent hoog in alle leeftijdsgroepen, waaronder 80% van de jongeren van 15-24 jaar, tot zelfs 86% bij personen van 25-39 jaar (Hermans, 2021).

Jongeren vormen een bijzonder belangrijke doelgroep binnen het thema klimaatangst, aangezien zij niet alleen de toekomstige erfgenamen zijn van de gevolgen van klimaatverandering, maar ook in toenemende mate psychologische lasten ervaren als gevolg van de dreiging die deze ontwikkeling met zich meebrengt. Recente onderzoeken wijzen uit dat jongeren wereldwijd gevoelens van machteloosheid, verdriet en angst rapporteren omtrent de ecologische toekomst, wat duidt op een groeiende mentale druk binnen deze bevolkingsgroep (Hickman, et al., 2022). Deze klimaatangst is niet louter een individuele respons, maar weerspiegelt bredere maatschappelijke onzekerheden en een beperkt vertrouwen in de effectiviteit van politieke besluitvorming. Door hun ontwikkelingsfase zijn jongeren bovendien extra vatbaar voor existentiële zorgen, waardoor klimaatangst een blijvende impact kan hebben op hun geestelijke gezondheid, identiteit en toekomstperspectief.

1 Een alternatieve term 'klimaatontregeling' vindt vandaag steeds meer ingang, onder meer in de Franstalige context en bij sommige openbare omroepen. Deze term benadrukt sterker de ontwrichtende dynamiek van de huidige processen en sluit zo beter aan bij de wetenschappelijke consensus dat klimatologische processen door menselijke activiteiten ontregeld zijn, en niet louter 'veranderd', wat een te passieve connotatie oproept. In dit artikel werd na intern beraad besloten toch de term 'klimaatverandering' te hanteren, louter omdat deze in het Nederlands momenteel nog het meest ingeburgerd is.

In de literatuurstudie gaan we dieper in op de verschillende definities van dit concept en formuleren we vervolgens onze onderzoeksvraag (deel 1.2). Daarna presenteren we de methode (deel 2) en bespreken we onze resultaten (deel 3 en deel 4). We sluiten af met enkele aanbevelingen (deel 5).

1. Literatuurstudie

1.1. Individuele reactie op een overkoepelend probleem

Het groeiend ongenoegen over het gebrek aan een daadkrachtig klimaatbeleid wordt niet zelden in verband gebracht met 'klimaatangst' – '*eco anxiety*' in het Engels. De term neemt sinds enkele jaren een hoge vlucht in de media, en kent heel wat verschillende invullingen. Een vaak geciteerde definitie is de summiere beschrijving die sinds 2014 gehanteerd wordt door de *American Psychological Association* (APA). Die definieert klimaatangst kortweg als "een chronische angst voor de ondergang van de leefomgeving" (Coffey, Bhullar, Durkin, Islam, & Usher, 2021, p. 2267, eigen vertaling). Maar volgens sommige onderzoekers is de term klimaatangst nogal beperkend en bovendien misleidend. Vooreerst omvat klimaatangst veel meer dan louter *angst*. De wetenschappelijke literatuur toont aan dat individuen die zich met de term identificeren, blijk geven van een veel breder en complexer pallet aan emoties en ervaringen, waaronder frustraties, verdriet, woede, machteloosheid, hulpeloosheid, schuldgevoelens, schaamte, wanhoop, en onrecht (Hickman, et al., 2022).

Een tweede bedenking bij de term is dat de notie 'angst', in het gangbare gebruik van de term, geassocieerd wordt met een strikt individuele bezorgdheid, terwijl de oorzaak van die angst, de klimaatverandering, een collectief gedragen probleem betreft (Coffey, Bhullar, Durkin, Islam, & Usher, 2021). Bij het gebruik van het concept klimaatangst, bestaat dus een interpretatief gevaar dat de reactie op een gepercipieerd gevaar wordt geïndividualiseerd en dat de reële ecologische dreiging naar de achtergrond wordt geschoven. Dit zou de precieze aanduiding van de term vervagen, temeer omdat het concept in de wetenschappelijke literatuur voornamelijk wordt opgevat als een verregaande bezorgdheid gerelateerd aan een *algemeen bewustzijn* over klimaatverandering, milieuproblemen en planetaire dreiging, en niet zozeer aan de individuele, rechtstreekse en traumatische gevolgen van specifieke weersfenomenen of klimatologische rampen die uit eerste hand worden ervaren. Arts en epidemioloog Alice Desbiolles (2020) noemt klimaatangst in die zin zelfs een uiting van rationaliteit en helderheid in een wereld waar het aan beide ontbreekt. Anders gesteld, de wetenschappelijke literatuur ziet klimaatangst over het algemeen als een *verontruste reactie op een groeiend besef*, en niet als een directe individuele reactie op de ervaring van traumatische gebeurtenissen.

Het is niet alleen cruciaal om klimaatangst expliciet in verband te brengen met een reële en externe, oorzakelijke problematiek, het is evenzeer belangrijk om het te beschouwen als een specifieke ervaring en niet als een algemene angststoornis. Een recente studie bracht namelijk aan het licht dat er geen aantoonbare relatie is tussen het ervaren van klimaatangst enerzijds, en een predispositie tot het ervaren van meer algemene, onderliggende of reeds bestaande angststoornissen anderzijds (Parmentier, et al., 2024). Met andere woorden, het ervaren van klimaatangst is geen gevolg van een andere problematiek noch van een algemeen 'angstig zijn' als intrinsiek onderdeel van iemands persoonlijkheid. Klimaatangst betreft een unieke en adaptieve emotionele reactie op (meer kennis over) de huidige milieu-uitdagingen.

Die specifieke ervaring kan zich evenwel uiten in een psychisch lijden. Onderzoek wees uit dat personen die blijk gaven van een groter bewustzijn over de negatieve effecten van klimaatverandering, over het algemeen meer negatieve gezondheidsindicatoren vertoonden, waaronder insomnia, minder subjectief welbevinden, functionele beperkingen, een terughoudendheid om kinderen te krijgen (Boluda-Verdú, Senent-Valero, Casas-Escolano, Matijasevich, & Pastor-Valero, 2022) en zelfs een verhoogd risico op depressie (Léger-Goodes, et al., 2022). Gebaseerd op de belangrijkste inzichten uit voorgaande onderzoeken over dit relatief nieuwe thema, publiceerden Brophy, Olson en Paul (2023) recent een overzichtsstudie over klimaatangst. Ze brachten de meest uitgesproken conclusies samen, en construeerden een nieuwe, meer omvattende definitie:

"Klimaatangst is een ervaring van bezorgdheid of zorgen van verschillende niveaus en voornamelijk negatieve emoties met betrekking tot de natuurlijke wereld, het menselijk leven en onzekerheid of angst over de toekomst, die al dan niet als leed worden ervaren. Klimaatangst kan leiden tot positief, neutraal of negatief milieugedrag. Het leed dat klimaatangst veroorzaakt, kan mild tot ernstig zijn, afwezig, alomtegenwoordig of fluctuerend, en kan zich uiten in symptomen van een angststoornis.

Klimaatangst is geen angst die verband houdt met natuurrampen of klimaatgerelateerde weersomstandigheden die als traumareacties kunnen worden gedefinieerd" (Brophy, Olson, & Paul, 2023, p. 658, eigen vertaling).

De definitie van Brophy, Olson en Paul biedt een zekere houvast, maar wijst tegelijk ook op de grote verscheidenheid aan gerelateerde gedragingen bij en mogelijke uitkomsten van klimaatangst. Heel wat auteurs beschrijven klimaatangst bijvoorbeeld als een 'normale reactie' die blijk geeft van het besef dat er een reële relatie bestaat tussen onze omgeving en onze (mentale) gezondheid, wat zelfs kan leiden tot constructieve omgangsmethoden, positieve gedragswijzigingen en zelfs klimaatgerelateerde actie (Benoit, Thomas, & Martin, 2021). Andere auteurs beklemtonen dan weer dat klimaatangst kan leiden tot pessimisme, cynisme en wanhoop, tot slechte gezondheidsuitkomsten en verhoogde stressniveaus, en tot een niet-constructieve omgangsmethode waarbij het klimaatprobleem wordt geminimaliseerd, gebagatelliseerd of zelfs genegeerd (Ojala, 2018). Volgens een internationale studie uit 2022, zou 21% van de respondentengroep – waaronder Belgen – dagelijks moeilijkheden ervaren gelieerd aan klimaatangst, waaronder zelfs niet kunnen gaan werken of problemen met socialiseren (Heeren, Mouguiama-Daouda, & Contreras, 2022).

Het is belangrijk hier dieper op in te gaan. Een studie van Kuthe en collega's (2019) bekeek de cognitieve, affectieve en conatieve aspecten van klimaatbewustzijn bij jongeren tussen 13 en 16 jaar. Op basis van hun opvattingen differentieerden de onderzoekers vier groepen: bezorgde activisten (*the concerned activists*), liefdadigen (*the charitables*), verlamden (*the paralysed)* en ontkoppelden (*the disengaged).* Wat opvalt is dat de activistische jongeren samen met de verlamde jongeren de hoogste scores behaalden op de dimensie 'persoonlijke bezorgdheid over klimaatverandering' – een dimensie die we zouden we kunnen opvatten als een indicator van klimaatangst. Maar de wijze waarop ze omgingen met die bezorgdheid verschilde echter sterk. Waar de activisten zich bereidwillig toonden in het ondernemen van collectieve acties en in het stellen van klimaatvriendelijk gedrag, gaven de verlamde jongeren aan dat ze zich overrompeld voelden door het nieuws en door de potentiële gevaren, en dat ze zich daarbovenop afvroegen of gedragsverandering wel degelijk kan helpen. De studie concludeert zo dat angst of bezorgdheid omtrent het klimaat kunnen leiden tot verschillende reacties, en – zo kunnen we aannemen – ook tot verschillende effecten op het subjectief welbevinden en de mentale gezondheid van jongeren.

1.2. Jongeren als kwetsbare groep

De studie van Kuthe en collega's vormt een relatieve uitzondering in de literatuur, in die zin dat klimaatangst tot nog toe vooral bij volwassenen werd onderzocht (Brophy, Olson, & Paul, 2023). Dit mag gerust als een tekortkoming worden gezien, zo onderstreept ook ander onderzoek (Coffey, Bhullar, Durkin, Islam, & Usher, 2021). Het overzichtsartikel van Brophy, Olson en Paul (2023) suggereerde namelijk dat net vooral kinderen en jongeren een specifiek kwetsbare groep vormen in deze context. Zij zouden, meer dan volwassenen, uitgesproken emotionele en psychologische gezondheidseffecten kunnen ondervinden als gevolg van een toenemend besef over klimaatverandering. Dit komt overeen met conclusies uit ander onderzoek naar levensgebeurtenissen (in het algemeen) bij jongeren, waarin wordt aangetoond dat stressvolle gebeurtenissen of ongunstige ervaringen die vroeg(er) in het leven plaatsvinden een grotere en zelfs blijvende impact kunnen hebben (Shiner, Allen, & Masten, 2017).

Een recent artikel in *The Lancet* toonde aan hoe omvattend dit probleem is bij deze groep (Hickman, et al., 2022). Bij 10.000 jongeren tussen 16 en 25 jaar werd gepolst naar hun gevoelens aangaande klimaatverandering, en naar hun opinie over de beleidsresponsen op klimaatverandering. Uit het onderzoek bleek dat 59% van de respondenten aangaf zeer tot extreem ongerust te zijn over klimaatverandering. Meer dan 84% gaf aan minstens vrij ongerust te zijn. Ruim 45% zei ook gevoelens te ervaren van angst, droefheid, machteloosheid, hulpeloosheid en schuld, en die gevoelens zouden hun dagelijkse leven en functioneren zelfs op negatieve wijze beïnvloeden. Ongeveer 75% gaf daarbovenop aan te denken dat de toekomst angstaanjagend is, en 83% vond dat men heeft gefaald om de planeet beter te beschermen. Deze laatste bevinding is uitermate relevant gezien jongeren het langst zullen moeten leven met de gevolgen van de beslissingen die vandaag (niet) worden genomen. In die zin is de klimaatdreiging voor hen existentiëler (Grant, et al., 2025), en zijn maatregelen tegen klimaatverandering zo een kwestie van intergenerationele rechtvaardigheid (Wullenkord & Ojala, 2023).

Meerdere studies tonen aan dat ervaringen van stress en klimaatangst sterk correleren met het gevoel dat beleidsmakers onvoldoende verantwoordelijkheid nemen (Hickman, et al., 2022; Brophy, Olson, & Paul, 2023). De ongerustheid van jongeren hangt dus sterk samen met een ervaren gebrek aan reacties en maatregelen van de overheid om met klimaatverandering om te gaan. De bevraag-

de jongeren deelden niet enkel de perceptie dat het beleid inadequaat reageert op de problematieken, een groot deel gaf zelfs aan zich 'verraden te voelen' door de overheid. Deze correlatie tussen klimaatangst en ontevredenheid over de reactie van de overheid bleek voor te komen bij jongeren uit alle tien landen, vertegenwoordigd in de studie. Die ontevredenheid beïnvloedde zelfs hun dagelijks functioneren. De auteurs concluderen dat het falen van regeringen om adequaat te reageren op de klimaatcrisis zelfs een op zichzelf staande oorzaak zou kunnen vormen van de ervaren (klimaat)angst en stress. De studies beklemtonen daarom de noodzaak om de emotionele impact van klimaatverandering op jongeren verder te onderzoeken.

Al bij al geeft de literatuur aan dat er nog onvoldoende geweten is over hoe jongeren stress als gevolg van klimaatangst precies ervaren, hoe ze omgaan met die stress, en welke factoren en omgangsmechanismen met de stress(oren) verband houden. Deze mechanismen dienen dus meer nauwgezet in kaart te worden gebracht. Om verschillende redenen is het belangrijk specifiek te focussen op jongeren.

Ten eerste wordt vaak bericht dat zij het langst en het felst de gevolgen van klimaatverandering zullen ervaren. Zelfs onder verschillende scenario's van opwarming, zal de cumulatieve blootstelling aan hittegolven voor jongeren geboren vanaf 2000 veel hoger liggen dan voor personen geboren in 1960 (Grant, et al., 2025).

Ten tweede hebben jongeren, minder dan volwassenen, een rechtstreekse stem in beleidsvorming. Dit is zeker zo voor jongeren onder de 18, die nog niet stemgerechtigd zijn. Jongeren geven aan zich niet voldoende vertegenwoordigd of gehoord te voelen. Het is precies die bagatellisering van hun frustraties die de negatieve impact op hun mentale gezondheid mee versterkt.

Ten derde blijken de ervaringen van jongeren die zich herkennen in de term 'klimaatangst' tot nu toe nog sterk onderbelicht. Voorgaand onderzoek wees nochtans al uit dat jongeren zich over het algemeen beter bewust lijken te zijn van de potentiële impact van klimaatverandering dan volwassenen (Brophy, Olson, & Paul, 2023).

Ten vierde werd het thema klimaatangst tot dusver voornamelijk kwantitatief in kaart gebracht. We weten dat het in verband staat met de negatieve beoordeling van een reeks subjectieve welzijns- en mentale gezondheidsindicatoren, alsook met een algeheel verminderd vertrouwen in politiek. Maar diepgaande, kwalitatieve benaderingen van 'klimaatangst' zijn eerder zeldzaam, en zeker in de Belgische context werd het thema voor zover wij weten nog niet vaak op deze wijze behandeld.

Een beter inzicht krijgen in de wijze waarop jongeren zelf klimaatangst ervaren, invullen en ermee omgaan is daarom een belangrijke doelstelling en de centrale focus van deze studie, die een antwoord wil bieden op de onderzoeksvraag: Hoe ervaren en percipiëren jongeren in België klimaatangst en hoe gaan ze ermee om?

2. Methode: semigestructureerde diepte-interviews

Om onze kennis over de ervaringen van jongeren met klimaatverandering en over de emoties die ze hierrond ervaren te vergroten, kozen we voor een kwalitatieve studie gebaseerd op semigestructureerde interviews. Een interview laat immers beter dan een vragenlijst toe om ervaringen en emoties te bevragen. Daarenboven laat een kwalitatief onderzoeksopzet toe om in de diepte te gaan en op die manier de verschillende emoties en verschijningsvormen van klimaatangst bij jongeren gedetailleerder in kaart te brengen.

2.1. Gegevensverzameling

In totaal zijn in de periode mei 2024 tot mei 2025, 21 jongeren geïnterviewd. De geselecteerde jongeren dienden zich te herkennen in de term klimaatangst, of een verregaande bezorgdheid of expliciete emoties ten aanzien van het klimaat te ervaren. De jongeren werden op verschillende manieren en op verschillende tijdstippen gecontacteerd. Een eerste groep Nederlandstalige deelnemers werd in het voorjaar van 2024 gerekruteerd in samenwerking met Kazou, de jongerenorganisatie van CM. Bij deze eerste selectieronde werden zes jongeren gerekruteerd die zelf aangaven actief bezig te zijn met klimaatverandering. In een tweede fase werden vijf jongeren gerekruteerd, via organisaties, maar ook aan de hand van de sneeuwbalmethode, waarbij jongeren gevraagd werden om de oproep tot deelname aan ons onderzoek verder te verspreiden. Deze interviews vonden plaats in het najaar van 2024.

De Franstalige interviews zijn uitgevoerd in het voorjaar van 2025. Jongeren werden persoonlijk aangesproken door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode en door contacten met organisaties die met jongeren werken (bijvoorbeeld Ocarina, culturele centra, enz.).

De deelnemers werden geïnformeerd over de doestellingen van het onderzoek en gaven hun geïnformeerde toestemming. Het uiteindelijke aantal respondenten werd bepaald op basis van het saturatieniveau: pas wanneer we geen nieuwe informatie meer haalden uit de interviews, besloten we genoeg data te hebben verzameld om betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

2.2. Profiel van de respondenten

De leeftijd van de geïnterviewde respondenten – 8 mannen en 13 vrouwen – varieerde van 18 tot 24 jaar, met een gemiddelde van 21,5 jaar. Het merendeel is bezig met een tertiaire opleiding of heeft deze voltooid.

De Nederlandstalige respondenten waren afkomstig uit de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant en woonden overwegend in een niet-stedelijke context. De Franstalige respondenten waren grotendeels afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en enkele uit Waals-Brabant. Bij de respondenten uit Brussel waren ook een aantal jongeren met een migratieachtergrond.

2.3. Semigestructureerde diepte-interviews

De interviews vonden face-to-face plaats en werden afgenomen door drie onderzoekers van de CM-studiedienst. De Nederlandstalige interviews werden afgenomen via Teams, de Franstalige interviews werden overwegend live afgenomen. De interviews duurden gemiddeld een uur. Van alle interviews werd een video- of audio-opname gemaakt. Vervolgens werden de interviews volledig getranscribeerd door de onderzoekers, en in een volgende stap thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2021). Een thematische analyse is een methode binnen kwalitatief onderzoek waarbij men systematisch terugkerende thema's of patronen identificeert in tekstuele data, zoals semigestructureerde interviews. Deze methode, zoals beschreven door Braun en Clarke (2021), biedt een flexibele aanpak om inzichten te verkrijgen in ervaringen, opvattingen of gedragingen van respondenten. De thema's werden inductief afgeleid uit de interviews zelf.

2.4 Beperkingen

Deze studie heeft een aantal beperkingen. Zo moet er bij de interpretatie van de resultaten rekening gehouden worden met **een mogelijke selectie-bias.** In de eerste rekruteringsronde selecteerden we immers specifiek jongeren die aangaven actief bezig te zijn met het thema klimaatverandering. Ook bij de andere rekruteringsrondes is het waarschijnlijk dat jongeren die bezorgd zijn over het klimaat meer geneigd waren om deel te nemen in vergelijking met jongeren die geen of minder interesse hebben in het topic.

Omdat de interviews over een langere periode werden gespreid, kan de **actualiteit** invloed hebben gehad op de resultaten. Concreet denken we dan aan de verkiezingscampagne, de regeringsvorming en de aankondiging van bepaalde maatregelen door de huidige regering.

De manier van interviews afnemen was steeds face-to-face, maar de Franstalige interviews werden live afgenomen en de Nederlandstalige via Teams. De interviews werden afgenomen door drie onderzoekers, **een interviewer-bias** kan bijgevolg niet volledig uitgesloten worden. De onderzoekers overlegden evenwel frequent over zowel het verloop van de interviews als de verwerking ervan, waardoor dit risico deels werd opgevangen.

Ondanks deze beperkingen, draagt deze studie net omwille van haar kwalitatief karakter bij aan een leemte in de wetenschappelijke literatuur over klimaatangst en jongeren. Ze vergroot eveneens onze kennis over de situatie in België. In heel wat van de bestaande internationale onderzoeken rond klimaatangst en jongeren waren geen gegevens beschikbaar voor België.

3. Resultaten

3.1. Klimaatverandering door de bril van jongeren

Vooraleer we het in het interview hadden over klimaatangst zelf, peilden we naar de ideeën en opinies rond klimaatverandering. We vroegen de jongeren wat zij hieronder begrepen, en hoe ze het thema zelf benaderden en invulden. Zo bleken de geïnterviewde jongeren, ten eerste, veel gedetailleerde informatie te etaleren over klimaatverandering en de negatieve gevolgen die het met zich meebrengt. De meesten gaven aan te beseffen dat klimaat op zichzelf een complex thema is, en dat klimaatverandering meer inhoudt dan louter een temperatuursopwarming. Naast droogte en hitte, hadden ze het ook over het verdwijnen van bossen en ecosystemen, een verlies aan biodiversiteit of de overbevissing van de oceanen.

Ten tweede waren alle jongeren het erover eens dat **menselijke activiteiten aan de grondslag** liggen van wat we vandaag klimaatverandering noemen: de overconsumptie van fossiele brandstoffen, het vliegtuig nemen, vlees eten, confectiekleding, snelle ketens, bomen kappen, schoenen kopen die aan de andere kant van de wereld zijn gemaakt, samengevat "*door op een grote voetafdruk te leven, en te veel te verbruiken*" of door "*de economie die heel hard draait voor ons luxeleventje.*"[2]

Veel jongeren gaven aan te weten dat klimatologische veranderingen altijd hebben bestaan, maar dat de disruptie – en vooral de snelheid daarvan – die we vandaag observeren niet kan begrepen worden zonder menselijke activiteiten actief mee in beschouwing te nemen. Uit de resultaten bleek eveneens een relatieve consensus te bestaan over het feit dat de veranderende processen niet zozeer een ramp zijn voor de aarde als zodanig, maar dat we de aarde als leefbare habitat voor onszelf ernstig verstoren. Eén respondent·e zei dat "*we het in feite gewoon voor onszelf aan het verpesten zijn.*" Om die reden vonden sommigen 'klimaatverandering' een nogal eufemistische term: *"Er is altijd verandering geweest, natuurlijk. Het is een cyclisch iets. Maar het gaat nu zo snel, aan zo'n tempo, dat het niet anders kan dan dat wij daar een grote rol in spelen en daar maak ik mij dan als jonge mens wel zorgen om, ja."*

Een gebrek aan verbinding met de natuur werd vaak vernoemd, waardoor we "*een systeem saboteren dat ons net in leven houdt.*" Anderen vonden het te beperkend om louter naar de omgang met de natuur te kijken. "*Als ik ecologie hoor, hoor ik ook sociale rechtvaardigheid. Dat kan te maken hebben met economie, met hoe we consumeren. Ik denk dat het heel breed is."* Een deel van de jongeren associeert deze oorzakelijke menselijke activiteiten nadrukkelijk met **bredere systemische structuren.** Een aantal had het over de **Industriële Revolutie** en de daaraan verbonden productieprocessen en het massale gebruik van fossiele brandstoffen. Anderen benoemden moderne **kapitalistische ideologieën** en onze **consumptiecultuur op industriële schaal**. Klimaatverandering is niet zomaar iets dat toevallig is ontstaan, zeggen ze. Het is een integraal onderdeel van een breder geheel aan omgangsvormen met elkaar en met onze omgeving die ze als kwalijk beschouwen.

De woorden '(hyper)kapitalisme' en '(hyper)individualisme' kwamen meermaals naar voren, en wijzen enerzijds op overkoepelende systemische en culturele aspecten, maar anderzijds en tegelijkertijd hebben ze tevens betrekking op zeer persoonlijke (levensstijl)factoren. *"Er zijn ook mensen die ervoor kiezen om hun ogen te sluiten, omdat het in feite een beetje cognitieve dissonantie veroorzaakt ten opzichte van alle modellen die we altijd moeten volgen, om jezelf te verheffen en geld te verdienen. Tegelijkertijd is er een steeds grotere druk omdat alles steeds duurder wordt. Ik denk dat ik die mensen bijna begrijp die besluiten om in ontkenning te blijven, omdat er iets in de hersenen is dat het anders ingewikkeld maakt, dat het anders vastloopt."*

3.2. Kennis- en informatievergaring

3.2.1. Informatiebronnen voor jongeren

Vooraleer we het hadden over ervaringen van klimaatangst, polsten we naar de manier waarop de respondenten aan hun informatie over klimaatverandering komen. Twee informatiebronnen bleken essentieel in de bredere vorming van hun kennis.

2. Zinnen in het cursief betreffen letterlijke uitspraken en citaten van de respondenten.

Ten eerste speelt **onderwijs** een grote rol. Vooral het vak aardrijkskunde in het secundair onderwijs kwam enkele keren terug als de plek bij uitstek waar ze **voor het eerst op formele wijze geïnformeerd** werden over het thema, bijvoorbeeld via sprekers die informatie gaven over recycleren en sorteren, of aan de hand van educatieve spelletjes die de complexiteit van klimaat en klimaatverandering bevattelijk probeerden mee te geven. Tegelijk bleek uit de resultaten dat de aandacht voor het thema op de middelbare school al bij al vrij beperkt was en (sterk) afhankelijk van de interesse van de leerkracht. Opvallend is het vermoeden van sommigen dat het thema voornamelijk werd besproken vanwege de **nieuwswaarde en relevantie** ervan in die periode: leerkrachten konden bijna niet anders dan het te bespreken. De klimaatmarsen speelden daarin volgens hen een grote rol.

Naast de school bleken, **ten tweede**, voor velen ook de **mediabronnen** belangrijk. Uit de literatuurstudie kwam al naar voren dat deze een actieve rol spelen in de nieuwsgaring rond klimaatverandering (Brophy, Olson, & Paul, 2023). Dit wordt bevestigd in onze interviews. Een aanzienlijk deel van de jongeren gaf aan dat de traditionele media, en dan meer specifiek *mainstream* **kranten of de televisiejournalen**, een belangrijke bron van informatie zijn. Toch vonden heel wat jongeren dat er in deze media al bij al te weinig aandacht is voor klimaatverandering. Velen gaven aan het gevoel te hebben dat de **aandacht vandaag sterk is afgenomen** ten opzichte van enkele jaren geleden, wat ze als een negatieve evolutie bestempelen. Wanneer het thema toch belicht wordt, is de voorstelling ervan vaak te optimistisch, vonden ze. In andere gevallen worden het probleem en de mogelijke gevolgen ervan geminimaliseerd of verbloemd.

3.2.2. Omgang met media

Zelfbescherming tegen te veel negativiteit

Belangrijk om te vermelden is de wijze waarop jongeren doorgaans **media consumeren**. Dat gebeurt veelal via de **sociale mediakanalen** van de respectievelijke nieuwsbronnen, en niet langer via gedrukte kranten of het televisiescherm. Dat heeft als gevolg dat ze niet alleen worden blootgesteld aan de mediaberichten zelf, maar ook aan de reacties op deze berichten. Een deel van de jongeren gaf aan zich te storen aan **ontkennende of negatieve reacties op sociale mediaberichten** over klimaatverandering. Bij sommigen speelde dit hen zelfs dermate parten, dat ze er de voorkeur aan gaven bepaalde sociale mediakanalen niet langer te gebruiken.

Eén respondent vertelde daarom voorstander te zijn van nieuwspublicaties op sociale media zonder een *comment section*, omdat deze niet bijdraagt aan een betere beeldvorming maar integendeel aan verdere polarisatie.

Daarnaast gaven de respondenten nog te kennen dat ze, **uit zelfbescherming**, nieuws over klimaatverandering sporadisch bewust trachten te mijden of sommige berichten niet te lezen om zo niet al te vaak, of niet constant, geconfronteerd te worden met **te veel (negatief) nieuws** over de problematiek. Het geeft aan dat de impact van het nieuws over klimaatverandering, alsook ontkennende of wegwuivende reacties van anderen daarop, wel degelijk een invloed hebben op hun welbevinden: *"Ik denk dat ik me nu behoorlijk bewust ben van de ernst van de situatie, maar dat ik, om een enigszins positief leven te leiden, informatie een beetje vermijd. Ik ben me er behoorlijk van bewust dat ik mezelf er niet dagelijks hoef aan te herinneren dat het allemaal klote is."*

Factchecking en fake news

Uit de interviews blijkt heel wat **bezorgdheid** over de **correctheid en betrouwbaarheid van informatie**. Dit geldt minder voor de traditionele media, maar vooral voor minder gekende informatiebronnen die ze via sociale media tegenkomen. Precies omdat ze via sociale media op de hoogte blijven van wat er in de wereld gebeurt, geven ze aan te willen oppassen om geen nepnieuws te consumeren. Paradoxaal genoeg leidt de toename van *fake news* ertoe dat heel wat jongeren sociale media vermijden.

Jongeren zijn er zich dus wel degelijk van bewust dat er veel *fake news* circuleert en dat de polarisatie rond verschillende thema's, waaronder klimaatverandering, hierdoor toeneemt. Dit heeft eveneens invloed op de klimaatberichtgeving in de media en de reacties erop, zo gaven ze aan. Daarom proberen ze **zelf manieren te zoeken om de betrouwbaarheid** van bijkomende informatie – dat wil zeggen: informatie die ze verkrijgen via niet-klassieke mediabronnen – **na te gaan**. Dit doen ze door bijkomende (wetenschappelijke) informatiebronnen te raadplegen of zich te richten tot bronnen die ze als betrouwbaar beschouwen, zoals de publieke omroep, kwaliteitskranten, of vaak ook vrienden of kennissen met een goede reputatie en aangetoonde kennis van zaken.

3.3. Definitie van klimaatangst

3.3.1. Over angst

Een belangrijk onderdeel van onze interviews was erop gericht om met de jongeren te praten over hun eigen definitie van klimaatangst. We vroegen wat het woord voor hen betekent en inhoudt, en op welke wijze(n) klimaatangst zich bij hen concreet manifesteert.

Een eerste en belangrijke vaststelling in deze context is dat een aanzienlijk deel van de jongeren aangaf zich enerzijds wel te herkennen in de term en haar connotaties, maar dat ze anderzijds de focus op het luikje *angst* niet geheel correct vonden, althans niet in de klassieke betekenis van dat woord. **De jongeren gaven aan dat hun ervaringen veel meer omvatten dan louter 'angst'**: "*Het woordje angst vind ik een beetje misplaatst. (...) Want het is niet dat je niet rationeel* [bent]*... Of niet aan een oplossing kan werken.*" Een andere respondent was "*persoonlijk niet zo'n fan van het begrip, want dat heeft zo een negatieve connotatie, heb ik het gevoel.*"

Hoewel louter de term 'angst' de lading niet dekt, bleek dat **angst, bezorgdheid of ongerustheid** absoluut wel **kernelementen** zijn van hun ervaringen. De **mate waarin** deze gevoelens hun psychisch welbevinden treffen, **verschilde echter**. Bij sommigen was klimaatangst slechts sluimerend aanwezig: *"Ik denk dat het een plaats inneemt in mijn leven, maar minder dan bij sommige mensen in mijn omgeving. (...) Het is er, het is er eigenlijk altijd, maar ik weet dat het niet iets is dat me zal belemmeren, iets waar ik letterlijk angstig van word."*

Anderen rapporteerden over een **meer expliciete ervaring**. *"Ik denk daar wel redelijk vaak aan (…), en dan denk je automatisch wel van, wat gaat dit nog allemaal geven? Ja, dus, dan zit er automatisch wel angst in."* Eén respondent sprak in deze context over een 'generatiegebonden' angst: "*Ik ben altijd met een zekere angst hiervoor opgegroeid. Ik denk dat het een generatiegebonden angst is. Ik geloof dat we ermee geboren zijn, omdat we er al van kinds af aan over horen praten. Maar ik denk dat het mettertijd erger wordt, omdat ik het gevoel heb dat we ons ervan bewust zijn, dat we in een soort ontkenning leven, ons bewust zijn van wat er kan gebeuren, wat er gaat gebeuren, maar omdat het er nu nog niet is, omdat het ons nu nog niet raakt, omdat we een variabele mate van empathie hebben, is er ontkenning."*

In een laatste categorie ging het zelfs om een **totale functioneringsblokkade door de gerelateerde stress**. De jongeren vertelden dat ze zich 'geblokkeerd' voelden, met een onvermogen om zich te concentreren of te studeren. De afwezigheid van een toekomstperspectief wierp een schaduw over alles: "*Het bepaalt hoe ik mezelf zie in een gezin, het bepaalt hoe ik mezelf zie in een baan die ik later ga uitoefenen, het bepaalt ook hoe ik ga leven. Heeft het nog zin om een huis te kopen om alleen met je gezin te wonen? Heeft het überhaupt nog zin om ergens te wonen of moeten we weer nomaden worden omdat er elke keer weer problemen zullen zijn die misschien te maken hebben met de klimaatverandering?"*

3.3.2. Meer dan angst

Naast dit kernelement van **ongerustheid en bezorgdheid**, gaven de respondenten expliciet aan dat ze in het licht van de klimaatverandering en de berichtgeving erover **een brede waaier van bijkomende emoties** ervaren: **verdriet, tristesse, woede, kwaadheid, frustratie, verbijstering, machteloosheid, onzekerheid, verslagenheid, en fatalisme** werden zowel impliciet als expliciet meermaals geuit. Deze vernoemde gevoelens komen sterk overeen met de literatuur (Hickman, et al., 2022).

Wanneer de respondenten dieper ingingen op het 'waarom' achter deze ervaren emoties, komen drie patronen van associaties naar voren. Hoewel deze associaties nauw met elkaar verbonden zijn, kunnen we ze wel van elkaar differentiëren omdat ze net enkele andere nuances en klemtonen leggen. **Ten eerste** gaat het om een **angst voor disruptie** van onze (natuurlijke) leefomgeving. In essentie gaat het hier over leefbaarheid. Jongeren vragen zich af in hoeverre onze habitat en natuurlijke stabiliteit verstoord gaan worden, in welke mate het als mens nog mogelijk wordt om binnen die disbalans een normaal leven te leiden, of als mens überhaupt te kunnen blijven leven. Er wordt verwezen naar rampscenario's, zoals de waterbom in de Vesdervallei in 2021, of naar de mogelijke gevolgen van de vernietiging van ecosystemen op bijvoorbeeld drinkbaar water en zuurstof.

Respondenten voelden zich ten aanzien van deze prognoses *"machteloos als jongere"* en vroegen zich af hoe het zal *"zijn als het nog erger wordt?"* Uit de resultaten bleek ook een zeker risico van fatalisme: *"Minder bomen, minder zuurstof. Allez, wie weet is de wereld er binnen 10 jaar niet meer. En dan is dat iets om af te vragen. De vraag van, heeft het dan* [nog] *wel zin?"*

Een **tweede** cluster van reflecties gaat over **schrik voor de maatschappelijke gevolgen** van klimaatverandering, bijvoorbeeld onder de vorm van een tekort aan voedselvoorraden of klimaatmigratie: "*Ik denk aan migratie, ja, maar ook dat wij zelf een beetje meer naar het binnenland gaan moeten wonen door de zeespiegel.*" Daarnaast hadden respondenten het ook over economische ("*ik denk dat alles veel duurder gaat worden*") en sociale consequenties: "*We verliezen niet allemaal op dezelfde manier. Wat sociale zekerheid betreft, heb ik altijd een beetje het gevoel dat ik in 2050 of zo niet meer zal kunnen rekenen op structureren zoals de mutualiteit, pensioenen en dergelijke. Dat hangt ook samen met die angsten.*" Tot slot werd verder vaak verwezen naar een toenemende kans op oorlogen of conflicten als gevolg van klimaatverandering.

Ten derde verwezen jongeren naar een grote **onzekerheid over de toekomst** in het algemeen. Aangezien het niet te voorspellen valt op welke wijze en in welke mate de gevolgen van klimaatverandering hen zullen treffen, is het voor velen ook moeilijk om zichzelf in de toekomst te projecteren. Dit ging gepaard met een gevoel van stuurloosheid en zinloosheid: *"Er is de laatste jaren zoveel dat zodanig hard aan het veranderen is, dat al onze huidige modellen niet meer accuraat kunnen voorspellen. En dat is misschien wel de grootste, ja, in de dingen van angst, misschien wel, die onwetendheid of zo. Van, oké, hoe gaat het nu nog veranderen? En wat gaat er daar nog binnen 10, 20 jaar aan te doen zijn of zo?"* Er werd expliciet gesteld *"dat dit ook een impact heeft op je mentale gezondheid, omdat het moeilijk is om je een beeld te vormen van de toekomst."* Wat tot slot in deze context eveneens naar voren kwam, was de uitgesproken twijfel bij sommigen om een gezin te stichten: *"Daar heb ik al vaak over nagedacht. Dat ik geen kinderen op deze planeet wil zetten (…) als je vooraf al weet dat het zo slecht gesteld is."*

3.4. Associatie met politiek

Bij nagenoeg elke respondent·e was er een grote ontevredenheid omdat er zo weinig lijkt te gebeuren om klimaatverandering op een structurele manier tegen te gaan. Domeinen als mobiliteit of industrie werden af en toe vermeld, maar het is vooral **politiek en beleid** dat door de jongeren werd gepercipieerd als cruciaal in deze context. Daar ligt volgens hen de sleutel om beslissingen door te voeren die de spelregels voor andere belangrijke domeinen – zoals industrie of mobiliteit – kunnen verduurzamen.

Desondanks blijkt er volgens de respondenten een **onvermogen dan wel onwil** om politiek verregaand te handelen.

De gepercipieerde politieke inactiviteit omtrent klimaatverandering ging vaak gepaard met gevoelens van **spijt, onbegrip en woede**. We differentiëren drie verschillende frustraties in deze context. Ten eerste is er het gevoel dat er op dit belangrijke terrein **weinig tot niets gebeurt** om het probleem ten gronde aan te pakken, wat in scherp contrast staat met de *sense of urgency* die de jongeren zelf ervaren. Ten tweede hebben ze het gevoel dat er **niet naar jongeren wordt geluisterd,** ondanks het sterke signaal dat ze uitstuurden, bijvoorbeeld met de klimaatmarsen. Dat gevoel van niet gehoord te worden, ten derde, is op zijn beurt nefast voor het engagement, de relatie met en het **vertrouwen in de politiek**.

3.4.1. Frustratie wegens het niet-handelen van de politiek

In de interviews kwamen heel wat frustratie en onbegrip naar boven over het getalm van politici om de nodige acties rond klimaatverandering te ondernemen. Dit zorgt voor verschillende negatieve gevoelens. Jongeren geven aan zich hierover op te winden, ten einde raad te zijn, en een gevoel van hopeloosheid te hebben. Deze **frustratie over een niet-handelen** bleek zeer breed gedeeld en **kwam in nagenoeg elk interview duidelijk naar voren**. Het bleek zelfs een integraal onderdeel van de definitie van 'klimaatangst': "*Die 'angst' in klimaatangst, dat… ja, dat schept niet het volledige gevoel of zo. Want er is niet alleen angst van 'oh, het gaat allemaal veranderen', het is ook van, **'jullie wisten allemaal wat er was en toch gebeurt er niks***'."

De jongeren verwezen naar een *"gelatenheid (…) door de mensen die het toch zouden moeten aanpakken."* Dit sentiment ging vaak gepaard met een uiting van wanhoop: "*Waarom doet er precies niemand iets aan? (…) Welke logica zit erachter dat je dan kunt beslissen om er niks aan te doen?"* De respondenten koppelen het gepercipieerde non-beleid rond klimaat vaak aan de wetenschappelijke kennis die er nochtans is: *"Alleen wordt er niet veel mee gedaan door de mensen die er iets aan zouden moeten doen. En dat geldt in principe eigenlijk voor iedereen die zijn **individuele verantwoordelijkheid** niet neemt, maar **die is voor politieke leiders wel groter** dan voor de gewone burger."*

In deze context bleek dat de respondenten door dit politiek niet-handelen gedemotiveerd raken om zelf individuele verantwoordelijkheid te nemen: "*Ik ben eigenlijk ten einde raad over wat ik nog allemaal alleen… wat ik persoonlijk nog kan doen. Zoals ik al zei, ja, uiteraard sorteer ik, uiteraard ga ik niet meer met de auto. Ik heb zelfs geen auto meer.* ***Wat kan ik nog doen? Zonder steun van de politiek?*** *Ik kijk echt naar hen, van, oké, wat gaat er nu gebeuren?"* Het viel voor vele jongeren ook niet te rijmen met het belang van de problematiek die ze in hun eigen sociale context opmerken: "*Als je mensen vraagt of ecologie een prioriteit is, zeggen ze over het algemeen 'ja'. Tenminste, dat is mijn indruk, ze antwoorden dan toch wel 'ja'. Maar ondertussen zien we daar niets van terug, eerst niet in de stembussen en daarna, als de verkiezingen voorbij zijn, zien we dat het helemaal geen prioriteit is. Waarom is er zo'n grote kloof tussen wat we constateren en wat we doen?"*

3.4.2. Frustratie wegens het niet gehoord worden als jongere

Uit de resultaten bleek eveneens een uitgesproken **frustratie** omdat er **niet naar jongeren wordt geluisterd**. Een deel van de respondenten liep mee op één of meerdere klimaatmars(en), heel wat anderen deden dit nog niet, maar gaven aan het wel te doen als er opnieuw een mars zou georganiseerd worden. En zelfs de respondenten die niet meeliepen en het ook niet meteen zouden doen, verwezen wel naar de klimaatmarsen als een duidelijk signaal. Het feit dat dit zich niet echt vertaald lijkt te hebben in verregaande beleidsmaatregelen, vatten de meesten op als een duidelijke aanwijzing dat er in praktijk niet echt naar hen wordt geluisterd. Velen uitten het gevoel dat ze *"niet meer konden doen"* dan hun stem laten horen, en voelen zich *"niet gerepresenteerd door de politiek hierdoor."*

Het gevoel niet gehoord te worden was bovendien niet louter een gevoel van persoonlijke afwijzing, maar werd gekaderd in een soort **intergenerationele kloof**: *"Ik vind absoluut niet dat er genoeg geluisterd wordt naar jongeren. Ze worden altijd omschreven als de toekomst van de wereld, door politici, maar er wordt zeer weinig onderzoek gedaan naar de visies van jongeren."* Eén respondent·e vertelde zelfs op te merken dat *"er vanuit veel studiegenoten een* ***heel sterk gevoel van onmacht*** *heerst* ***ten aanzien van de politiek*** *eerder dan ten aanzien van het klimaat."*

3.4.3. Wantrouwen in de politiek

Het gebrek aan politieke daadkracht, de gepercipieerde onwil om klimaatverandering ernstig te nemen, en het gevoel dat het signaal van jongeren – via de klimaatmarsen – genegeerd leek te worden, blijkt bij heel wat respondenten eveneens gevolgen te hebben voor hun vertrouwen in de politiek. Het grootste deel van hen zegt dat hun **vertrouwen in de politiek erg laag** is, of spreekt zelfs over een **manifest wantrouwen in de politiek**. Sommigen gaven dit expliciet aan, anderen meer impliciet, bijvoorbeeld door de bewering dat politici andere belangen lijken na te streven dan het welzijn van de samenleving en haar burgers of de planeet. Al drukken sommigen de hoop uit *"dat er ooit mensen zullen zijn die bewust genoeg zijn om iets te veranderen."*

Uit de resultaten bleek niet alleen een sterk aanvoelen dat politici "***andere prioriteiten***" hebben, maar ook dat ze "***de economie boven de planeet zetten***", en dat "*in ons land de economische groei nog altijd als belangrijker wordt gezien dan de ecologische toestand"* en *"dan onze sociale situatie, zoals armoede en zo."* Jongeren geven ook aan te weten waarom*: "Maar ja, vooral het geld, want daar is het op korte termijn veel makkelijker om winst uit te halen (…) Ik vertrouw niet dat ze het beste met ons voorhebben."* Tevens werden electorale belangen aangestipt: *"Ik denk dat veel politiekers geen beslissingen durven maken doordat ze denken dat dat negatieve effecten gaat geven voor hen, dat ze aanhangers gaan verliezen of zo."*

Voor de respondenten bleken die vermeende beweegredenen haaks te staan op de noden van vandaag: *"Je weet dat* [het klimaat verandert] *en je beslist dan toch om het compleet tegenstrijdige te kiezen, omdat daar dan vaak, allez in politiek, dan ook geld en belangen mee gemoeid zitten. En dat is dan zo een beetje van, ja, die angst, wanneer gaan ze wakker worden? Als het te laat is zo?"* In de interviews stelden sommige jongeren dat ze daarom blanco stemden, of zouden stemmen: *"We leven in een democratie, dus ik moet wel ja zeggen* [ik heb vertrouwen in de politiek]*. Maar eigenlijk niet. Dat zien we duidelijk en* ***daarom zijn er ook steeds meer jongeren die blanco stemmen****, gewoon omdat we* ***geen vertrouwen meer*** *hebben in de politiek van de regering."*

3.5. Omgangsmethoden

In de gesprekken met de jongeren ging het eveneens over de verschillende manieren waarop ze met hun gevoelens van klimaatangst proberen om te gaan. Ondanks de melding door een aantal jongeren van periodes van invaliderende klimaatangst of zelfs terugtrekking, waarin de toestand van de wereld zoveel twijfel en verwarring met zich meebrengt dat handelen onmogelijk wordt (zie ook 3.3), blijken niets doen en gewoon toekijken voor de meesten geen optie. In eerste instantie trachten de jongeren **zich te richten** op de onderliggende reden voor hun klimaatangst, met name de **klimaatverandering** zelf en haar oorzaken en uitdagingen. We noemen deze omgangsmethode de **pragmatische aanpak**.

Dit concretiseert zich aanvankelijk in twee vormen van actie. Enerzijds proberen ze **individueel actie** te ondernemen. We zien dat een aantal jongeren daarnaast op verschillende manieren **collectief iets op gang** probeert te brengen. Vanuit een rationeel oogpunt beschrijven de jongeren deze collectieve aanpak vanuit het besef dat individuen alleen het tij niet kunnen keren. Maar opvallend is dat er ook een sterke emotionele dimensie aan verbonden is. Jongeren geven aan dat collectieve acties, zoals bijvoorbeeld de klimaatmarsen, energie, steun, troost en hoop genereren. Meer nog, een aantal jongeren gaf aan ook omwille van deze reden connectie met anderen op te zoeken. We noemen deze omgangsmethode **emotionele verzorging**.

3.5.1. De pragmatische aanpak: individuele acties

De meeste van de geïnterviewde jongeren dragen individueel hun steentje bij om de klimaatverandering te milderen en zo een meer duurzame wereld te creëren. Het gaat om zeer uiteenlopende kleine en persoonlijke acties die de milieu- of klimaatimpact kunnen verkleinen: gaande van geen of minder vlees eten, vaker fietsen en het openbaar vervoer gebruiken, milieuvriendelijk reizen, tot tweedehands kleding of meubels kopen. De drijfveer is om **het minimum dat op individueel niveau kan gedaan worden, ook daadwerkelijk toe te passen:** *"Je kunt niet gemotiveerd zijn en de dingen echt willen veranderen en dan niet zelf kleine dingen implementeren in uw leven. Dat gaat hand in hand voor mij, zo wil ik leven, dat gaat automatisch."* De overtuiging dat individuele keuzes, hoe klein ook, belangrijk zijn, bleek sterk uit de resultaten. En daar was vaak ook een **moreel-ethische dimensie** aan gekoppeld, zoals bijvoorbeeld de keuze om een vegetarisch dieet te volgen.

Velen koppelen op die manier de systemische oorzaken, zoals de vleesindustrie of overbevissing met een **verantwoordelijkheid die via individueel gedrag** kan genomen worden: "*Ja, het* [de oorzaak] *is kapitalisme, maar dat kan ook verdwijnen als mensen bepaalde dingen niet meer kopen.*" Uit de resultaten kwam eensgezindheid naar voren over de idee dat "*beide nodig* [zijn], *individuele en collectieve acties. Want als ik zelf geen goed voorbeeld geef, hoe kan ik dan van anderen verlangen dat ze iets doen?*" Dit argument werd niet alleen gebruikt naar andere mensen toe, maar tevens naar de industrie en politiek: "*Ik probeer eigenlijk zelf het goede voorbeeld te geven, al heb je mensen die zeggen, ja, wij als individu kunnen daar toch niks aan doen. Dat zijn toch de grote bedrijven en zo."*

De respondenten benadrukken dus het belang om individuele verantwoordelijkheid te nemen, en ze halen hier ook een zekere voldoening uit. Maar **terzelfdertijd** zijn er **impliciete dan wel uitgesproken twijfels** over de uiteindelijke en reële impact van individuele acties. Deze omgangsmethode, hoewel als positief en zelfs noodzakelijk ervaren door de meesten, wordt tegelijkertijd als onvoldoende bevonden om echt een wezenlijk verschil te kunnen maken. Hier speelt eveneens een uitgesproken gevoel van machteloosheid: "*Ik denk ook dat als het niet collectief geregeld wordt, op dat niveau, dat er sowieso gevolgen gaan zijn. Ondanks als we individueel onze verantwoordelijkheid zouden pakken.*"

De resultaten tonen zo een consensus aan over de idee dat *"individuele acties uiteindelijk niet evenveel effect hebben als collectieve acties"*, gestuwd vanuit de overtuiging dat *"als we echte verandering willen, moet dat op politiek niveau* [gebeuren]." Sommigen gaven in deze context ook aan dat ze de **klemtoon op individuele gedragswijzigingen als misplaatst, zelfs vervelend,** ervaarden: "*Zelfs als alle arme mensen individueel zouden handelen, zou het nog steeds een puinhoop zijn, omdat er altijd grote multinationals of grote industrieën zijn die enorm vervuilen."*

3.5.2. De pragmatische aanpak: collectieve acties

Ondanks de vele individuele initiatieven, maakten de respondenten duidelijk dat **actie vooral op collectieve schaal moet plaatsvinden om effectief te zijn.** Daarom proberen de meesten ook een impact uit te oefenen op hun omgeving. De noodzaak om positief te stimuleren of om op een hoopvolle manier geïnspireerd te worden, kwamen in deze context vaak naar boven.

De teleurstelling over het gebrek aan politieke actie zorgt ervoor dat jongeren zich willen concentreren op acties die meer binnen hun bereik liggen: "*Dus dan denk ik, beter lokaal proberen. Mijn eigen kring een beetje bewuster maken. En hopen dat zij dat dan bij hun kringen doen om dan zo, ja, meerdere mensen aan te spreken.*"

Hoewel deze benadering een idealistische dimensie kent, is de insteek vaak ook opvallend pragmatisch van aard: *"Ik kan niet controleren wat de rest van de wereld doet, maar ik kan wel proberen een invloed uit te oefenen op mijn omgeving om het anders aan te pakken."* Die invloed werd uitgeoefend op verschillende manieren, bijvoorbeeld door het bewustzijn bij anderen te vergroten, vrienden te overtuigen, manifestaties bij te wonen, in de jeugd- dan wel studentenraad te zetelen, of door organisaties of acties op poten te zetten.

Vaak vermeld in deze context was de **noodzaak om positieve voorbeelden te hebben**: *"Ik heb wel vrienden die dan zeggen van, ja, 'dat* [nieuws over klimaat] *is alleen maar negatief, zo catastrofaal, en ik vind dat niet tof. Ik ben daar niks mee, dat is niet leuk'. En dan denk ik, ja, dat is inderdaad wel zo, er zouden ook, ja, meer oplossingen in de kijker kunnen komen of van 'dat kunnen we doen' en de mensen op die manier motiveren. Zo van, daar willen we naartoe. (…) Ik merk het bij mezelf ook wel, en dan heb ik zo op Instagram een account dat zo allemaal dingen deelt van positieve veranderingen, of zo posts met hoop, en dat vind ik gewoon heel leuk, want dat heeft zo die positiviteit van, ah, kijk, dat is wel veranderd."*

3.5.3. Emotionele verzorging: steun en hoop via connectie en collectieve actie

Een opvallend verschil tussen de individuele gedragingen en (het benadrukken van het belang van) **collectieve actie**, is dat de eerste omgangsvorm gepaard gaat met twijfels over het nut ervan en met gevoelens van machteloosheid, terwijl de tweede vaak vergezeld gaat met **expliciete uitingen van hoop, energie en positiviteit**. Vele jongeren geven aan **emotionele en psychische steun** te ondervinden wanneer ze connectie zoeken met anderen, via het delen van gevoelens of ideeën, of wanneer ze collectief actie ondernemen. Wie aangeeft de eigen bezorgdheden rond klimaatverandering te kunnen omzetten naar een gesprek of een concrete actie met anderen, getuigt ook steeds over uitgesproken positieve ervaringen.

Voornamelijk de klimaatmarsen bleken een sterk positief effect te hebben gehad op het subjectieve welbevinden van de respondenten. Het bracht gevoelens van samenhorigheid en solidariteit met zich mee: "*Het was een unieke ervaring. (…) Ik vond de sfeer die daar hing echt heel fijn. Je ziet iedereen, allez, is daar bezig met iets. Ze willen het beter maken. Maar iedereen is ook wel plezier aan het maken. (…) Als ik eraan terugdenk hoeveel mensen dat er waren, dat deed me wel iets. En ook, als mensen met een microfoon je toespreken van 'we moeten dit of dat doen', ja da's echt overweldigend. Er zijn zoveel mensen die diezelfde ideeën hebben en je loopt dan samen, ja, dat heeft echt een impact, dat er echt mensen zijn die denken, van… Misschien moeten we toch iets veranderen (…). Want ook, het is vrijwillig hé. Je moet niet komen. Maar er zijn zoveel mensen die wel gewoon komen, dat betekent dat velen willen dat er iets verandert."*

Het gevoel samen te komen *"met gelijkgezinden"* met *"eenzelfde doel"*, bleek dus een positieve energie te genereren die nog lang nazinderde. Dat was niet enkel het geval bij de klimaatmarsen, maar ook bij andere initiatieven die een collectief op de been brachten en een samenhorigheidsgevoel wisten te creëren: *"met jongeren die een klimaatbetoging organiseerden, [kwamen we samen] in een auditorium, we konden niets zeggen, maar iedereen had tranen in de ogen, het was geen angst maar iets anders, een enorme gedeelde emotie. Dat is iets wat ik gewoon niet kan vergeten, het had een groot effect om zoveel jongeren samen te brengen die zich daar zorgen over maken."*

Verbinding zoeken door met elkaar te spreken bleek evenzeer belangrijk. Met anderen praten en het delen van ideeën, hoop, maar ook frustraties, biedt steun en geruststelling op momenten dat men zich anders alleen zou kunnen voelen. Enkele jongeren noemden "*met zoveel mogelijk mensen erover spreken*" zelfs de ultieme manier om klimaatangst tegen te gaan, zelfs wanneer die communicatie louter virtueel is. Voor sommigen was het gevoel van verbinding zelfs cruciaal om gezond en gelukkig te blijven: "*Ik denk wel van, als ik het gevoel zou hebben dat ik dit allemaal alleen deed, dan zou ik het al lang… dan gaat niemand dat kunnen lang volhouden, denk ik. Omdat dat gewoon iets is wat je niet alleen kunt. Als je dan niet de steun hebt van de rest, dan… Elke keer zo dat die motivatie en dat enthousiasme gedeeld is, dan, ja, da's nodig."*

4. Bespreking van de resultaten

Klimaatangst blijkt duidelijk **meer** te omvatten **dan louter 'angst'** voor een veranderend klimaat. Uit onze studie blijkt dat angst, bezorgdheid of ongerustheid zeker kernelementen zijn van de ervaring die we klimaatangst noemen, maar dat het tegelijkertijd niet de hele lading van de ervaring dekt. De jongeren in onze studie uitten ook hun verdriet, tristesse, woede, kwaadheid, frustratie, machteloosheid, onzekerheid, verslagenheid, en fatalisme – een waaier aan emoties die sterk overeenkomt met andere beschrijvingen in de literatuur (Hickman, et al., 2022). Als we dieper ingaan op het waarom van deze emoties, onderscheiden we drie clusters van gevoelens. Ten eerste vrezen de jongeren een totale **disruptie** van alle gekende stabiliteit: stijging van zeewaterniveaus, seizoenen die verdwijnen of bosbranden. Ten tweede vermelden ze specifieke **samenlevingsgevolgen**: meer migratie, zelf gedwongen worden elders te leven, minder vrij kunnen zijn, hogere prijzen, voedseltekorten en onzekerheid over andere levensmiddelen. Ten derde geven de respondenten aan dat de **algemene onzekerheid** over de toekomst op zichzelf eveneens een bron van stress is. Sommigen geven aan te twijfelen aan hun kinderwens of aan andere toekomstplannen als gevolg van die onzekerheid. Deze resultaten komen grotendeels overeen met de brede definitie van klimaatangst van Brophy, Olson en Paul (2023).

De mate waarin deze geuite bezorgdheid het subjectieve mentale welzijn parten speelt, verschilt sterk. Sommigen ervaren het als een sluimerend gegeven, en trachten het ook – in sommige gevallen succesvol – wat weg te duwen. Bij anderen is het iets dat hen dagelijks parten speelt, tot op een punt dat het hun beslissingen en leven volledig blokkeert. Op basis van onze interviews konden we een **aantal elementen** aanstippen die **blijken bij te dragen** tot **meer uitgesproken gevoelens van klimaatangst**.

Ten eerste worden **media** – *mainstream* media zoals de kwaliteitskranten en de openbare omroep, of andere bronnen via sociale media – gezien als **onmisbare bronnen van informatie** en kennisverwerving, waarbij jongeren hun inzichten over de klimaatproblematiek verder aanscherpen. Meerdere respondenten geven echter aan dat de **berichtgeving vaak onvoldoende** of te oppervlakkig is, of dat de **toon van nieuwsberichten te optimistisch** is in vergelijking met de ernst van de situatie, wat al in voorgaande studies werd aangehaald (Kelly, 2017). Dit voedt het gevoel dat de urgentie van het probleem in de publieke sfeer wat wordt gebagatelliseerd. Daarnaast ervaren jongeren sociale media ook als een bijzonder ambivalente ruimte: hoewel deze platforms hen toegang verschaffen tot informatiebronnen, worden zij er tegelijk **geconfronteerd met negatieve, bagatelliserende of zelfs ontkennende reacties**. Deze online dynamieken, **ten tweede**, leiden eveneens tot bijkomende frustratie, verdriet of machteloosheid, en blijken een impact te hebben op hun gevoel van subjectief welzijnsgevoel. De vaststellingen wijzen erop dat media fungeren als informatiedragers, maar ook actief de emotionele beleving en de subjectieve omgang met klimaatangst mee vormgeven. Die beide realiteiten bestaan naast elkaar, zo blijkt uit onze interviews, die op die manier bijdragen aan een iets rijker beeld over de relatie tussen media en klimaatangst (Brophy, Olson, & Paul, 2023).

Ten derde komt uit de interviews systematisch en expliciet naar voren dat jongeren een grote ontevredenheid ervaren over het gebrek aan structurele actie tegen klimaatverandering. Hoewel sectoren als mobiliteit en industrie af en toe ter sprake komen, worden **politiek en beleid** vrijwel unaniem gezien als het cruciale domein waar de sleutel tot verandering ligt. Volgens de respondenten kan alleen op dit niveau worden beslist over spelregels die andere sectoren – zoals industrie of transport – daadwerkelijk verduurzamen. Toch signaleren de geïnterviewden een **gepercipieerd onvermogen of zelfs een vermeende onwil** bij beleidsmakers om verregaand te handelen, wat leidt tot veel frustratie, woede en onbegrip. Dit is geen nieuw gegeven. Ook de grootschalige kwantitatieve studie van Hickman en collega's (2022) stipte reeds aan dat de politieke stilstand een significant onderdeel vormt van de invulling van klimaatangst bij jongeren. Onze studie vult dit inzicht aan met meer diepgaande inzichten over de manier waarop, alsook het relatieve gewicht waarmee deze politieke stilstand een kernelement lijkt te vormen van ervaringen van klimaatangst. Onze resultaten tonen dat **gevoelens van klimaatangst** namelijk even **nadrukkelijk verbonden** worden met de **ervaren onwil van de politiek om te handelen**, als met het veranderende klimaat als zodanig.

Veel jongeren verwijzen in deze context ook naar de klimaatmarsen. Ze zien die als een krachtig signaal dat echter door de politiek volledig genegeerd lijkt te zijn. Dit kunnen we benaderen als een **vierde element** dat bijdraagt aan klimaatangst: het uitblijven van concrete beleidsmaatregelen na deze grootschalige mobilisaties is door velen geïnterpreteerd als een bewijs dat **de stem van jongeren niet gehoord** wordt. Het stemt overeen met de wetenschappelijke literatuur die bevestigt dat percepties van politieke inertie de motivatie voor collectieve actie

kunnen ondermijnen en gevoelens van machteloosheid kunnen versterken (O'Brien, Selboe, & Hayward, 2018). Sommige respondenten geven zelfs aan reeds weinig vertrouwen te hebben gehad in de politiek, en dat het voortdurende talmen van politici rond klimaat heeft **geleid tot een nog dieper wantrouwen**, waarbij wordt gesuggereerd dat andere belangen zwaarder doorwegen dan het welzijn van burgers. Een aantal respondenten geeft aan daarom blanco te stemmen of dit in de toekomst te overwegen. Op lange termijn zou dit dus ook gevolgen kunnen hebben voor de democratie. Internationaal onderzoek laat namelijk zien dat een gebrek aan respons op burgerprotest het **vertrouwen in democratische instituties** ernstig aantast (Thomas, McGarty, & Mavor, 2019). De vrees dat het uitblijven van klimaatacties niet alleen ecologische, maar tevens democratische gevolgen heeft, is in onze interviews bevestigd.

Naast deze factoren die bijdragen tot ervaringen van klimaatangst, trachtten we ook in kaart te brengen hoe jongeren hun gevoelens van **klimaatangst** en hun ongerustheid ten aanzien van **klimaatverandering** proberen **op te vangen** en te **mobiliseren tot iets constructiefs**. We dienen voor de volledigheid wel mee te geven dat voor veel respondenten periodes van actie worden afgewisseld met periodes van inactiviteit of terugtrekkingsstrategieën, bijvoorbeeld door informatie over het onderwerp te mijden. Dit sluit eveneens aan bij eerder vermelde literatuur over klimaatangst, namelijk dat het zowel tot actie als tot verlamming en inactiviteit kan leiden (Brophy, Olson, & Paul, 2023). Het is in deze context belangrijk te onderstrepen dat de huidige generatie jongeren de verantwoordelijkheid moet nemen om oplossingen te vinden voor de excessen van vorige generaties. Studente Elisa Dageville beschreef in een bijdrage voor de denktank *Pour La Solidarité* (2022) dat dit voor een 16-jarige enorm veel is om te dragen, en dat de opgelegde rol van 'redder' veel angst met zich kan meebrengen.

Ten eerste trachten de respondenten zelf, **op individuele basis**, hun steentje bij te dragen aan een duurzamere wereld. Ze kiezen daarbij voor een pragmatische aanpak: kleine persoonlijke acties om hun ecologische voetafdruk te verkleinen, zoals minder vlees eten, vaker de fiets of het openbaar vervoer gebruiken, en tweedehands kleding of meubels kopen. Sommige respondenten benadrukken dat ze hiermee niet alleen hun eigen impact willen reduceren, maar ook een inspirerend voorbeeld willen zijn voor anderen. Tegelijkertijd was er een moreel-ethische dimensie: respondenten vonden dat ze eerst zelf moesten doen wat ze kunnen, vooraleer hetzelfde te verwachten van leeftijdsgenoten of van de politiek en industrie. Toch gaat deze individuele inzet gepaard met een uitgesproken **ambiguïteit**: hoewel ze het nemen van **persoonlijke verantwoordelijkheid belangrijk** vinden, gaat dit samen met gevoelens van machteloosheid en expliciete **twijfels over de effectiviteit** ervan. Dit komt overeen met de wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat personen die een gebrek aan (grootschalige) samenwerking percipiëren, over het algemeen minder hoop koesteren op beterschap voor het klimaat (Marlon, et al., 2019). Dit blijkt ook in onze interviews waarin de meesten van mening zijn dat **individuele acties zonder structurele maatregelen weinig zin- en impactvol** zijn.

Daarom proberen veel jongeren, **ten tweede**, ook **op collectief niveau** concrete verandering teweeg te brengen. Hier kunnen we een onderscheid maken tussen het **mesoniveau** van de directe omgeving, en het **macroniveau** van onder andere politieke beleidsvoering. Concreet proberen de respondenten op mesoniveau vrienden te overtuigen, houden ze de thematiek bespreekbaar en actueel in hun kennissenkring, organiseren ze acties en zetten ze lokale initiatieven op, en trachten ze invloed uit te oefenen op beslissingen over de universiteitscampus via een deelname aan de studentenraad. Opvallend is dat de effectiviteit van deze acties veel minder in twijfel wordt getrokken. Het gaat daarentegen net gepaard met de overtuiging dat verandering niet op individuele basis kan bekomen worden, maar collectief moet gebeuren. Op macroniveau worden de klimaatmarsen het vaakst vernoemd, maar ook andere bijeenkomsten met als doel een duidelijk signaal te sturen naar politiek en beleidsvoerders bleken enorm belangrijk.

Naast de **pragmatische argumenten** voor collectieve actie, blijkt het **mobiliserende en collectieve karakter** van deze **initiatieven** bovendien **energie, steun en hoop** te bieden, en wordt het door de respondenten expliciet ervaren als positief en motiverend. Ook deze bevindingen bevestigen eerder geformuleerde inzichten uit de literatuur. Op mesoniveau sluit het aan bij De Meyer's visie (2021) dat effectieve klimaatcommunicatie mensen kansen moet bieden om zelf te ontdekken hoe zij (samen) kunnen handelen, waardoor intrinsieke **motivatie ontstaat en handelingsperspectief groeit**.

Andere studies tonen eveneens het effect aan van zogenaamde *positive imagery*, waarbij het laten zien van beelden die oplossingen bieden, zoals ideeën voor nieuwe stadsplanning of lokale mitigatie-initiatieven, meer aandacht trekken en betrokkenheid stimuleren dan alarmistische beelden van klimaatrampen. Op macroschaal sluit het dan weer aan bij de ideeën van Latour en Schultz (2022) die stellen dat louter meer kennis en feitelijke informatie, zowel over klimaatverandering als over oplossingen, onvoldoende zijn om hoop of handelingsperspectief te bieden. Ze benadrukken dat er nood is aan **richtinggevende verhalen** die nieuwe waarden en vooral **collectieve betekenis** scheppen. Uit onze interviews blijkt dat het precies dit is waar veel respondenten naar op zoek zijn. Ook George Lakoff (2003) toont in deze context aan dat de manier waarop we over klimaat praten minstens zo belangrijk is als de (correctheid van de) inhoud als het neerkomt op het oproepen van hoop, urgentie en gemeenschapszin.

Uit dit alles volgt dat **collectieve actie, ten derde,** ook een **gevoel van gemeenschapszin en hoop** genereert. Waar individuele acties met twijfels en machteloosheid gepaard gaan en zo een zekere ambiguïteit in zich dragen – positief en noodzakelijk, maar eveneens onvoldoende –, wordt collectieve actie niet alleen als effectiever geëvalueerd om de oorzaken van klimaatverandering tegen te gaan, maar blijkt het evenzeer een **positief effect** te hebben op het **subjectieve mentale welbevinden** en **gevoelens van klimaatangst tegen te gaan**. Het is belangrijk om hierbij te vermelden dat velen het gevoel hebben alleen maar individuele actie te *kunnen* ondernemen, en dat ook zulke individuele gedragswijzigingen hun plek hebben in een meer duurzame omgang met het klimaat. Maar het is evenzeer cruciaal te onderstrepen dat collectieve actie en het ervaren van verbondenheid duidelijk meer positieve energie, motivatie en hoop blijken te genereren dan individuele gedragswijzigingen. Veel jongeren rapporteren dat deelname aan gezamenlijke initiatieven hun mentale welbevinden verbeterde. Herinneringen aan de klimaatmarsen worden in dit verband vaak genoemd als momenten van verbondenheid en solidariteit. Maar ook met elkaar spreken over ervaringen of betekenisvolle verbinding zoeken met elkaar blijken belangrijk. Deze bevinding sluit aan bij studies die aantonen dat collectieve actie niet alleen de kans op maatschappelijke verandering zelf vergroot, maar tegelijk beschermend werkt tegen klimaatangst, precies door het versterken van sociale cohesie, en op die manier een gevoel van stabiliteit en controle teweegbrengt (Fritsche, Barth, Jugert, Masson, & Reese, 2018).

Naast de omgangsmethoden en de acties van jongeren, dient tot slot de **ernst van het fenomeen klimaatangst** te worden benadrukt. Uit de interviews blijkt dat het gevoel van onzekerheid over de toekomst, de onmogelijkheid om toekomstplannen te maken, en het besef van een disruptie en zelfs mogelijke ondergang van onze samenleving – en dit alles op een leeftijd waarop het hele leven nog voor je zou moeten liggen – zeer problematisch zijn. Sutter (2021) spreekt in deze context zelfs over een 'rouw om de toekomst' voor veel jongeren. Vanuit individueel oogpunt is het begrijpelijk dat deze cognitieve dissonantie leidt tot psychologische problemen en angst, die worden gevat via de term klimaatangst. Hoewel het als een begrijpbare reactie kan worden beschouwd, neemt dit niet weg dat het intens en moeilijk is om met angst en andere intense emoties te leven die zulk een **grote impact** hebben op het **dagelijks leven en de toekomst**.

Desveaux (2020) identificeert klimaatangst om die redenen als een gevoel van 'ontologische onzekerheid'. De mens kan namelijk niet tegen onzekerheid, zo stelt hij. Angst wordt in deze context gevoed door een psychologische voorbereiding op een potentiële dreiging waarvan de tijdsduur onbekend is. Klimaatangst overschrijdt zo de grenzen van het 'ik' van een individu, waardoor angst ontstaat voor het eigen voortbestaan. Het is deze onmogelijkheid om de toekomst te voorspellen die verregaande psychologische gevolgen heeft. We dienen ons af te vragen **wat het betekent** vanuit collectief oogpunt dat **zoveel jongeren bang** zijn voor wat komen gaat, en **zich niet meer** planmatig **kunnen projecteren in een positief toekomstbeeld.** Dit noopt tot een heroverweging van de solidariteit tussen generaties en maakt het op zijn minst tot een maatschappelijk, sociaal en democratisch probleem en dus een politieke noodzaak.

5. Aanbevelingen

Klimaatverandering en de gevolgen ervan voor de mensheid zijn veelzijdig, wat leidt tot een crisis op meerdere niveaus die om een veelheid aan oplossingen vraagt. Sociologe Emeline De Bouver (2015) deelt de verschillende soorten oplossingsreacties in vier categorieën in: individuele ecologie (handelen via ecologische gedragswijzigingen), politieke ecologie (handelen via institutionele en politieke hefbomen), zorgecologie (handelen door te netwerken, via relaties) en innerlijke ecologie (handelen via culturele en symbolische hefbomen). In de interviews komen al deze verschillende niveaus op de een of andere manier bij jongeren naar voren. Er zijn politieke vragen (over wantrouwen in de politiek, of het al dan niet gehoord worden als jongere), culturele en symbolische vragen (over de weigering om kinderen te krijgen, of de onmogelijkheid om zich een toekomst voor te stellen), vragen op het gebied van zorg (over het belang van relaties, verbinding met leeftijdsgenoten, en de verbinding tussen verschillende generaties) en vragen over de rol van individuele acties (het goede voorbeeld geven, maar ook de twijfels over de impact van deze handelingen).

Volgens De Bouver heeft elk niveau haar meerwaarde en haar rol, en een daaraan gekoppeld discours. Maar het is bovenal **de complementariteit tussen deze verschillende niveaus** die belangrijk is om naar hetzelfde doel toe te werken, **meer dan de hiërarchische rangschikking van de antwoorden op de crisis**. Deze complementariteit houdt in dat iedereen actie onderneemt, en een verantwoordelijkheid neemt – alsook boodschappen uitdraagt – op het niveau waarop die invloed kan uitoefenen. Het is daarom niet gepast dat bijvoorbeeld politici toespraken houden over individueel gedrag zonder zelf te werken aan structurele maatregelen. We vinden het nodig om dit denkkader mee te geven alvorens meer specifieke aanbevelingen te formuleren: **het is immers een en-en-verhaal**, geen of-of-verhaal. Als op elk niveau de gepaste maatregelen worden getroffen, zou dat voorkomen dat jongeren te veel verantwoordelijkheid wordt toebedeeld. Het zou evenzeer klimaatangst verminderen en toekomstperspectieven creëren waarin ze zich kunnen projecteren, wat belangrijk is voor menselijke en maatschappelijke ontwikkeling.

5.1. Klimaatangst opvatten als een collectief alarmsignaal

Klimaatangst wordt vandaag al te vaak opgevat als een individuele angst- of stressreactie op een complex en ongrijpbaar probleem. Wij erkennen dat klimaatangst diep persoonlijk kan worden beleefd, maar het is cruciaal te beseffen dat **deze emotie** tegelijk **verankerd** is **in een bredere en objectieve realiteit**: de toenemende en aantoonbare klimatologische dreiging die zwaar weegt op het collectieve welzijn. Het **gevaar** schuilt erin dat **klimaatangst** wordt **gereduceerd tot een louter persoonlijke kwestie**, waardoor de structurele oorzaken – de ecologische crisis en de sociaal-politieke inertie errond – uit beeld verdwijnen. In dat geval verschuift de aandacht naar het individuele domein, waar oplossingen gezocht worden in omgangsstrategieën of therapeutische interventies die weliswaar verlichting kunnen bieden, maar weinig bijdragen aan het aanpakken van de grondoorzaak.

Tegelijk pleiten wij ervoor om **klimaatangst** vooral ook te **erkennen als een legitieme stressreactie** op een **reële bedreiging**, die niet uitsluitend via individuele trajecten moet worden ‘opgevangen’. Beleidsaanbevelingen moeten vertrekken vanuit het inzicht dat **klimaatangst een alarmsignaal is dat blootlegt hoe diep de ecologische crisis ingrijpt in het mentale en sociale weefsel van samenlevingen**. Voor onderzoekers betekent dit dat klimaatangst niet enkel psychologisch moet worden benaderd, maar ook als een sociaal-politiek fenomeen, ingebed in structuren van ongelijkheid, verantwoordelijkheid en macht. Alleen door deze structurele dimensie ernstig te nemen, kunnen we klimaatangst begrijpen als een signaal van urgentie dat vraagt om collectieve, rechtvaardige en richtinggevende antwoorden.

Dat vraagt vooral om beleidsmatige ruimte voor **collectieve handelingsperspectieven** die niet enkel focussen op individuele veerkracht, maar ook op systemische verandering. Ons onderzoek toont namelijk dat de ervaren **machteloosheid en wanhoop** in belangrijke mate **gevoed** worden **door politieke inertie en het uitblijven van een daadkrachtig klimaatbeleid**. Jongeren ervaren niet enkel de dreiging van klimaatverandering zelf, maar ook de frustratie dat politieke instellingen er niet in slagen een koers van structurele transitie en ambitie te varen. Deze kloof tussen de urgentie die wetenschappelijk onomstotelijk is aangetoond en de politieke traagheid waarmee daarop wordt gereageerd, blijkt een significant en prominent onderdeel van de ervaring van klimaatangst.

Wij roepen beleidsmakers daarom op om **klimaat opnieuw met prioriteit op de politieke agenda** te plaatsen, en dit te vertalen in **ambitieus beleid met concrete maatregelen** dat tegemoetkomt aan de ecologische noodzaak én aan de mentale gezondheidsimpact van het uitblijven van actie. Klimaatbeleid is in die zin een structurele voorwaarde voor collectief welzijn en (mentale) gezondheid.

5.2. Affecten en hoop als drijvers van mobilisatie

Uit het bovenstaande volgt ook een urgente en complexe vraag voor CM en andere middenveldorganisaties: **Hoe brengen we klimaatangst terug in het politieke veld?** Alleen door erover te spreken op een complexe, multidimensionale manier, kunnen we haar potentieel als aanjager van transformatie erkennen. Dat betekent niet alleen aandacht voor de ecologische crisis zelf, maar ook voor de emotionele, affectieve en sociale impact ervan. In het dominante discours rond klimaatverandering en -angst wordt immers vaak uitgegaan van een kennistekort: de veronderstelling dat meer feitelijke informatie vanzelf zal leiden tot meer actie. Maar onderzoek – ook het onze – toont aan dat dit een te enge benadering is. **Klimaatangst** is immers niet louter verlammend, ze **bevat tegelijk het vermogen om in beweging te komen**. De uitdaging is om **dat vermogen te cultiveren**, niet te onderdrukken.

In deze context is het waardevol om te verwijzen naar Chantal Mouffe en haar pleidooi voor een 'Groene Democratische Revolutie' (2022). Ze stelt dat affecten – gedeelde emoties, angsten, hoop – cruciaal zijn voor politieke mobilisatie. Geïnspireerd door Spinoza benadrukt ze dat **ideeën pas kracht** krijgen **wanneer** ze **verbonden** worden **met collectieve gevoelens**. Klimaatangst, in die zin, is geen obstakel maar een potentieel: een affect dat, mits politiek gekaderd, kan uitgroeien tot een motor van verandering. Mouffe bekritiseert het neoliberalisme dat de staat reduceert tot een instrument van marktlogica en tegelijk de eisen van het volk onderdrukt. Ze roept op tot een groene democratische coalitie, gestoeld op gedeelde waarden en hernieuwde politieke passie. Haar strategie verbindt sociale en ecologische strijd in een logica van mondiale rechtvaardigheid – een visie die het middenveld kan inspireren om klimaatangst niet te depolitiseren, maar te **herpolitiseren**.

Daarom roepen wij andere middenveldorganisaties en non-profitactoren op om in klimaatcommunicatie **bewust ruimte te maken voor verhalen van hoop**, voor **voorbeelden die activeren**, en voor **culturele en artistieke interventies die verbeeldingskracht stimuleren**. Kunstenaars, opvoeders en sociaal werkers kunnen richtinggevende beelden scheppen die nieuwe waarden verankeren en een collectieve betekenisruimte openen waarin mensen zichzelf opnieuw leren zien – niet als heersers over, maar als onderdeel van de natuur. Effectieve communicatie moet mensen niet enkel informeren, maar hen uitnodigen om samen te handelen. Dit proces wekt intrinsieke motivatie en versterkt gemeenschapszin, wat noodzakelijk is om de relatie tussen mens en natuur, én tussen mensen onderling, te herdefiniëren. Zonder deze **culturele en existentiële heroriëntatie** dreigen we klimaatverandering te reduceren tot een probleem van informatievoorziening. Klimaatangst vraagt om een politiek antwoord dat vertrekt vanuit solidariteit, collectieve verbeelding en gedeelde verantwoordelijkheid. Het middenveld kan hierin een sleutelrol spelen door actief, gericht en hoopvol te mobiliseren.

Het lijkt ons belangrijk om het **middenveld** te wijzen op het belang van **zijn bijdrage aan oplossingen** voor de milieucrisis. Tegen de achtergrond van verschillende studies, lijkt het bijvoorbeeld aangewezen dat ze in staat zijn om zelf te kunnen inspelen op de nieuwe sociaal-ecologische uitdagingen. Het **idee van een rechtvaardige transitie** moet centraal staan, net als de principes van preventie en het delen van klimaatrisico's.

5.3. Jongeren betrekken in beleid en vertrouwen herstellen

In de context van de net vermelde mobilisatie, is het cruciaal om jongeren specifiek te betrekken. Ons onderzoek toont immers aan dat zij een onevenredig groot aandeel ervaren in de last van klimaatangst. Niet alleen omdat zij de toekomstige gevolgen van de klimaatcrisis het meest zullen ondergaan, maar ook omdat zij zich in het heden uitgesloten voelen van betekenisvolle participatie in politieke besluitvorming. Deze uitsluiting tast hun vertrouwen in politieke instituties verder aan, en draagt bij aan een bredere erosie van vertrouwen in de democratie zelf. Wanneer jongeren zich structureel niet gehoord voelen, heeft dit niet enkel ecologische implicaties, maar ook diepe sociale en maatschappelijke gevolgen: gevoelens van vervreemding, desillusie en zelfs ontkoppeling van de democratische praktijk.

Wij pleiten er daarom voor dat het **beleid jongeren systematisch betrekt in de ontwikkeling en implementatie van klimaatbeleid**. Niet louter symbolisch, maar in werkelijke co-creatie, door actief en reëel te luisteren naar hun noden. Daarnaast heeft ook het **middenveld** hierin een sleutelrol te spelen: enerzijds door **jongeren te informeren en te ondersteunen**, anderzijds door **structureel druk** uit te oefenen **op de politieke arena** zodat jongerenstemmen niet genegeerd blijven.

Tegelijkertijd is het cruciaal dat de **huidige generatie politici en andere volwassenen** hun verantwoordelijkheid opnemen in het aanpakken van de klimaatcrisis. Het is niet aan jongeren om de verpletterende last van deze mondiale uitdaging te dragen, noch om alleen de oplossingen te formuleren of uit te voeren. Enkel door **zelf het voorbeeld te geven en structurele verandering af te dwingen**, kunnen volwassenen ervoor zorgen dat jongeren niet verlamd raken door de crisis, maar hoop en handelingsruimte ervaren binnen een collectieve en gedeelde verantwoordelijkheid. Het is dus nodig om een reële **intergenerationele solidariteit** te construeren.

Conclusie

Deze studie bracht de ervaringen en percepties van jongeren rond klimaatangst in kaart aan de hand van diepte-interviews. Hun gevoelens bleken veel ruimer dan enkel angst en omvatten eveneens verdriet, frustratie, machteloosheid en woede. Vooral de ervaren politieke stilstand kwam naar voren als een centrale bron van onmacht en wantrouwen, wat niet enkel hun mentale welzijn maar mogelijk ook de democratische legitimiteit onder druk zet. Hoewel jongeren individueel trachten bij te dragen via duurzamere keuzes, bieden collectieve acties en vormen van verbondenheid het meeste hoop en houvast.

Deze bevindingen tonen aan dat klimaatangst niet louter psychologisch of individueel mag worden begrepen, maar dat het erkennen van structurele oorzaken en het versterken van collectieve handelingsperspectieven essentieel zijn voor een meer zorgzame en emancipatorische omgang met de klimaatcrisis. Zo niet dreigen we een generatie jongeren, die hun toekomst als zeer grimmig percipieert en zich te weinig gehoord voelen, nog verder los te laten.

Bibliografie

Benoit, L., Thomas, I., & Martin, A. (2021). Ecological Awareness, Anxiety, and Actions among Youth and their Parents - a Qualitative study of Newspaper Narratives. *Child and Adolescent Mental Health, 27*(1), 47-58.

Boluda-Verdú, I., Senent-Valero, M., Casas-Escolano, M., Matijasevich, A., & Pastor-Valero, M. (2022). Fear for the future: Eco-anxiety and health implications, a systematic review. *Journal of Environmental Psychology, 84*(1), 1-17.

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis, A Practical Guide.* Thousand Oaks: Sage.

Brophy, H., Olson, J., & Paul, P. (2023). Eco-anxiety in Youth: An Integrative Literature Review. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(3), 633-661.

Coffey, Y., Bhullar, N., Durkin, J., Islam, S., & Usher, K. (2021). Understanding Eco-Anxiety: A Systematic Scoping Review of Current Literature and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Climate Change and Health, 3*, 1-6.

Copernicus Climate Change Service. (2025). *Global Climate Highlights 2024.* Opgehaald van https://climate.copernicus.eu/global-climate-highlights-2024

Dageville, E. (2022). *L'éco-anxiété chez les jeunes.* Bruxelles: Pour la solidarité.

De Bouver, E. (2015). *L'existentiel est politique : enquête de sociologie politique sur le renouveau du militantisme : les cas des simplicitaires et des coaches alternatifs.* Louvain-la-Neuve: UCL.

De Meyer, K. (2021). Transforming the stories we tell about climate change: From "issue" to "action". *Environmental Research Letters, 16*(9), 1-13.

Desbiolles, A. (2020). *L'éco-anxiété, Vivre sereinement dans un monde abîmé.* Paris: Fayard.

Desveaux, J.-B. (2020). La crainte de l'effondrement climatique : angoisses écologiques et incidences sur la psyché individuelle. *Le Coq-héron, 242*, 108-115.

Fritsche, I., Barth, M., Jugert, P., Masson, T., & Reese, G. (2018). A social idendity model of pro-environmental action (SIMPEA). *Psychological Review, 125*(2), 245-269.

Godden, N. J., Farrant, B. M., Farrant, J. Y., Heyink, E., Collins, E. C., Burgemeester, B., . . . Cooper, T. (2021). Climate change, activism, and supporting the mental health of children and young people. Perspectives from Western Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 57*(11), 1759-1764.

Grant, L., Vanderkelen, I., Gudmundsson, L., Fischer, E., Seneviratne, S. I., & Thiery, W. (2025). Global Emergence of Unprecedented Lifetime Exposure to Climate Extremes. *Nature, 641*, 374-379.

Heeren, A., Mouguiama-Daouda, C., & Contreras, A. (2022). On climate change anxiety and the threat, it may pose to mental health and adaptation: An international study across European and African French-speaking territories. *Climate Change, 173*(15), 1-17.

Hermans, M. (2021). *Europeans' attitudes towards climate change.* Brussel: Denktank Minerva.

Hickman, C., Marks, E., Pikhala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., . . . van Susteren, L. (2022). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planet Health, 5*(12), 863-873.

Kelly, A. (2017). *Eco-Anxiety at University: Student Experiences and Academic Perspectives on Cultivating Healthy Emotional Responses to the Climate Crisis.* Melbourne: The University of Colorado at Boulder.

Kuthe, A., Keller, L., Körfgen, A., Stötter, H., Oberrauch, A., & Höferl, K.-M. (2019). How many young generations are there? - A typology of teenagers' climate change wareness in Germany and Austria. *The Journal of Environmental Education, 50*(3), 172-182.

Lakoff, G. (2003). *Metaphors we live by.* Chicago: University of Chicago Press.

Latour, B., & Schultz, N. (2022). *On the emergence of an ecological class.* Cambridge: Polity Press.

Léger-Goodes, T., Malboeuf-Hurtubise, C., Mastine, T., Généreux, M., Paradis, P.-O., & Camden, C. (2022). Eco-anxiety in children: A scoping review of the mental health impacts of the awareness of climate change. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-21.

Marlon, J. R., Bloodhart, B., Ballew, M. T., Rolfe-Redding, J., Roser-Renouf, C., Leiserowitz, A., & Maibach, E. (2019). Hope and Doubt Affect Climate Change Mobilization. *Frontiers in Communication, 4*(20), 1-15.

Mouffe, C. (2022). *Towards a Green Democratic Revolution, Left Politics and the Power of Affects.* London: Penguin Random House.

O'Brien, K., Selboe, E., & Hayward, B. M. (2018). Exploring Youth Activism on Climate Change: Dutiful, disruptive, and dangerous dissident. *Ecology and Society, 23*(3), 1-13.

Ojala, M. (2018). Eco-anxiety. *RSA Journal, 164*(4), 10-15.

Parmentier, M.-L., Weiss, K., Aroua, A., Betry, C., Rivière, M., & Navarro, O. (2024). The Influence of Environmental Crisis Perception and Trait Anxiety on the Level of Eco-Worry and Climate Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 101*(2), 1-10.

Pinsky, E., Guerrero, A. P., & Livingston, R. (2020). Our house is on fire: Child and adolescent psychiatrists in the era of the climate crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59*(5), 580-582.

Ripple, W. J., Wolf, C., Gregg, J. W., Rockström, J., Newsome, T. M., Law, B. E., . . . King, D. A. (2023). The 2023 state of the climate report: Entering uncharted territory. *BioScience, 73*(12), 841–850.

Rosen, B. (2012). *Accountability and Responsibility in Care: Issues in Addressing an Emerging Global Challenge.* Singapore: World Scientific.

Shiner, R. L., Allen, T. A., & Masten, A. S. (2017). Adversity in adolescence predicts personality trait change from childhood to adulthood. *Journal of Research in Personality, 67*(1), 171-182.

Sternudd, H. T. (2020). Climate Anxiety on YouTube: Young people reflect on how to handle the climate crisis. *Ekphrasis. Images, Cinema, Theory, Media, 24*(2), 97-123.

Sutter, P.-E. (2021). Eco-anxiété, comment la définir ? Opgehaald van https://obveco.com/2021/12/04/definition-eco-anxiete/

Thomas, E. F., McGarty, C., & Mavor, K. I. (2019). Group interaction as the crucible of social identity formation: A glimpse at the foundations of social identities for collective action. *Group processes & Intergroup Relations, 22*(5), 703-717.

Verlie, B., Clark, E., Jarrett, T., & Supriyono, E. (2021). Educators' experiences and strategies for responding to ecological distress. *Australian Journal of Environmental Education, 37*(2), 132-146.

Vielle, P., Fransolet, A., Laurent, É., Armeni, C., Henet, S., Bauler, T., . . . Dorssemont, F. (2025). *Bouwen aan sociaal-ecologische bescherming voor België. Verslag voor de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid. Samenvatting.* Brussel.

VRT. (2023). *Klimaatzaak haalt slag thuis in beroep: rechter verplicht overheid om uitstoot broeikasgassen sneller naar beneden te halen.* Opgehaald van https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/11/30/klimaatzaak-uitspraak-in-beroep/

Wullenkord, M. C., & Ojala, M. (2023). Climate-change worry among the two cohorts of late adolescents: Exploring macro and micro worries, coping, and relations to climate engagement, pessimism, and well-being. *Journal of Environmental Psychology, 90*, 1-12.

Naar toegankelijke zorg

Recensie van de bijdragen van de onderzoekers, uitgenodigd op de studiedag op 22 mei 2025

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest, Mattias Van Hulle, Nicolas Rossignol
— Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Men kan het er gemakkelijk over eens zijn dat het waarborgen van toegankelijke zorg een belangrijke uitdaging vormt voor ons gezondheidssysteem. Maar het blijft noodzakelijk te begrijpen wat dit dan concreet inhoudt. Daartoe moeten we analyseren in hoeverre zorg echt toegankelijk is en, als dat niet zo is, begrijpen waarom. Daarom organiseerde de CM-studiedienst op 22 mei 2025 in Schaarbeek de studiedag *'Naar toegankelijke zorg'.*

Dit artikel bundelt de tussenkomsten van de onderzoekers die op die dag waren uitgenodigd: de professoren Sandy Tubeuf, Sarah Willems en Michael Marmot. De voorgestelde reflecties onderstrepen de vaststellingen van ongelijkheden in toegang tot zorg. Ze vormen ook krachtige pleidooien voor het ontwikkelen van gedifferentieerde benaderingen van de vastgestelde ongelijkheden, en dit alles binnen een perspectief van proportioneel universalisme.

Sleutelwoorden: Studiedag, toegankelijkheid van zorg, proportioneel universalisme, recensie

Inhoudstafel

Inleiding 28

1. Ongelijkheden gelinkt aan migratie in de toegang tot en het gebruik van medische zorg – Prof. Sandy Tubeuf 29

1.1. Afzien van zorg: verschillen tussen migranten en autochtone personen in Europa 29

1.2. Verschillen in medicatievoorschriften tussen geïmmigreerde en autochtone personen in Spanje 29

1.3. Toegang tot dringende medische hulp in Brussel 30

2. Proportioneel universalisme in actie: rechtvaardigheid als sleutel tot toegankelijke zorg – Prof. Sara Willems 30

2.1. De complexiteit van gezondheidsongelijkheden 30

2.2. Proportioneel universalisme als antwoord 31

2.3. Enkele praktijkvoorbeelden 31

3. Een oproep tot hoop en actie – Prof. Michael Marmot 32

3.1. Het essentiële belang van de sociale gradiënt 32

3.2. Daling levensverwachting door besparingsbeleid 33

3.3. Hoop en proportioneel universalisme in de praktijk 34

4. Conclusie 36

Bibliografie 37

Inleiding

De bedoeling van dit artikel is niet de reconstructie van de genealogie van het concept 'toegankelijkheid van zorg'. Evenmin is het doel een gedetailleerde beschrijving van alle uitwisselingen tijdens de rijk gevulde studiedag. **Dit artikel is een recensie, een kritische samenvatting van de tussenkomsten op deze studiedag**, in dit geval deze van de externe sprekers, waarvan de belangrijkste argumenten hier nuttig worden gedocumenteerd.

De presentaties van Sophie Cès, Stijn Vos en Clara Noirhomme, alle drie medewerkers van de Studiedienst, komen hier niet aan bod. De eerste twee zijn gebaseerd op de volgende artikels: *Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen* (Cès, 2021) en *De digitale kloof en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg* (Vos, 2025). De laatste tussenkomst, over de gezondheidstoestand en het zorggebruik in België volgens het inkomensniveau, vormt het onderwerp van een volledig artikel dat in een volgend nummer van *Gezondheid & Samenleving* zal verschijnen.

De eerste tussenkomst die in dit artikel wordt besproken, is die van Sandy Tubeuf, professor gezondheidseconomie aan de *Université catholique de Louvain (UCLouvain)*. Zij legt zich in haar onderzoek toe op de empirische en theoretische aanpak voor het meten van gezondheidsongelijkheden, en op het belang van de familiale context en de individuele leefstijlkenmerken voor de gezondheid en de gezondheidszorguitkomsten. Het theoretisch kader van Sandy Tubeufs werk is dat van de gezondheidseconomie, die sinds de jaren 1970 met succes het concept van gezondheidskapitaal uit de sociale wetenschappen heeft geïntegreerd. Dit concept blijkt bijzonder nuttig om na te denken over gezondheidsongelijkheden en over hoe gezondheid varieert doorheen het leven: gezondheid wordt gezien als een kapitaal dat men bij de geboorte meekrijgt, en dat onder invloed van verschillende factoren (leeftijd, levenskeuzes, socio-economische omstandigheden, enz.) kan verbeteren of verslechteren. In dit model heeft het gebruik van gezondheidszorg ook een rechtstreekse impact op de gezondheid, met alle hindernissen en scheeftrekkingen die het zorggebruik kunnen beïnvloeden. **In haar bijdrage komt Sandy Tubeuf terug op een studie die ze samen met Luigi Boggian (PhD, Universiteit van Verona & UCLouvain) heeft uitgevoerd. Deze studie richt zich specifiek op de zorgtrajecten van migranten en is een bijzonder alarmerend voorbeeld van sociale gezondheidsongelijkheden**. Ongeacht de verblijfsstatus, kan een migrant·e geconfronteerd worden met grote hindernissen: mensen zonder wettig verblijf aarzelen om medische hulp te zoeken uit angst voor uitwijzing en ondervinden vaak discriminatie; mensen met een wettig verblijf kunnen moeilijkheden ervaren die vergelijkbaar zijn met die van andere kwetsbare groepen, zoals problemen met huisvesting, werk of een gebrek aan kennis van het zorgsysteem. Sociale en administratieve drempels leiden er dus vaak toe dat personen afzien van zorg, zelfs als ze echt zorg nodig hebben. Het bestuderen van de verschillen in zorggebruik tussen migranten en autochtone personen, laat toe na te denken over deze hindernissen en hoe ze overwonnen kunnen worden.

De tweede bijdrage die aan bod komt, is die van Sara Willems, professor in gezondheidsongelijkheid aan de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent (UGent). Ze leidt er de *Equity in Health Care Research Group*, een interdisciplinair team dat meewerkt aan nationale en internationale projecten rond sociale ongelijkheden in de toegang tot en de kwaliteit van zorg. Haar onderzoek richt zich op rechtvaardigheid als dimensie van zorgkwaliteit, gemeenschapsgerichte eerstelijnszorg en de integratie van volksgezondheid en eerstelijnszorg. Vertrekkende van de vraag 'Wat kan ik hier komen vertellen?', verwijst Sarah Willems naar het **gekend gegeven dat gezondheid niet gelijk verdeeld is** en dat er een sociale kloof bestaat die bovendien toeneemt. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in de prevalentiecijfers van diabetes en angststoornissen. Die verschillen in gezondheid zijn er niet alleen tussen sociale klassen, maar ook tussen mannen en vrouwen en tussen regio's. Zo zijn er onmiskenbaar verschillen in sterftecijfers tussen het eerder noordelijke en eerder zuidelijke deel van België. Maar ongelijkheid in gezondheid is iets heel moeilijks omdat **het niet gaat om een heel specifieke, meest kwetsbare groep in de maatschappij**. Er is **duidelijk sprake van een sociale gradiënt in gezondheid**: bij elke trap die je daalt op de sociale ladder, stijgt de kans op een minder lang leven. Die sociale gradiënt blijkt uit cijfers over gezondheidsstatus waar hoogopgeleiden bijvoorbeeld veel minder vaak angststoornissen hebben dan mensen uit de middenklasse of uit de lage sociale klasse. Maar we zien dit ook voor alle factoren die een risico betekenen voor gezondheid en voor gezondheidsgerelateerd gedrag (=*risk continuüm*). Vanuit deze vaststelling onderzoekt Sara Willems, aan de hand van toepassingsvoorbeelden in België, hoe het concept van **proportioneel universalisme** – een term die in dit artikel verder wordt toegelicht – **een theoretisch en praktisch antwoord kan bieden op deze ongelijkheden**.

Tot slot eindigt dit artikel met een recensie van de tussenkomst van Sir Michael Marmot, professor epidemiologie en volksgezondheid aan het *University College London* en directeur van het *Institute of Health Equity*. Al bijna vijftig jaar bestudeert hij sociale ongelijkheden in gezondheid. Hij leidde de beroemde *Whitehall*-studies bij Britse ambtenaren die de impact van de socio-economische status op gezondheid aantonen. Hij was voorzitter van de commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over de sociale determinanten van gezondheid en publiceerde in 2010 het rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010), dat een verregaande invloed had op het overheidsbeleid in het Verenigd Koninkrijk. Zijn werk benadrukt het belang van sociale omstandigheden — huisvesting, onderwijs, tewerkstelling — voor een rechtvaardige toegang tot zorg en ziektepreventie. Zijn globale, op bewijs gebaseerde benadering maakt van hem een toonaangevende stem inzake sociale rechtvaardigheid en volksgezondheid. Professor Sir Michael Marmot houdt in zijn lezing een betoog over hoe sociale structuren, economische keuzes en beleidsstrategieën een allesbepalende impact hebben op de levensverwachting en het welzijn van alle burgers. Zijn verhaal, gestoeld op decennialange onderzoekservaring, scherpe observaties en internationale vergelijkingen, vormt een oproep tot **proportioneel universalisme als leidend principe voor een rechtvaardig beleid**.

1. Ongelijkheden gelinkt aan migratie in de toegang tot en het gebruik van medische zorg – Prof. Sandy Tubeuf

1.1. Afzien van zorg: verschillen tussen migranten en autochtone personen in Europa

Over de correlatie tussen migratie en de gezondheid van personen zijn verschillende studies gedaan. Sandy Tubeuf stelt voor om hieruit twee mechanismen te onthouden. Het eerste wordt het 'migrant·e in goede gezondheid'-effect genoemd, en verwijst naar het idee dat mensen, ondanks moeilijke migratietrajecten, 'robuust' zijn en geen directe gezondheidsproblemen kennen (Jasso, Massey, Rosenzweig & Smith, 2004). Het tweede betreft migranten die al lange tijd in een nieuw land wonen en moeilijkheden ondervinden bij de integratie (Giuntella & Stella, 2017). Bij deze groep verslechtert de gezondheid op een vergelijkbare manier als bij de autochtone bevolking. Deze twee mechanismen zijn bevestigd voor fysieke gezondheid, maar rond geestelijke gezondheid is veel minder onderzoek gedaan, behalve dan enkele studies over de geestelijke gezondheid van migranten die zich gevestigd hebben in een ander land dan hun land van herkomst (Elshahat, Moffat & Newbold, 2022).

Hoe zit het dan met het gezondheidszorggebruik voor migrantenpopulaties in Europa? Wat is het risico dat individuen afzien van zorg, dat er een verschil is tussen de zorgbehoefte zoals zij die ervaren en de zorg die ze krijgen? De Europese studie PHARE maakt het mogelijk om de mate van zorgmijding te vergelijken tussen autochtone en migrantenpopulaties, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen eerste generatie migranten (niet geboren in het land van verblijf) en tweede generatie migranten (waarvan een ouder tot de eerste generatie migranten behoort). Volgens dit onderzoek zijn de resultaten doorgaans vergelijkbaar tussen mensen die in het land van verblijf geboren zijn en tweede generatie migranten, terwijl de eerste generatie migranten meer afzien van zorg[1]. Het onderzoeksteam van Tubeuf analyseerde deze gegevens grondiger en kon zo aantonen dat er **toch een significant verschil is tussen eerste en tweede generatie migranten**. Bovendien concludeerde het team dat de toegang tot gezondheidszorg varieert volgens het land van herkomst, en dat **personen uit niet-Europese landen vaker afzien van zorg dan alle andere groepen**.

1.2. Verschillen in medicatievoorschriften tussen geïmmigreerde en autochtone personen in Spanje

Een studie in Spanje, onder leiding van Tubeuf, kon de verschillen in het afzien van zorg tussen migranten en autochtonen objectiveren door het vergelijken van medische voorschriften voor **diabetes en hypertensie** (Boggian, Madia & Nicodemo, 2025). Daaruit blijkt dat **migranten gemiddeld minder aangepaste medicatie voorgeschreven krijgen dan autochtone personen** (waarbij alles verder gelijk blijft), ondanks vergelijkbare of zelfs grotere noden.

1. Dit is evenwel niet het geval in België waar de resultaten voor de twee groepen migranten gelijkaardig zijn (iets minder dan 10% ziet af van zorg) en hoger dan voor de autochtone bevolking.

Ook worden aan migranten **veel minder vaak anxiolytica en antidepressiva voorgeschreven**, opnieuw bij gelijke omstandigheden[2]. Hoewel de gegevens niet toelaten om te bepalen of deze verschillen voortkomen uit voorkeuren van de patiënten zelf, tonen ze duidelijk aan dat er belangrijke verschillen bestaan in medische behandeling afhankelijk van de migratieachtergrond.

1.3. Toegang tot dringende medische hulp in Brussel

In 2023 is, onder leiding van Tubeuf, in de Brusselse gemeenten Anderlecht, Molenbeek en Sint-Joost-ten-Noode onderzoek gedaan naar de werking van dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf in België, waarbij een kwalitatieve en kwantitatieve methodologie werden gecombineerd. Deze studie (binnenkort te verschijnen) toont dat mensen zonder papieren **zeer beperkte toegang** hebben tot deze hulp, ondanks dat ze ervoor in aanmerking komen. De meerderheid van de deelnemers aan de studie zegt dat het verkrijgen van dringende medische hulp zeer moeilijk is, terwijl meer dan de helft van hen tegelijk aangeeft te kampen met gezondheidsproblemen die een medische tussenkomst vereisen. De complexiteit van de procedure wordt genoemd als een van de belangrijkste hindernissen voor het verkrijgen van dringende medische hulp.

2. Proportioneel universalisme in actie: rechtvaardigheid als sleutel tot toegankelijke zorg – Prof. Sara Willems

2.1. De complexiteit van gezondheidsongelijkheden

Met een verwijzing naar de WHO, benadrukt Willems dat gezondheidsongelijkheden zeer bepalend zijn voor de gezondheid van een populatie. Ze voegt er wel meteen de verklaring van de WHO aan toe dat "gezondheidsongelijkheden oneerlijk zijn, maar kunnen verminderd worden met een goede mix van (overheids)beleid" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2018, eigen vertaling). Beleid gericht op het verminderen van gezondheidsongelijkheid is heel belangrijk als je wil werken rond de gezondheid van een bevolking. Dit is uiteraard makkelijk gezegd, maar welk gezondheidsbeleid moet je dan voeren? In dit verband wordt vaak verwezen naar het belang van een goed universeel systeem van gezondheidszorg. En bij het uitwerken van dergelijk beleid loop je onvermijdelijk tegen een aantal moeilijkheden aan.

Een van die moeilijkheden is dat de **sociale gradiënt in gezondheid in belangrijke mate bepaald wordt door sociale determinanten van gezondheid die vaak buiten de gezondheidssector liggen**. Dit betekent dat de sociale ongelijkheden onder meer veroorzaakt worden door de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, werken en ouder worden (bijvoorbeeld slechte huisvesting, discriminatie binnen het onderwijs, ongezonde voeding, gebrek aan groen in de buurt, enz.), allemaal domeinen die niet rechtstreeks met gezondheidszorg te maken hebben. Willems legt hier onmiddellijk de link met het werk van professor Marmot. Hij stelde immers vast dat bij het aanpakken van sociale ongelijkheid, mensen vaak focussen op factoren die te maken hebben met gezondheidsgerelateerd gedrag. Zo gaat men longproblemen bijvoorbeeld aanpakken met maatregelen gericht op het rookgedrag van mensen in kwetsbare situaties. Uit zijn studies hebben we evenwel geleerd dat het belangrijk is hogerop te gaan kijken naar wat sociale ongelijkheid bepaalt, naar de oorzaak van de oorzaak (van de oorzaak) (= *the upstream causes of health*). Dan kom je vaak uit bij sociaal beleid, de sociaaleconomische context en de sociale normen in een maatschappij (bijvoorbeeld: Hoe belangrijk vinden we solidariteit in onze maatschappij?).

Een tweede uitdaging voor interventies is het feit dat mensen niet 'de armen' zijn, 'de alleenstaande moeder' of 'de kortgeschoolde'. **Elk individu is een kruispunt van identiteiten**. Zo komt wie langgeschoold is en een goede job heeft doorgaans niet in aanmerking voor sociale voordelen omdat die niet valt onder het label 'kwetsbaar'. Toch kan zo iemand in armoede terechtkomen, bijvoorbeeld wanneer die gescheiden is en alleen moet instaan voor de zorg voor de kinderen, geen alimentatiegeld ontvangt of een zware lening moet afbetalen. Het is dus een uitdaging om mensen labels toe te kennen en die labels te gebruiken om tege-

2 Voor de eerste vraag bestond de onderzoekspopulatie uit personen van 50 jaar en ouder die één jaar vóór het analysejaar (jaar van eventueel medicatievoorschrift) wel degelijk gediagnosticeerd waren met diabetes of hypertensie. Voor de tweede vraag bestond de onderzoekspopulatie uit personen ouder dan 18 jaar die gediagnosticeerd waren met een angststoornis of depressie.

moetkomingen toe te kennen, precies omdat mensen een kruispunt van identiteiten zijn.

Verder is al vastgesteld dat **interventies in de praktijk soms een sociale kloof creëren of vergroten**, ook al was het doel net het omgekeerde. Bij wijze van voorbeeld verwijst Willems naar artsen die aangeven dat ze voor iedereen, voor elke patiënt·e hetzelfde doen. Maar "gelijk doen, is ongelijkheid creëren", beklemtoont Willems, "omdat mensen niet allemaal dezelfde nood hebben." Een belangrijke boodschap uit de uiteenzetting is bijgevolg dat als je voor iedereen gelijk doet, je eigenlijk meestal ongelijkheid aan het creëren bent. Sociale gezondheidsongelijkheid aanpakken vereist in feite dat we dingen anders doen.

2.2. Proportioneel universalisme als antwoord

Een antwoord zou dan kunnen zijn om doelgroepgericht te gaan werken, met een beleid dat kwetsbare groepen identificeert en hierop focust. Maar, zo benadrukt Willems, dit is niet altijd de oplossing en is bovendien risicovol. Het kan leiden tot stigmatisering: wie deze of gene tegemoetkoming krijgt, heeft een bepaald label. Het draagt ook bij tot een toenemende sociale afstand in de samenleving tussen wie wel en wie niet krijgt, en zorgt voor een gezondheidszorg met twee snelheden. Bijkomend is dergelijke aanpak duur en bestaat het gevaar van misclassificatie en tegelijk onderbescherming. Verder rijst de vraag of we op patiëntniveau moeten werken of eerder op populatieniveau – dit laatste is momenteel zeer in. Maar opnieuw is het niet duidelijk hoe we dit dan moeten doen.

Wat is dan wel een adequate aanpak? In de denkoefening hierover, biedt het rapport *Fair society, healthy lives* van Marmot et al. (2010) volgens Willems interessante inzichten. In deze baanbrekende studie schuift Marmot het principe van **proportioneel universalisme** naar voren als manier van omgaan met het dichotome van enerzijds iets doen voor iedereen en anderzijds doelgroepgericht werken. Ze citeert een cruciale passage uit het rapport waarin hij het volgende stelt: "Om de steilheid van de sociale gradiënt te verminderen, moeten acties universeel zijn, maar met een omvang en intensiteit in verhouding tot de mate van achterstand" (Marmot, et al., 2010, p. 10, eigen vertaling). **Twee belangrijke elementen hierin zijn dus dat je soms de intensiteit moet opdrijven, maar soms ook iets anders moet doen**. Het doel van proportioneel universalisme is bijgevolg het verbeteren van de gezondheid van de ganse populatie, maar dit is slechts mogelijk door specifiek rekening te houden met de sociale gradiënt, door meer te doen naar mate mensen lager op de sociale ladder staan.

Bovendien ligt in de oorspronkelijke theorie van proportioneel universalisme de initiële focus op de *upstream causes of health*, dit zijn de structurele oorzaken die gezondheid beïnvloeden. In het Verenigd Koninkrijk zijn hiervan al concrete voorbeelden te vinden in de zogeheten *Marmot cities*[3]. Dit zijn steden (bijvoorbeeld Leeds, Coventry, Lutton) die sociale ongelijkheid in gezondheid aanpakken met het principe van proportioneel universalisme als uitgangspunt en met initiatieven op de structurele oorzaken. Zo zetten ze in op huisvesting, op samenwerking niet alleen met gezondheidszorg maar ook met onder meer onderwijs (zie 3.3).

2.3. Enkele praktijkvoorbeelden

In Vlaanderen passen enkele steden en gemeenten het principe van ***Health in All Policies*** (HiAPP) toe, waarbij gezondheid een essentiële doelstelling is die centraal staat in alle beleidsdomeinen. Zo wordt voorbeeld in het mobiliteitsbeleid voor het aanleggen van een brug of tunnel nagedacht over de link met gezondheid en vooral met gezondheidsongelijkheid.

Wat **proportioneel universalisme** betreft, zijn in Vlaanderen vooral al enkele inspirerende voorbeelden te vinden waar gewerkt wordt op de *downstream causes of health*[4], zoals het **Vlaams bevolkingsonderzoek rond baarmoederhalskankerscreening.** Uit onderzoek waar de vakgroep van Willems bij betrokken is, blijkt een totale screeningsgraad van ongeveer 66%, wat zeker geen slecht resultaat is. Maar tegelijk valt op dat de score beduidend lager is voor enkele sociaal kwetsbare subgroepen (60-plussers, personen met een migratieachtergrond, kortgeschoolden of personen met een laag inkomen). Hoewel dit bevolkingsonderzoek een excellent voorbeeld is van een universele aanpak – iedereen, ongeacht sociale status, krijgt een uitnodiging voor de screening – is het tegelijk duidelijk dat de basisaanpak niet voor iedereen werkt en er sprake is van sociale ongelijkheid. Vanuit die vaststelling lopen

3 Voor meer informatie, zie https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places.

4 Daar waar bij de '*upstream causes of health*' gekeken wordt naar de oorzaak van de oorzaak, wordt bij de '*downstream causes of health*' gekeken naar directe oorzaken en risicofactoren op individueel niveau die leiden tot ziekte, letsel of sterfte.

in het kader van de ESAGG-studie[5] enkele proefprojecten waarin wordt nagegaan hoe een aanpak vanuit proportioneel universalisme geconcretiseerd kan worden[6].

In een eerste en meest eenvoudige stap wordt de **intensiteit verhoogd** en krijgen mensen die herhaaldelijk niet gescreend zijn meerdere uitnodigingen. Dit draagt wel degelijk bij aan een hogere screeningsgraad, maar de cijfers tonen evenzeer dat bepaalde groepen nog steeds niet bereikt worden. Voor mensen die langdurig niet gescreend zijn, is vervolgens in een pilootproject gestart met een **andere aanpak**. Concreet krijgen zij een gratis zelftest opgestuurd, samen met een heldere begeleidende brief en folder in verschillende talen en met veel pictogrammen. Omdat een deel van de vrouwen nog steeds niet bereikt wordt, is in nog een volgende stap de **intensiteit verder verhoogd** door een samenwerking op te zetten met huisartsen die vrouwen persoonlijk aanspreken tijdens een contact voor een ander gezondheidsprobleem. De huisarts kan op basis van de software snel zien of iemand getest is en, zo nodig, een gratis zelftest meegeven. En momenteel loopt een pilootproject om vrouwen die nog steeds niet gescreend zijn, actief te detecteren in de populatie via *outreachende* projecten vanuit de huisartspraktijk en, nog intensiever, vanuit buurtorganisaties. Willems benadrukt hier aanvullend de belangrijke nuance dat vrouwen niet geïdentificeerd worden vanuit specifieke kenmerken (bijvoorbeeld kortgeschoold of met een migratieachtergrond), maar wel op basis een nood, namelijk het niet gescreend zijn.

Een tweede voorbeeld is het ***population health management*** dat heel veel linken heeft met proportioneel universalisme en waar zeer veel potentieel in zit. Dit *population health management* – of het aanpakken van de gezondheid van de bevolking – is een van de doelstellingen van de *quintuple aim*, het gedeeld kader dat opgenomen is in het Belgisch interfederaal plan voor Geïntegreerde Zorg, gelanceerd in 2023[7]. Volgens Willems is het beleid van *population health management* dat vandaag de dag stilaan in de eerstelijn geïmplementeerd wordt, een mooie aanzet die aansluit bij het principe van proportioneel universalisme.

Concreet wordt gewerkt met zogeheten barometers waarbij huisartsen, op basis van gegevens in de elektronische medische dossiers, bijvoorbeeld kunnen zien hoeveel patiënten met diabetes ze hebben, met hoeveel daarvan het voorbije jaar een contact was of hoeveel er gescreend zijn op eventuele oogproblemen. De huisarts kan hiermee dan aan de slag gaan, niet alleen tijdens de een-op-een-consultaties, maar evenzeer op het niveau van de eigen patiëntenpopulatie. Het biedt tevens de mogelijkheid om de kwaliteit van het werk te evalueren, bijvoorbeeld door na te gaan of patiënten voldoen aan de richtlijnen of door de resultaten van de eigen praktijk te vergelijken met deze van andere praktijken in de buurt. Dit kan dan de aanzet zijn voor kwaliteitsverbeteringen. Dit zijn dus al de eerste zaden om aan proportioneel universalisme te doen. Momenteel zijn er al dergelijke barometers voor diabetes, antibioticavoorschriften, infectieziekten en nierproblemen. Willems wijst er wel op dat deze barometers nu nog zeer ziektespecifiek zijn en zich dus richten op een specifieke groep mensen met een bepaalde aandoening. Voor haar is de uitdaging, onder meer voor de academische wereld, dan ook na te gaan hoe die technologie in de toekomst gebruikt kan worden om eerder sociaal kwetsbare patiëntenpopulaties te identificeren. Bovendien hoeft de toepassing niet beperkt te blijven tot het niveau van een huisartsenpraktijk, maar kan men ermee aan de slag gaan op het niveau van een regio.

3. Een oproep tot hoop en actie – Prof. Michael Marmot

3.1. Het essentiële belang van de sociale gradiënt

Proportioneel universalisme is niet meteen het meest spitante begrip, stipt Marmot zelf met typisch Britse humor aan: “Het is duidelijk dat ik geen goede politicus zou zijn”. Toch biedt het begrip wél essentiële inzichten voor beleid. Proportioneel universalisme verwijst immers naar de idee dat een **beleidsaanpak zich dient te richten op alle burgers, en dat de intensiteit en schaal van de dienstverlening moeten variëren op basis van de specifieke behoef-**

5 De ESSAG-studie evalueert de *Efficacy of offering a Self-SAmpling device by the General practitioner to reach women underscreened in the routine cervical cancer screening program'* of de doeltreffendheid van het aanbieden van een zelftest door de huisarts om vrouwen te bereiken die ondergescreend zijn in het bevolkingsonderzoek rond baarmoederhalskankerscreening.

6 Voor meer informatie, zie https://kankerregister.org/nl/onderzoek/doeltreffendheid-van-het-aanbieden-van-een-zelfafnamekit-door-huisartsen-om-vrouwen-te.

7 Voor meer informatie, zie https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg

ten van verschillende groepen. Het is een cruciaal inzicht dat er is gekomen na een lange reeks belangrijke studies.

Dat verhaal start met zijn betrokkenheid als voorzitter van de *Commission on Social Determinants of Health* (Commissie over sociale determinanten van gezondheid) van de WHO, opgericht in 2005. Drie jaar later publiceerde de commissie haar rapport (Marmot, et al., 2008), precies 60 jaar na de oprichting van de WHO en 30 jaar na de *Alma Ata*-verklaring, die gezien wordt als een mijlpaal op het gebied van publieke gezondheid. De verklaring benadrukt het bereiken van een goede gezondheid voor iedereen als een fundamenteel basisrecht. Het doel van Marmots rapport was om een heldere en krachtige verklaring over de oorzaken van gezondheidsongelijkheid te formuleren. Maar zijn persoonlijke ambitie was nog groter. Meer dan louter beleidsaanbevelingen formuleren, wilde hij vooral een sociale beweging starten die zich wereldwijd zou inzetten voor de strijd tegen gezondheidsongelijkheid. Hoewel hij destijds nog niet wist wat een sociale beweging precies moest inhouden, beseft hij nu hoe congressen, beleidsdiscussies en academische betrokkenheid deel uitmaken van precies datgene waar hij op hoopte.

Waarom een sociale beweging? Omdat Marmot inzag dat **gezondheidsverschillen vooral worden veroorzaakt door sociale factoren**: de zogenaamde sociale determinanten van gezondheid. Wanneer mensen aan gezondheid denken, denken ze immers vaak aan gezondheids*zorg*. Dat is een logische en belangrijke associatie, want universele toegang tot zorg is en blijft een cruciale voorwaarde voor een betere volksgezondheid. Maar, zo vroeg Marmot zich verder af, "wat is het nut om mensen te behandelen als we ze vervolgens toch gewoon terugsturen naar precies dezelfde omstandigheden die hen ziek maken?" Marmot roept op tot een focusshift, wat hij ook heel duidelijk maakt in het WHO-rapport uit 2008 waarin hij expliciet stelt dat sociale ongelijkheid mensen doodt op grote schaal.

De kern van Marmots focus op de sociale determinanten van gezondheid ligt in het begrip sociale gradiënt. Een focus louter op de allerarmsten klinkt dan wel nobel, maar mist de kern van het probleem. Het gaat immers voorbij aan de vaststelling dat ook personen *dichtbij* de top een kortere levensverwachting hebben dan mensen *aan* de top. Anders gesteld, niet alleen de allerarmsten hebben een slechtere gezondheid, er is een doorlopende lijn van verschillen in gezondheidsuitkomsten van de top tot de bodem van de samenleving. Bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, zo benadrukt Marmot, was al in 2010 duidelijk dat een verhoging van de pensioenleeftijd naar 67 jaar problematisch zou zijn. Hij voorspelde dat niet enkel de armsten, maar wel tweederde van de gehele bevolking de pensioenleeftijd niet in goede gezondheid zou bereiken. Vijftien jaar later ziet Marmot zijn voorspelling uitkomen: het aantal mensen met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is toegenomen en het systeem is financieel onder druk komen te staan, tot op een punt dat de uitkeringen niet langer betaald kunnen worden.

Marmot onderstreept dat zulk een **sociale gradiënt opvallend universeel** is: hij zag het in Spanje, in België en elders. De focus op alleen de armste groepen is daarom volgens hem volstrekt onvoldoende. Gezondheid volgt een trapsgewijze verdeling doorheen alle lagen van de bevolking.

Met het oog op het verminderen van die sociale gradiënt, formuleerde Marmot in 2010 zes aanbevelingen:

1. Geef elk kind de beste start in het leven;
2. Bevorder onderwijs en levenslang leren;
3. Zorg voor eerlijke arbeids- en werkomstandigheden;
4. Garandeer een minimaal inkomen voor een gezond leven;
5. Creëer gezonde en duurzame leefomgevingen;
6. Pas een sociale determinantenbenadering toe in preventiebeleid.

Later voegde hij hier nog twee domeinen aan toe:

7. Bestrijd structureel racisme en discriminatie;
8. Integreer ecologische duurzaamheid en gezondheidsgelijkheid.

3.2. Daling van de levensverwachting door het besparingsbeleid

Zulke beleidsaanbevelingen formuleert Marmot niet zomaar. Zijn onderzoek leerde dat ingrepen op een structureel niveau een enorme impact kunnen hebben. Een bewijs daarvan is de opvallende trendbreuk in de evolutie van de levensverwachting. Deze steeg decennialang met ongeveer een jaar per vier jaar. Dat betekent grofweg dat elke 24 uur die verstrijkt, de verwachte levensduur van de bevolking met zes uur omhoog gaat. Dit patroon hield meer dan 100 jaar aan, maar brak in 2010 abrupt af. Sindsdien is de vooruitgang in de levensverwachting vertraagd en uiteindelijk gestagneerd.

In sommige bevolkingsgroepen, vooral in arme regio's, daalde de levensverwachting zelfs. Nooit eerder in vredestijd is er in een periode van vijftien jaar geen verbetering van de levensverwachting vastgesteld. Hoe kan zoiets verklaard worden? Voor Marmot is het een **rechtstreeks resultaat van een fundamenteel falen van het beleid** om de noden van de bevolking te vervullen.

Dat falende beleid manifesteert zich vooral in het vergroten van de ongelijkheid. Hij bewijst dit aan de hand van een aantal opvallende statistieken. Zo toont de sociale geografie van het Verenigd Koninkrijk dat Londen, het economische hart van het land, initieel nog relatief goede gezondheidsresultaten kende, terwijl postindustriële regio's zoals Noordoost-Engeland reeds langer te kampen hadden met een lagere levensverwachting en grotere gezondheidsachterstanden. Tussen 2010 en 2020 verscherpten deze verschillen aanzienlijk. De levensverwachting in het noordoosten stagneerde of daalde, en dan vooral bij de armste 60% van de bevolking. Over het algemeen leek de levensverwachting in Londen nog licht te stijgen, maar wanneer we meer in detail kijken, merken we ook hier grote verschillen op wijkniveau. Er was een sterke achteruitgang van de levensverwachting in die specifieke wijken van de stad waar de armste bevolkingsgroepen wonen.

Marmot legt een **direct verband met de bezuinigingspolitiek van de conservatieve regering** na 2010. De grootste prioriteit was het terugschroeven van de overheidssteun en -interventie, maar die bezuinigingen waren niet overal gelijk. Gemeenten met de laagste levensverwachting zagen hun lokale budgetten het sterkst verminderd. De rijkste gemeenten zagen een daling van 16% in de overheidsbudgetten, terwijl de meest gedepriveerde gemeenten 32% minder financiële steun ontvingen. Anders gesteld, hoe armer de gemeente, hoe groter de bezuinigingen. Marmot noemt dit een systemisch falen: "In welke morele logica is dit het juiste om te doen?" Meer specifiek werd bezuinigd op fundamentele sociale diensten: ouderenzorg, kinderopvang, huisvesting, publieke voorzieningen – precies die zaken die de leefomstandigheden verbeteren en dus ook de gezondheid bevorderen. Verder stegen onder deze maatregelen de wachtlijsten voor medische zorg fors.

Marmot en zijn collega's berekenden dat er in het Verenigd Koninkrijk tussen 2009 en 2020 ongeveer een miljoen sterfgevallen waren die verband hielden met sociale deprivatie. Wanneer ze die periode met het decennium daarvoor vergeleken, kwamen ze tot de conclusie dat er maar liefst 148.000 overlijdens waren bijgekomen die rechtstreeks te wijten zijn aan de gevolgen van het bezuinigingsbeleid. Ondanks deze cijfers blijven de beleidsmakers van die periode overtuigd van hun gelijk. Ze benadrukken dat er economische groei en werkgelegenheid was, maar Marmot confronteert hen met de realiteit: de reële lonen van de gemiddelde Brit zijn lager dan achttien jaar geleden. En ook hier is de ongelijkheid frappant. De inkomens van de rijkste 10% bleven ongeveer even groot en zijn vergelijkbaar met die in Noorwegen. De inkomens van de middenklasse en de armste 10% zijn daarentegen sterk gedaald. Nemen we enkel deze in beschouwing, dan is het Verenigd Koninkrijk armer dan Slovenië. Het Verenigd Koninkrijk is dus helemaal geen 'rijk land', benadrukt Marmot, het is een arm land met enkele rijke regio's, en Londen als economische motor. Zonder Londen zou het Verenigd Koninkrijk een bbp per hoofd hebben vergelijkbaar met dat van de armste Amerikaanse staten, zoals Mississippi.

Het Verenigd Koninkrijk heeft daarenboven een van de hoogste niveaus van kinderarmoede in de OESO. Eén manier om na te denken over de vooruitzichten van de volgende generaties is sociale mobiliteit. In Denemarken duurt het gemiddeld twee generaties vooraleer een arm kind het mediane inkomensniveau bereikt. In Nederland – en vermoedelijk ook in België – zijn dat er vier. In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten duurt dit vijf generaties. In Brazilië ten slotte zijn dat negen generaties. Heel wat Europese landen zijn echter op weg om in dit opzicht Brazilië te volgen, waarschuwt Marmot, en die tendens hangt rechtstreeks samen met beleidsinvesteringen. De Scandinavische landen geven gemiddeld het dubbele per kind aan vroege kinderzorg en onderwijsinvesteringen dan het Verenigd Koninkrijk. In de Verenigde Staten zijn deze investeringen zelfs nog lager.

3.3. Hoop en proportioneel universalisme in de praktijk

Marmot waarschuwt er nadrukkelijk voor het Verenigd Koninkrijk niet als voorbeeldland te hanteren wat beleidsinvesteringen betreft. Hij koppelt die waarschuwing aan de observatie dat gezondheidsproblemen niet langer exclusief voor de armste groepen zijn. Door de **stijgende inkomensongelijkheid en de groeiende kosten voor levensonderhoud, raken ook middeninkomens steeds meer in moeilijkheden**. Marmot benadrukt dat de problemen van de middenklasse zelfs steeds vaker beginnen te lijken op die van de armste groepen, terwijl de top 1% van de inkomens steeds verder wegtrekt. Deze trend ondermijnt het idee dat economische groei automatisch leidt tot collectief welzijn.

Het is een idee waar conservatieve politici blijven aan vasthouden, maar het wetenschappelijke bewijs spreekt hen resoluut tegen, aldus Marmot. Het is voor hem de reden waarom proportioneel universalisme zo essentieel is: een beleid dat investeert in gezondheid, en dit overheen de gehele sociale gradiënt.

In de praktijk blijft het echter uitdagend om proportioneel universalisme te implementeren. Marmot verwijst naar de '*inverse care law*' van Julian Tudor Hart die aantoont dat hoe groter de nood is aan zorg, hoe minder deze doorgaans beschikbaar blijkt te zijn. En wanneer er toch beleidsoplossingen worden voorgesteld, blijven veel interventies nog steeds louter gericht op de armste groepen, zonder de bredere sociale gradiënt in rekening te nemen. In Schotland bijvoorbeeld, werden initiatieven gelanceerd om de gezondheidskloof te verkleinen, maar veel van deze acties bleven opnieuw beperkt tot de meest gedepriveerde gemeenschappen.

Internationale voorbeelden inspireren echter. In Japan bereiden kinderen samen hun schoolmaaltijden met lokale producten, wat zowel gezondheid, duurzaamheid als sociale cohesie bevordert. In Finland is het gehele onderwijssysteem universeel, zonder privaat alternatief, waardoor alle kinderen dezelfde kansen krijgen. En ook het principe van universele, gratis schoolmaaltijden wordt door Marmot verdedigd. Hij hekelt het stigmatiserende effect van doelgroepvoorzieningen en pleit voor universele toegang, zoals werd voorgesteld door gouverneur Tim Walz in Minnesota. Het voorstel leverde hem van tegenstanders het label van 'gevaarlijke communist' op, terwijl het in realiteit een heel goed idee is. Gezonde voeding is cruciaal voor de ontwikkeling van kinderen, en de universele vorm van het voorstel is cruciaal om gezondheidsongelijkheid overheen de gehele gradiënt tegen te gaan.

Sommige lokale Britse overheden tonen zich geïnspireerd en ambitieus. Coventry werd in 2013 de eerste zogenaamde Marmot-stad[8], gevolgd door onder andere Manchester en Leeds, waar ze een monitoringsinstrument implementeerden. Het biedt een overzicht van lokale beleidstoepassingen dat publiekelijk raadpleegbaar is en fungeert als evaluatiemiddel. In Schotland werkt men momenteel aan een plan voor de nationale implementatie van de Marmot-aanpak.

Recent gingen ook een aantal bedrijven aan de slag met Marmots recente werk. Samen met het financiële concern *Legal & General* publiceerde hij het rapport *The Business of Health Equity*, waarin hij drie belangrijke domeinen voor bedrijven identificeert: ten eerste, zorgen voor goede arbeidsomstandigheden en een leefbaar loon; ten tweede, producten en diensten cultiveren die gezondheid bevorderen; en tot slot, een positieve maatschappelijke en ecologische impact genereren (Institute of Health Equity, 2022). Sommige bedrijven en instellingen, zoals de *East London Foundation Trust*, passen deze principes al actief toe.

Al deze initiatieven stemmen Marmot hoopvol. "Ik ging vroeger de wereld rond en zei dat ik een op bewijs gebaseerde optimist was, maar een Braziliaanse collega zei tegen me dat ik de verkeerde taal hanteerde: U bent niet optimistisch, u bent hoopvol." Optimisme impliceert namelijk dat je weet wat er gaat gebeuren, en dat dingen beter zullen worden. Pessimisme impliceert dan weer dat je weet wat er gaat gebeuren, en dat dingen slechter zullen worden. Als het beter of slechter wordt, ongeacht wat we doen, waarom zouden we dan iets doen? Pas wanneer we hoopvol zijn, kunnen we een verschil maken. Hoop, in de woorden van Václav Havel, is geen voorspelling van de toekomst, maar een morele houding. Het is het tegenovergestelde van angst, en het behelst de realisatie dat door samen te werken enorm veel verbetering kan worden gegenereerd.

"Collega's, we staan voor een enorm moeilijke wereld", zo sloot Marmot af, verwijzend naar de weerbarstige gegevens en het overweldigende bewijs van zijn statistieken. "Maar laten we hoopvol zijn dat we die wereld kunnen verbeteren. **Hoop is een oriëntatie van de geest en het vermogen om voor iets te werken, niet alleen omdat het een kans van slagen heeft, maar simpelweg omdat het goed is."**

8 De term 'Marmot-stad' of 'Marmot-plaats' verwijst naar een regio die zich actief richt op het verbeteren van de levensomstandigheden van de inwoners door de toepassing van de eerder vermelde acht sociale determinanten van gezondheid. Momenteel zijn er een vijftigtal lokale autoriteiten, verspreid over Engeland, Schotland en Wales, die zich die titel toe-eigenen. Ook in Zuid-Amerika, het Oost-Mediterraanse gebied, op het Europese vasteland en in Hong Kong lopen er projecten en samenwerkingen waarbij de ideeën van Marmot worden toegepast of vertaald naar beleid (Institute of Health Equity, 2025).

Conclusie

Hoewel toegang tot zorg als rode draad doorheen de verschillende bijdragen liep, is het thema belicht vanuit uiteenlopende invalshoeken. Dit toont duidelijk de complexiteit van de uitdagingen en de diversiteit aan perspectieven.

In de casestudies onderzocht door Sandy Tubeuf, gaat het om een analyse van de grote ongelijkheden in toegang tot gezondheidszorg tussen migranten en autochtone bevolkingsgroepen — ongelijkheden die grote gevolgen kunnen hebben voor hun gezondheid. Volgens Tubeuf vormen migranten nochtans een essentiële bron van menselijk kapitaal in de vergrijzende Europese samenlevingen. Gezien de klimaatverandering en de conflicten die de migratiestromen waarschijnlijk zullen versterken, is het vandaag cruciaal om systemische gezondheidsongelijkheden in het nadeel van migranten, aan te pakken. Dit vereist het ontwikkelen van een totaalaanpak die vooreerst erkent dat er ook binnen universele Europese zorgsystemen ongelijkheden bestaan; ten tweede, de klemtoon legt op de sociale determinanten van gezondheid (huisvesting, onderwijs, werk); en ten slotte aangepaste mentale gezondheidszorg aanbiedt.

De **bijdrage van Sarah Willems** sluit hier nauw bij aan, maar zij ziet bovendien in proportioneel universalisme een concreet antwoord op deze ongelijkheden. Ze besluit haar uiteenzetting dan ook met enkele **randvoorwaarden die vervuld moeten zijn met het oog op een beleid op basis van proportioneel universalisme**. Om dergelijk beleid te realiseren, is het vooreerst belangrijk om **over goede data te beschikken**, over informatie die toelaat patiënten met grotere zorgnoden te identificeren, evenals monitoring. Dit is nog een grote uitdaging. Er moet ten tweede **voldoende geïnvesteerd** worden, niet alleen in financiële middelen om systemen uit te bouwen, maar eveneens in mensen die hierin bedreven zijn en het in de praktijk kunnen uitrollen. Er is immers nood aan een *mindshift*. Veel hulpverleners, die nu vooral opgeleid worden om individuele zorg te verlenen, moeten ook leren hoe ze op populatieniveau moeten denken. Dit laatste geldt trouwens even goed voor beleidsmakers en ontwikkelaars van interventies. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is er verder **nood aan meer conceptuele helderheid**. De vraagt blijft nog sterk bestaan wat de indicatoren zijn om zorgnood te bepalen. Momenteel zijn dit vaak diagnoses, maar volgens Willems bestaan hiervoor ongetwijfeld betere indicatoren dan enkel ziekte-indicatoren.

Bijkomend moet meer inzicht komen in hoe afkappunten bepaald kunnen worden: wanneer is een persoon iemand die meer nood heeft? Ten slotte moet ook **duidelijk zijn hoe het doel, het reduceren van sociale ongelijkheid, gemeten kan worden**.

Wat deze uiteenlopende bijdragen verbindt, is de centrale aandacht voor ongelijkheden, maar ook voor een gedifferentieerde aanpak van verschillende situaties. **Professor Marmot** hield met zijn lezing een krachtig pleidooi voor proportioneel universalisme als leidraad voor gezondheidsbeleid. Zijn analyse toont aan dat gezondheidsverschillen niet alleen het gevolg zijn van individuele keuzes of genetische factoren, maar vooral diepgeworteld zijn in sociale structuren, inkomensongelijkheid en politieke beslissingen. Investeren in kinderopvang, onderwijs, huisvesting, eerlijke lonen en sociale infrastructuur is geen luxe, het is een noodzakelijke voorwaarde voor een gezonde samenleving. De aanpak moet universeel zijn, met aandacht voor de volledige sociale gradiënt, en intensiever waar de behoefte groter is. De voorbeelden uit de Marmot-steden, uit Scandinavië, Japan en Schotland tonen dat verandering mogelijk is. Het bewijs ligt er. **Wat nu nodig is, is politieke moed, maatschappelijke solidariteit en een hoopvolle, moreel gedreven inzet om het verschil te maken**.

Toegankelijkheid is de hoeksteen van een kwalitatief gezondheidssysteem. Het beste systeem ter wereld is niet efficiënt als het niet toegankelijk is. En toegankelijkheid is een complex vraagstuk met vele parameters, fluxen, krachten en weerstand die hierin een rol spelen: een wereld die steeds technologischer wordt, de vele migratiestromen, de gevolgen van de klimaatverandering die zich laten voelen, de evolutie van de medische kennis, onze voortdurend veranderende mobiliteit. Wat echter onmiskenbaar naar voren komt uit de bijdragen, voorgesteld in dit artikel, en meer algemeen uit de studiedag, zijn de **omvang en de kracht van socio-economische determinanten op de toegang tot zorg**. Kwetsbaarheid is nauw verbonden met een slechte gezondheid.

Voor iedereen hetzelfde doen schept ongelijkheid. **Toegankelijkheid is dus geen kwestie van gelijke middelen, maar van gerichte doelen en visie**. We moeten het systeem herdenken of het zo uitdenken dat het toegankelijk is voor iedereen, en zo bijdragen aan het verminderen van gezondheidsongelijkheden. **Middenveldorganisaties hebben hierin een belangrijke rol te spelen, en CM is vastbesloten om die rol actief op te nemen**.

Bibliografie

Abram, D. (2010). *Becoming Animal: An Earthly Cosmology* . New York: Pantheon.

Boggian, L., Madia, J. E., & Nicodemo, C. (2025). Bridging the pulse: Exploring inequalities in diabetes and hypertension medication prescriptions in Spain's immigrant and native communities. *Economics & Human Biology, 57*, 1-23.

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

Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Mental health among immigrants in Canada: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(3), 1647.

Giuntella, O., & Stella, L. (2017). The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation. *Health Economics, 26*(4), 511–518.

Institute of Health Equity. (2022). *The Business of Health Equity: The Marmot Review for Industry*. London: Institute of Health Equity.

Institute of Health Equity. (2025). *Taking Action*. Opgehaald van https://www.instituteofhealthequity.org/.

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant Health: Selectivity and Acculturation. In N. Anderson, R. Bulatao, & B. Cohen, *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* (pp. 227-266). Washington, D.C.: National Academies Press.

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010 (The Marmot Review)*. London: Institute of Health Equity.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661-1669.

Vos, S. (2025). De digitale kloof en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving, 13*, 38-53.

Wereldgezondheidsorganisatie. (2018). *Health inequities and their causes*. Opgehaald van https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes.

Evolutie en uitdagingen van het gebruik van orale anticoagulantia

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira — Studiedienst CM-MC
Kris Van haecht, Jocelijn Stokx — Cel expertise gezondheidsbeleid CM-MC

Samenvatting

In België gebruiken 404.360 mensen orale anticoagulantia (bloedverdunners), wat in 2023 neerkomt op 260 miljoen euro (bruto) ten laste van de verplichte ziekteverzekering. Ze worden vooral voorgeschreven om trombo-embolische incidenten te voorkomen bij patiënten met voorkamerfibrillatie (hartritmestoornis die zorgt voor een snelle en onregelmatige samentrekking van de voorkamers van het hart).

Lange tijd waren vitamine K-antagonisten (VKA) de standaardbehandeling. Hun nadeel is dat ze een strikte controle van de bloedstolling vereisen (via regelmatige bloedanalyses). Vanaf 2009 verschijnen de directe orale anticoagulantia (DOAC's). Hierbij is geen intensieve controle nodig zoals bij VKA, wat ze gebruiksvriendelijk maakt voor patiënten. Maar bij DOAC's is het essentieel dat de medicatie nauwgezet volgens schema wordt ingenomen, gezien hun korte werkingsduur. Ongeacht het type orale anticoagulans (VKA of DOAC), is de behandeling langdurig en niet zonder risico op bloedingen.

Aan de hand van CM-data beoogt deze studie verschillende doelen: de evolutie van het gebruik van orale anticoagulantia aantonen en de werkelijke therapietrouw onderzoeken. Daarbij focussen we vooral op problemen rond (1) persistentie en (2) adherentie bij patiënten met atriumfibrillatie:

1. In welke mate wordt de behandeling vroegtijdig stopgezet?
2. Voor DOAC's is het erg belangrijk om de medicatie dagelijks te nemen. Maar hebben de patiënten wel voldoende medicatie voor alle dagen van het jaar?

Sleutelwoorden: Orale anticoagulantia, atriumfibrilleren, persistentie, adherentie, veiligheid, kwantitatief onderzoek

Inhoudstafel

Inleiding 40

1. Literatuuroverzicht 40
1.1. Het probleem: voorkamerfibrillatie (VKF) 40
1.2. Een van de behandelingen: orale anticoagulantia 41
1.3. Evolutie van het gebruik van en de uitgaven voor orale anticoagulantia 42
1.4. Persistentie en adherentie 43
1.5. Veiligheid 44

2. Methode 44
2.1. Selectie van geneesmiddelen 44
2.2. Beschrijvende analyses 45
2.2.1. Prevalentie 45
2.2.2. De *starters* en de *switchers* 45
2.2.3. Diagnostische informatie 45
2.2.4. Informatie over bloedings- en/of trombotische incidenten 46
2.3. Analyse van de persistentie 46
2.3.1. Onderzochte populatie 46
2.3.2. Kaplan-Meier-curves 47
2.4. Analyse van de adherentie 50
2.5. Beperkingen 51

3. Resultaten 51
3.1. Beschrijvende analyses 51
3.1.1. Evolutie van het aantal gebruikers van orale anticoagulantia 51
3.1.2. Prevalentie van gebruikers van orale anticoagulantia 52
3.1.3. De *starters* en de *switchers* 52
3.1.4. Gebruik van directe orale anticoagulantia (DOAC's): voor welke indicatie? 54
3.1.5. Incidenten: bloedingen en/of tromboses 55
3.2. Analyse van de persistentie 56
3.3. Analyse van de adherentie 60

4. Bespreking van de resultaten 60
4.1. Gebruik van orale anticoagulantia 60
4.2. Therapietrouw 61
4.3. Incidenten: bloedingen en/of trombose 62
4.4. Prijs van de DOAC's 62

5. Aanbevelingen 63

Conclusie 64

Bibliografie 65

Inleiding

Ons bloed moet vrij door ons lichaam kunnen circuleren. Maar wanneer een bloedvatwand beschadigd raakt, moet het ook snel kunnen stollen om het lek te dichten. De vloeibaarheid van ons bloed wordt geregeld door een complex systeem van bloedstolling waarin talrijke factoren een rol spelen. In bepaalde omstandigheden, zoals na een grote chirurgische ingreep (bijvoorbeeld het plaatsen van een heup- of knieprothese) en bij hartritmestoornissen (vooral atriumfibrillatie, ook wel voorkamerfibrillatie genoemd, afgekort VKF), kan er **ongewenste stolling** optreden. Dit betekent de ongewenste vorming van bloedklonters. Wanneer dit gebeurt in een ader of slagader, spreekt men van trombose. Als de klonter een hersenslagader blokkeert, veroorzaakt dit een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA of herseninfarct).

Om de vorming van bloedklonters te voorkomen, gebruiken artsen al lange tijd orale anticoagulantia, de zogenaamde **vitamine K-antagonisten** (VKA). Deze geneesmiddelen vereisen een nauwkeurige dosering die regelmatig moet worden aangepast op basis van de resultaten van een bloedstollingsanalyse. Sinds 2009 is er in België een nieuwe klasse van orale anticoagulantia, de **directe orale anticoagulantia** (DOAC's), met een groeiend aantal specifieke indicaties doorheen de jaren. DOAC's zijn gemakkelijker toe te dienen, omdat ze geen nauwgezette controle van de bloedstolling vereisen (via regelmatige bloedanalyses). Anderzijds, gezien hun korte werkingsduur, is een strikte therapietrouw van de patiënt·e noodzakelijk: de frequentie van inname zoals voorgeschreven door de arts moet absoluut worden gerespecteerd. Bovendien zijn ze veel duurder dan VKA. Het toegenomen gebruik van DOAC's ligt dan ook aan de basis van een spectaculaire stijging van de terugbetalingen door de verplichte ziekteverzekering (VP). Ten slotte is het gebruik van orale anticoagulantia, ongeacht het type, niet zonder gevaar: de behandeling brengt niet te verwaarlozen bloedingsrisico's met zich mee.

In deze context leek het ons essentieel om de wetenschappelijke kennis over dit onderwerp te consolideren op basis van een gedetailleerde analyse van concrete facturatiegegevens en beschikbare diagnostische informatie. De literatuur biedt dan wel een solide basis over de werkzaamheid en veiligheid van orale anticoagulantia, maar blijft deels gericht op klinische resultaten uit gecontroleerde studies, zonder altijd aandacht te besteden aan de praktijk, zoals voorschrijfgedrag of de werkelijke therapietrouw en opvolging van patiënten. Dit zijn allemaal elementen die aanzienlijk kunnen afwijken van theoretische aanbevelingen en die belangrijke vragen oproepen rond therapeutische effectiviteit. In deze context wilde CM de bestaande kennis verrijken door haar gegevens te analyseren om weinig onderzochte aspecten in België te verkennen, zoals het profiel van de patiënten en de werkelijke therapietrouw.

Onze studie is opgebouwd rond de volgende hoofdassen:

1. **Het gebruik van orale anticoagulantia** – Hoe zijn de voorschriften in de loop van de tijd geëvolueerd? Wat is het profiel van de betrokken patiënten? Kunnen we bij deze patiënten bloedingsincidenten detecteren?
2. **Analyse van de persistentie** – Aangezien de behandeling met orale anticoagulantia langdurig is, vaak levenslang, wat is het aandeel patiënten dat de behandeling vroegtijdig stopzet? En welke groepen lopen het meeste risico om hun behandeling te stoppen?
3. **Analyse van de adherentie** – Gezien de korte werkingsduur van DOAC's, is het erg belangrijk om de medicatie dagelijks te nemen. Beschikken alle patiënten onder DOAC's elke dag wel over voldoende medicatie om de aanbevolen dagelijkse dosis in te nemen?

Na een literatuuroverzicht over deze verschillende thema's (deel 1), beschrijven we de methode en data-analyses die we hebben uitgevoerd (deel 2), gevolgd door de resultaten van onze analyses (deel 3), die we vervolgens bespreken (deel 4). Tot slot eindigen we met enkele aanbevelingen (deel 5).

1. Literatuuroverzicht

1.1. Het probleem: voorkamerfibrillatie (VKF)

"Het hart is een holle spierpomp die in rust ongeveer 70 maal per minuut samentrekt om het bloed rond te pompen. Het normale hartritme is regelmatig. [...] Voorkamerfibrillatie is een hartritmestoornis waarbij het hart op hol slaat" (Belgische Cardiologische Liga, 2025). Deze hartritmestoornis komt vrij vaak voor: men schat dat **de prevalentie van VKF tussen 2% en 4% van de volwassen bevolking ligt**. Deze **prevalentie neemt toe met de leeftijd** (Hindricks, et al., 2020) en is, gecorrigeerd voor leeftijd, **hoger bij mannen** dan bij vrouwen (Le Heuzey, 2010). Zo "wordt in Europa en de Verenigde Staten geschat dat 25% van de mensen

ouder dan 55 jaar tijdens hun leven VKF zal ontwikkelen" (Elliott, Middeldorp, Van Gelder, Albert & Sanders, 2023, p. 405, eigen vertaling).

"VKF is een vaak discrete of zelfs asymptomatische aandoening. Als ze toch merkbaar is, gebeurt dat meestal in de vorm van weinig specifieke klachten zoals hartkloppingen, ademnood of vermoeidheid. Ze kan echter ook hartdecompensatie[1] tot gevolg hebben. **Het grootste risico van VKF**, vooral dan bij patiënten [ouder dan] 65 jaar, **is trombo-embolie**. Daarbij vormen zich in de linkervoorkamer bloedklonters die via de hersenslagaders kunnen worden meegenomen naar de hersenen, waar zij een ischemisch CVA [=cerebrovasculair accident] veroorzaken" (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 6).

De negatieve gevolgen van VKF zijn talrijk. Niet alleen vermindert VKF de levenskwaliteit (vermoeidheid, kortademigheid, hartkloppingen, beperking van de dagelijkse activiteiten) bij 60% van de patiënten (Koull & Conus, 2023), maar VKF verhoogt ook het risico op een CVA. Men schat dat **VKF het risico op een CVA vijf keer verhoogt** (Hindricks, et al., 2020), **verantwoordelijk is voor 25% tot 30% van de ischemische CVA's** en de mortaliteit met 1,5 tot 3,5 keer verhoogt.

1.2. Een van de behandelingen: orale anticoagulantia

Om het risico op een beroerte substantieel te verminderen bij VKF, gebruikt men ofwel vitamine K-antagonisten (VKA), ofwel directe orale anticoagulantia (DOAC's). Opmerking: **beide behandelingen zijn vaak levenslang en veroorzaken bijwerkingen**, voornamelijk hersen- en gastro-intestinale bloedingen.

VKA waren lange tijd de standaardbehandeling voor de aanpak van veneuze trombo-embolische aandoeningen en de preventie van beroertes bij patiënten met VKF. **De werkzaamheid van de VKA is erkend: het risico op een beroerte wordt met twee derde verminderd en het sterfterisico met een kwart** (Capiau, et al., 2021; Scavée, 2019). Een ander voordeel van VKA is hun werkingsduur: een patiënt·e blijft beschermd, zelfs als een dosis wordt vergeten (Van Brabandt, et al., 2016a; Scavée, 2019).

Toch is de behandeling niet eenvoudig. Regelmatige bloedtesten zijn nodig om de bloedstolling te monitoren, gemeten via een parameter genaamd INR (*International Normalised Ratio*). Het doel is om de dosis aan te passen om de INR-waarde zo veel mogelijk tussen 2 en 3 te houden (minstens 70% van de tijd). Als de INR-waarde lager is dan 2, neemt het risico op een ischemische beroerte toe; als deze hoger is dan 3, neemt het bloedingsrisico toe. Een ander nadeel: talrijke interacties met andere geneesmiddelen ondermijnen de werkzaamheid van de behandeling. Hetzelfde geldt voor interacties met bepaalde voedingsmiddelen, vandaar dat er dieetbeperkingen zijn.

DOAC's[2] werden in België geïntroduceerd vanaf 2009, om trombo-embolische incidenten na orthopedische chirurgie te voorkomen. Vanaf 2012 werd hun terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering (VP) uitgebreid tot de preventie van beroertes bij patiënten met niet-valvulaire VKF. Hun belangrijkste voordeel is dat ze geen frequente bloedstollingstesten vereisen zoals VKA, wat de levenskwaliteit van patiënten verbetert. Anderzijds werken DOAC's 'snel': hun effect is op minder dan een dag omkeerbaar na het stoppen van de inname. **Strikte therapietrouw is daarom noodzakelijk**. "Wanneer de patiënt·e één dosis DOAC overslaat, wordt die reeds blootgesteld aan een verhoogd trombo-embolisch risico, wat niet het geval is voor VKA" (RIZIV, 2017, p. 23). Er zijn geen gekende problemen met voedselinteracties, maar men moet wel alert blijven voor medicatie-interacties (Van Brabandt, et al., 2016a; Scavée, 2019). Ten slotte hebben gerandomiseerde klinische studies aangetoond dat "DOAC's in het algemeen even doeltreffend als VKA zijn voor de preventie van ischemische CVA's. Wat de veiligheid betreft, is het risico op hersenbloedingen significant kleiner voor DOAC's, al is het verschil in absolute cijfers zeer klein […]. Voor bloedingen in het maagdarmkanaal scoren DOACs in standaarddoses gemiddeld iets minder goed […]" (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 9).

Bij levensbedreigende bloedingen of wanneer een invasieve of spoedoperatie nodig is, moet de werking van het anticoagulans geneutraliseerd worden. Dan dient men een 'antidotum' toe, specifiek voor het gebruikte anticoagulans. In dit opzicht hebben DOAC's een nadeel: momenteel wordt in België slechts één antidotum terugbetaald door de VP, en dat werkt specifiek tegen dabigatran (één van de vier beschikbare DOAC's) (Scavée, 2019).

1 Plotselinge verergering van symptomen van hartfalen.

2 In de literatuur worden verschillende benamingen en acroniemen gebruikt om deze klasse geneesmiddelen aan te duiden: nieuwe orale anticoagulantia of NOAC (*Non-vitamin K antagonist Oral Anti-Coagulants*); DOAC (*Direct Oral Anti-Coagulants*).

DOAC's worden vaak de voorkeursbehandeling voor patiënten met niet-valvulaire VKF die in aanmerking komen voor orale anticoagulantia (RIZIV, 2017). Ze worden niet aanbevolen bij valvulaire VKF (dat wil zeggen bij één of andere vorm van hartkleplijden of na het plaatsen van een kunsthartklep). In deze situatie (en ook in geval van nierinsufficiëntie) blijven VKA de standaard orale anticoagulantia (Van Brabandt, et al., 2016a). Om het type anticoagulans te bepalen, "**wordt de keuze geval per geval gemaakt, rekening houdend met verschillende elementen zoals het beroerterisico** (het gebruik van anticoagulantia bij patiënten zonder trombo-embolische risicofactoren wordt momenteel niet aanbevolen) **en het bloedingsrisico** (dosisaanpassing). Deze twee elementen worden voorafgaand aan het voorschrijven geëvalueerd. Bij de keuze van de arts moet ook rekening worden gehouden met de aanwezigheid van aandoeningen van de hartkransslagaders, de leeftijd en het gewicht van de patiënt·e, de nierfunctie, de voorkeur voor een bepaalde molecule (eenmalige inname of tweemaal per dag) en het begrip van de behandeling door de patiënt·e dat bepalend is voor de therapietrouw" (Scavée, 2019, p. 279, eigen vertaling).

1.3. Evolutie van het gebruik van en de uitgaven voor orale anticoagulantia

Met de komst van de DOAC's, is het gebruik van orale anticoagulantia aanzienlijk toegenomen. Een meta-analyse van 21 observationele studies, met ongeveer 10 miljoen mensen met VKF, toont aan dat "het wereldwijde aandeel gebruikers van orale anticoagulantia onder patiënten met VKF die in aanmerking komen voor deze medicatie bijna verdubbeld is, van 42% in 2010 tot 78% in 2018, door een aanzienlijke toename van DOAC-gebruikers, terwijl het aandeel VKA-gebruikers slechts licht is gedaald. [...] In 2017 was de prevalentie[3] van DOAC-gebruikers wereldwijd hoger dan die van VKA-gebruikers, terwijl op het vlak van incidentie de DOAC-gebruikers de VKA-gebruikers al in 2014 hadden ingehaald" (Grymonprez, Simoens, Steurbaut, De Backer & Lahousse, 2022b, p. 894, eigen vertaling).

Voor België beschikken we over gedetailleerde gegevens die deze algemene trend goed weergeven. Een studie die de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) en de Minimale Klinische Gegevens (een ziekenhuisdatabank met onder andere diagnostische gegevens bij ontslag) combineert, identificeert mensen van 45 jaar en ouder met VKF die minstens één keer orale anticoagulantia hebben gebruikt in de periode 2013-2019: "de prevalentie van het gebruik van orale anticoagulantia steeg van 337 naar 435 gebruikers per 10.000 mensen van 45 jaar en ouder tussen 2013 en 2019 (een stijging van 29,1%), door een toename van het gebruik van DOAC's (van 86 naar 351 gebruikers per 10.000 mensen; van 25,5% naar 80,6% van de gebruikers van orale anticoagulantia), terwijl de prevalentie van VKA-gebruik daalde (van 251 naar 84 gebruikers per 10.000 mensen). De prevalentie van DOAC-gebruik was vanaf juli 2015 hoger dan die van VKA" (Grymonprez et al., 2023a, p. 1.365, eigen vertaling). Bovendien is de prevalentie van het gebruik van orale anticoagulantia hoger bij mannen dan bij vrouwen, en bij 75-plussers dan bij mensen jonger dan 75.

Verschillende RIZIV-rapporten meten de evolutie van het aantal gebruikers van orale anticoagulantia afgeleverd door openbare apotheken (Farmanet-databank). In 2011 waren er ongeveer 200.000 behandelde patiënten, in 2023 zijn dat er bijna 404.000, oftewel 3,5% van de mensen die door de VP worden gedekt (RIZIV, 2017 en 2024). Dit percentage varieert afhankelijk van het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut)[4] (in 2023 respectievelijk 4,2% en 3,3%), en van het geslacht (in 2023: mannen 4,3%; vrouwen 2,7%).

Wat de bruto uitgaven betreft[5] ten laste van de VP, is de toename spectaculair. Ze stegen van 54 miljoen euro in 2013 tot 260 miljoen euro in 2023 (RIZIV, 2016, 2017 en 2024a). Deze stijging is te wijten aan verschillende factoren: meer patiënten met VKF worden behandeld dan vroeger (RIZIV, 2017, p. 24), onder andere door de "evolutie in de internationale richtlijnen die de indicaties van anticoagulantia geleidelijk hebben uitgebreid" (Van Brabandt et al., 2016a, p. 14), maar vooral door **de veel hogere eenheidsprijzen van de DOAC's ten opzichte van VKA**. Het RIZIV stelt vast

3 De prevalentie is het percentage gevallen van een bepaalde gebeurtenis (bijvoorbeeld een bepaalde behandeling volgen, aan een ziekte lijden) binnen een populatie op een bepaalde datum of in een bepaalde periode. De prevalentie houdt rekening met zowel oude als nieuwe gevallen. De incidentie houdt alleen rekening met nieuwe gevallen tijdens een bepaalde periode.

4 Dit sociaal statuut geeft recht op hogere terugbetalingen door de VP. Het wordt toegekend aan huishoudens met een laag inkomen (onder een bepaald inkomensplafond).

5 Het gaat om bruto uitgaven. Inderdaad, de DOAC's "worden vergoed via een overeenkomst tussen het farmaceutisch bedrijf en het [RIZIV]. De cijfers die hier worden getoond zijn de cijfers gebaseerd op de lijstprijs. De werkelijke kosten voor het RIZIV zijn vertrouwelijk en worden berekend op basis van de terugstortingen die door de overeenkomst worden geregeld" (RIZIV, 2021).

dat in 2023 de uitgaven per DDD[6] variëren van 0,28 euro tot 0,34 euro voor VKA. Voor de DOAC's variëren de uitgaven per DDD van 2,26 euro tot 2,93 euro, dus 7 tot 10 keer meer dan voor VKA. Het aandeel van het volume in DDD van DOAC's in het totale volume van orale anticoagulantia, afgeleverd door openbare apotheken, is in tien jaar enorm gestegen: van minder dan 40% in 2013 tot meer dan 90% in 2023 (RIZIV, 2024a). Het is duidelijk dat de DOAC's verantwoordelijk zijn voor de groei van de uitgaven.

1.4. Persistentie en adherentie

Zoals eerder vermeld, **is het cruciaal dat patiënten hun behandeling correct volgen**. Dit betekent dat ze de behandeling niet vroegtijdig stopzetten (persistentie) en dat ze het behandelingsplan (innamefrequentie, dosering) zoals voorgeschreven door hun arts goed naleven (adherentie).

Tabel 1: Enkele studies rond persistentie en adherentie bij behandeling met orale anticoagulantia

Land	Onderzochte populatie	Methode	Resultaten
Analyse op basis van **door patiënten gerapporteerde informatie**			
België (Smet, et al., 2018)	Honderdtal patiënten met VKF, behandeld met radiofrequente ablatie en daarna **DOAC** (85%) of VKA (13%).	**Vragenlijst** bij controlebezoek (3 maanden na ingreep), berekening van score voor **adherentie**.	Bijna 72,4% had een hoge score voor **adherentie**, 23,5% een gemiddelde score, 4,1% een lage score.
Nederland (Toorop, et al., 2020)	1.400 patiënten uit drie anticoagulatieklinieken, overgestapt van VKA naar DOAC (VKF was bij 76% de voornaamste indicatie voor de behandeling).	**Vragenlijst** per post	**Persistentie**: 94%. **Adherentie**: 86%.
Analyse op basis van **werkelijke afleveringsgegevens** over geneesmiddelen			
België (Grymonprez, et al., 2022a)	280.000 patiënten, ≥45 jaar met niet-valvulaire VKF, en minstens één keer gebruik van orale anticoagulantia tussen 2013-2019.	**Persistentie**: evaluatie volgens Kaplan-Meier-methode	**DOAC**: 69,6% was persistent na 1 jaar, 59,4% na 2 jaar, 44,3% na 5 jaar. **VKA**: 37,2% was persistent na 1 jaar, 29,4% na 2 jaar, 18,9% na 5 jaar.
		Adherentie: gemeten aan de hand van de proportie van het **aantal gedekte dagen** (*proportion of days covered* – PDC), namelijk het aantal dagen dat gedekt is door de afleveringen tijdens een bepaalde periode gedeeld door het totale aantal dagen van die periode.	**DOAC**: gemiddelde PDC bedraagt 97% (over een jaar). Ongeveer 81% heeft een PDC van meer dan 95%, 9% een PDC tussen 90% en 95% en 10% een PDC van minder dan 90% (deze PDC-waarde wordt als slecht beschouwd vanwege een verhoogd risico op trombo-embolie en mortaliteit).
Frankrijk (Fuchs, Spinewine, Zerah, & Henrard, 2025)	1.358 patiënten met niet-valvulaire VKF, gestart met DOAC-behandeling.	Analyse van '*real world*'-databank (combinatie van diagnoses en voorschriften van panel van huisartsen en specialisten).	**Persistentie**: 30% stopzetting van de behandeling na een jaar wanneer gekeken wordt naar een onderbreking in de aflevering van geneesmiddelen van gedurende minstens 30 dagen (23% bij een onderbreking van minstens 60 dagen). **Adherentie**: Het percentage patiënten met een PDC van minder dan 80% (90%) bedraagt 24% (33%) over een jaar. Patiënten met een PDC van minder dan 80% worden beschouwd als niet-adherente.

6 "DDD is de afkorting van de Engelse uitdrukking *defined daily dose,* of letterlijk: gedefinieerde dagelijkse dosis. Deze wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor zijn belangrijkste indicatie bij volwassenen. […] De DDD wordt toegekend door een bureau van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie [WHO] voor elke werkzame stof die behoort tot de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van werkzame stoffen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457, eigen vertaling).

In de literatuur worden deze twee aspecten op verschillende manieren onderzocht: via vragenlijsten aan patiënten of door analyse van reële gegevens (zoals facturatie- of voorschriftgegevens).

In tabel 1 worden de resultaten van enkele studies samengevat, uitgevoerd in België, Nederland en Frankrijk. Ondanks de verschillen in methode, blijkt dat de persistentie bij een behandeling met DOAC's relatief hoog is en veel beter dan bij een behandeling met VKA. Toch is het percentage patiënten dat hun behandeling stopzet, zelfs bij DOAC,'s niet te verwaarlozen (bijna 30% stopzetting na één jaar in België en Frankrijk). Wat betreft de adherentie bij DOAC's, tonen de resultaten ook aan dat een niet te verwaarlozen deel van de patiënten onvoldoende adherentie vertoont (van 10% tot 24%, respectievelijk in België en Frankrijk).

1.5. Veiligheid

Ongeacht het type toegediende orale anticoagulans, **zijn de bloedingsrisico's reëel en zeker niet te verwaarlozen**. "In gerandomiseerde klinische studies is de incidentie van ernstige bloedingen[7] relatief laag en varieert tussen 2-3% per jaar bij patiënten die anticoagulantia krijgen voor VKF of een trombo-embolische aandoening. [...] Buiten het gecontroleerde kader van klinische studies is het moeilijker om de opvolging van anticoagulatie in de ambulante geneeskunde te garanderen. Observationele studies tonen aan dat de jaarlijkse bloedingsincidentie bij [in kader van klinische studies] niet-geselecteerde patiënten, bij wie de orale anticoagulatie wordt opgevolgd door hun huisarts, rond de 6% ligt" (Cosma Rochat, Waeber, Lamy & Aujesky, 2007, p. 2461, eigen vertaling).

Het bloedingsrisico kan nog hoger zijn voor bepaalde patientengroepen. Veel factoren spelen een rol. Bijvoorbeeld, het overstappen van een behandeling met VKA naar DOAC bij **fragiele oudere patiënten** (≥ 75 jaar) **die lijden aan VKF** kan tot meer bloedingen leiden dan een continue behandeling met VKA (15,3% versus 9,4%), zonder dat het aantal trombo-embolische gebeurtenissen daalt (Joosten et al., 2024).

Een andere risicogroep betreft **patiënten met polyfarmacie** (5 of meer geneesmiddelen). Een Belgische studie bij 255.000 patiënten met VKF toont aan dat polyfarmacie bij 66% van hen voorkomt. Polyfarmacie verhoogt het risico op sterfte, trombo-embolische gebeurtenissen en bloedingen. Voor patiënten met polyfarmacie tonen DOAC's een beter baten-risicoprofiel dan VKA (Grymonprez, Petrovic, De Backer, Steurbaut & Lahousse, 2023b).

2. Methode

2.1. Selectie van geneesmiddelen

In deze studie hebben we alle orale anticoagulantia geselecteerd die in België beschikbaar zijn (zie Tabel 2), geïdentificeerd via hun ATC-code[8] op niveau 5 (die de werkzame stof aanduidt). Voor de CM-leden (zowel Vlaamse, Franstalige als Duitstalige) zijn alle facturatiegegevens voor deze farmaceutische specialiteiten tussen 2008 en 2023 samengebracht. Deze specialiteiten werden terugbetaald door de VP en afgeleverd zowel in openbare als in ziekenhuisapotheken.

Tabel 2: Geselecteerde orale anticoagulantia

Groep orale anticoagulantia	ATC5	Werkzame stof
Vitamine K-antagonisten (VKA)	B01AA03	warfarine
	B01AA04	fenprocoumon
	B01AA07	acenocoumarol
Directe orale anticoagulantia (DOAC)	B01AE07	dabigatran etexilaat
	B01AF01	rivaroxaban
	B01AF02	apixaban
	B01AF03	edoxaban

7 Definitie: fatale, intracraniële of retroperitoneale bloeding of bloeding die transfusies of ziekenhuisopname vereist.

8 Voor meer informatie over de ATC-classificatie, zie: Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2.2. Beschrijvende analyses

2.2.1. Prevalentie

Dankzij de facturatiegegevens kunnen we elk jaar de CM-leden identificeren die minstens één terugbetaalde geneesmiddelenverpakking[9] uit tabel 2 hebben ontvangen. Zo kunnen we de prevalentie berekenen, dat wil zeggen het aandeel gebruikers van orale anticoagulantia ten opzichte van alle CM-leden. Met andere woorden: we meten hoeveel mensen, onder alle leden, deze geneesmiddelen in een bepaald jaar hebben gebruikt.

Deze prevalentie wordt vervolgens geanalyseerd volgens verschillende criteria: leeftijd, geslacht, VT-statuut en regio. Om de prevalentie volgens één criterium vergelijkbaar te maken, passen we een directe standaardisatie toe ten opzichte van de andere criteria. Bijvoorbeeld: wanneer we regio's vergelijken, neutraliseren we het effect van de drie andere criteria (leeftijd, geslacht en VT-statuut) binnen de regio's. Als er regionale verschillen zijn in het gebruik van orale anticoagulantia, kunnen die dus niet worden toegeschreven aan een ongelijke verdeling volgens leeftijd, geslacht en VT-statuut binnen de regio's.

2.2.2. De *starters* en de *switchers*

Onder de mensen die orale anticoagulantia gebruiken, identificeren we de *starters*, dat wil zeggen de personen die:

- een behandeling met orale anticoagulantia zijn gestart;
- en voor wie er in de drie jaar voorafgaand aan het eerste terugbetaalde voorschrift geen terugbetaling van dergelijke geneesmiddelen werd geregistreerd.

Met andere woorden: een *starter* is iemand die echt begint met een behandeling met orale anticoagulantia, zonder recent terugbetaald gebruik van deze geneesmiddelen.

We hebben onder de CM-leden het aantal *starters* berekend tussen 2011 en 2023. We starten vanaf 2011 om te kunnen nagaan of voor elke *starter* het criterium van drie jaar zonder terugbetaling is vervuld.

Voor elke *starter* keken we naar:

- het startjaar van de behandeling;
- het type anticoagulans bij de start (DOAC of VKA);
- en de evolutie van de behandeling in de tijd, om te bepalen of deze ongewijzigd bleef of niet.

Deze derde analyse laat ons toe de *switchers* te identificeren, dat wil zeggen de personen die tijdens de bestudeerde periode van type anticoagulans zijn veranderd (van VKA naar DOAC, of omgekeerd), tussen het jaar van de start van de behandeling en 2023, of tot hun eventueel overlijden in die periode.

2.2.3. Diagnostische informatie

De **directe orale anticoagulantia** (DOAC's) zijn geneesmiddelen die onderworpen zijn aan een bijzondere terugbetalingsprocedure, het zogenaamde **'hoofdstuk IV'**[10]. Dit betekent dat, om in aanmerking te komen voor terugbetaling, een **voorafgaande toestemming** moet worden verleend door een **adviserend arts** van de mutualiteit. Deze procedure heeft tot doel het gebruik van bepaalde dure of specifieke geneesmiddelen te reguleren, door ervoor te zorgen dat ze enkel worden terugbetaald in duidelijk omschreven medische situaties.

Elk geneesmiddel dat onder 'hoofdstuk IV' valt, is gekoppeld aan een **'paragraaf'** die precies beschrijft onder welke **medische voorwaarden** de terugbetaling is toegestaan. Deze paragrafen maken het dus mogelijk om de **klinische motivatie** voor het voorschrijven te kennen. Bijvoorbeeld, **paragraaf 6270000** betreft specialiteiten op basis van **dabigatran** die worden voorgeschreven met het oog op de **preventie van een cerebrovasculair accident** (CVA) en **systemische embolie** (SE) bij volwassenen met **niet-valvulaire VKF**.

Dankzij deze informatie kunnen we een verdeling maken van de **diagnoses die gekoppeld zijn aan de aanvragen voor toestemming voor DOAC's**. Zo kunnen we onder andere patiënten met niet-valvulaire VKF nauwkeurig identificeren, een doelgroep die centraal staat in deze studie.

Opmerking: een dergelijke analyse is niet mogelijk voor **vitamine K-antagonisten** (VKA), omdat deze geneesmiddelen **niet onder 'hoofdstuk IV' vallen**: hun terugbetaling vereist geen voorafgaande toestemming, waardoor het

9 Het gaat om een verpakking van geneesmiddelen, die één of meerdere eenheden (bijvoorbeeld tabletten) kan bevatten.

10 Meer concreet gaat het om hoofdstuk IV van de 1ste bijlage bij het Koninklijk Besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten (B.S., 15/03/2018).

niet mogelijk is om hun gebruik direct aan een specifieke diagnose te koppelen.

2.2.4. Informatie over bloedings- en/of trombotische incidenten

Zoals de literatuur aangeeft, is het bloedingsrisico reëel bij het gebruik van orale anticoagulantia. Bovendien, ook al wordt het trombotische risico door deze behandelingen verminderd, het wordt niet volledig uitgesloten. In de literatuur zijn er weinig observationele studies over het optreden van deze twee soorten incidenten bij patiënten behandeld met orale anticoagulantia. Daarom proberen we een verkennende benadering met behulp van de beschikbare gegevens bij de mutualiteiten.

Hoe kunnen bloedings- en trombotische incidenten worden opgespoord? Dankzij de informatie die wordt uitgewisseld tussen mutualiteiten en ziekenhuizen bij een hospitalisatie, beschikken we over diagnostische gegevens, geregistreerd als vrije tekst. Op basis van specifieke trefwoorden **kunnen we patiënten identificeren die zijn opgenomen in het ziekenhuis vanwege bloedings- of trombotische incidenten**.

We beperken de analyse tot één specifieke indicatie: **niet-valvulaire VKF** De onderzoekspopulatie bestaat uit de *starters* (en niet de *switchers*) van de jaren 2012 en 2013 die voldoen aan de voorwaarden in tabel 3. Daarnaast sluiten we personen uit met een onregelmatige behandeling (met een onderbreking van minstens één jaar tussen twee afleveringen, zie Figuur 2). Zo komen we tot een populatie van 27.176 personen.

Voor al deze personen bekijken we in hoeverre ze zijn opgenomen in het ziekenhuis vanwege een bloeding of trombose gedurende een opvolgperiode van negen jaar[11]. Als er meerdere ziekenhuisopnames in aanmerking komen, selecteren we de eerste. Bovendien houden we geen rekening met patiënten voor wie de geselecteerde ziekenhuisopname plaatsvond na de behandelingsperiode met orale anticoagulantia (meer dan een jaar na het jaar van stopzetting van de behandeling). Uiteindelijk omvat de onderzochte populatie 26.153 personen (14.033 behandeld met VKA; 12.120 met DOAC's).

Het risico op het optreden van een bloedings- of trombotisch incident wordt vervolgens gemeten door het aandeel patiënten bij wie het incident zich heeft voorgedaan te berekenen ten opzichte van het totale aantal beschouwde patiënten.

Ter vergelijking doen we hetzelfde voor een **controlegroep**. Dit zijn personen met vergelijkbare kenmerken als de hierboven beschreven patiënten (per cohort: dezelfde leeftijdsklasse, hetzelfde geslacht, hetzelfde VT-statuut, dezelfde regio, al dan niet overleden tijdens de opvolgperiode), maar **die geen behandeling met orale anticoagulantia zijn gestart en deze nooit hebben gebruikt tijdens de opvolgperiode**. Om de controlegroep samen te stellen, hebben we willekeurig vijf vergelijkbare personen geselecteerd voor elke patiënt·e die behandeld werd met orale anticoagulantia (matching 1:5). Zo kunnen we het risico op hospitalisatie vanwege een bloeding of trombose bij degenen die behandeld worden met orale anticoagulantia vergelijken met dat in de controlegroep.

2.3. Analyse van de persistentie

De analyse van de persistentie bestaat erin na te gaan in welke mate personen die behandeld worden met orale anticoagulantia hun medicatie vroegtijdig stopzetten. De onderzochte populatie bestaat uit patiënten met **niet-valvulaire VKF**. De analysemethode is die van Kaplan-Meier. Hieronder beschrijven we deze methodologische punten verder.

2.3.1. Onderzochte populatie

De inclusie- en exclusiecriteria voor de patiënten die deel uitmaken van de onderzochte populatie staan in tabel 3. Het doel is om deze populatie te beperken tot mensen met niet-valvulaire VKF die een behandeling van voldoende duur krijgen (we willen te korte behandelingen vermijden). Omdat de meest recente beschikbare gegevens voor deze persistentieanalyse betrekking hadden op 2023, selecteren we de *starters* van 2012, 2013 en 2014. Zo kunnen we voor elke cohort van *starters* een observatieperiode van negen jaar hanteren na het begin van de behandeling.

11 Op het moment dat deze studie werd uitgevoerd, waren de gegevens voor 2023 nog niet volledig. Daarom zijn de *starters* van het jaar 2014 niet in deze analyse opgenomen.

Tabel 3: Inclusie- en exclusiecriteria voor de persistentiestudie

Starters in 2012, 2013 en 2014	Voorwaarden
Directe orale anticoagulantia (DOAC's)	Personen die toestemming kregen van een adviserend arts voor de volgende paragrafen: 6270000, 6270100, 6270200, 6330000, 6330100, 6330200, 6660000, 6660100, 6660200, 8370000, 10220000
	De geselecteerde farmaceutische specialiteiten zijn: apixaban (2,5 en 5 mg), edoxaban (15, 30 en 60 mg), dabigatran etexilaat (110 en 150 mg), rivaroxaban (15 en 20 mg)
Vitamine K-antagonisten (VKA)	Uitsluiting van patiënten die de volgende prestaties kregen: 159132-159143, 159154-159165, 181775-181786 (klepoperatie); 159110-159121 (mechanische klep: *monoleaflet*); 612415-612426, 684736-684740 (hartklep)
Uitsluitingen	*Switchers* (patiënten die van anticoagulans veranderden: VKA naar DOAC of DOAC naar VKA); personen met afleveringen uit openbare en/of ziekenhuisapotheek, maar met een maximale behandelingsduur van 35 dagen

Onder de geselecteerde *starters* sluiten we de *switchers* uit, dus de personen die van type anticoagulans zijn veranderd na de start van de behandeling. We willen immers een duidelijke analyse van de persistentie per type anticoagulans (DOAC of VKA). Bij afwisseling tussen VKA en DOAC tijdens de behandeling kan men de analyseresultaten niet meer eenduidig aan een bepaald type orale anticoagulans toewijzen.

Om zeker te zijn dat we mensen met niet-valvulaire VKF selecteren, gaan we als volgt te werk:

- Voor *starters* onder DOAC beperken we ons tot personen met een terugbetalingstoestemming van hun adviserend arts in het kader van bepaalde 'paragrafen' van hoofdstuk IV, die duidelijk aangeven dat de aandoening waarvoor de medicatie wordt voorgeschreven niet-valvulaire VKF is.
- Voor *starters* onder VKA beschikken we niet over dit soort informatie. Omdat we onze analyse willen beperken tot de behandeling van niet-valvulaire VKF, sluiten we patiënten uit die prestaties hebben gekregen die wijzen op hartkleplijden.

Ten slotte, omdat de observatieperiode maximaal negen jaar bedraagt (na de start van de behandeling), moeten alle geselecteerde personen gedurende deze hele periode in de CM-databanken aanwezig zijn (of tot hun overlijden, indien dit binnen de negen jaar na de start van de behandeling valt).

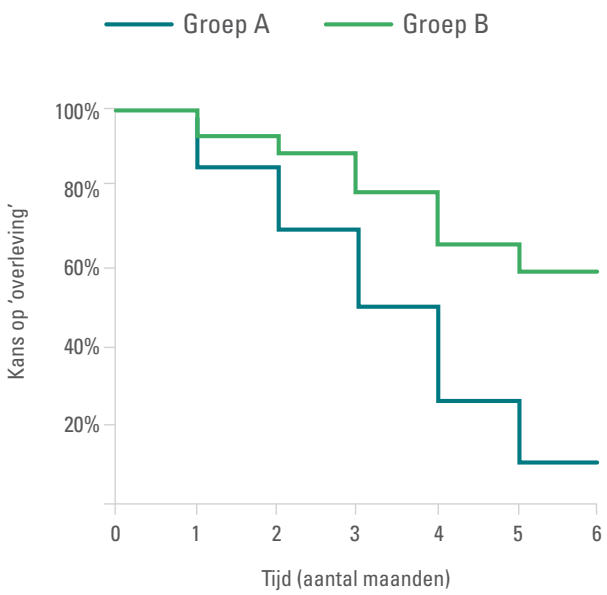
Uiteindelijk verkrijgen we een onderzoekspopulatie van 45.573 CM-leden die aan alle inclusie- en exclusiecriteria voldoen. Onder hen:

- 24.260 *starters* behandeld met DOAC (gemiddelde leeftijd: 76-77 jaar, 49% vrouwen, 32% VT);
- 21.313 *starters* behandeld met VKA (gemiddelde leeftijd: 68-70 jaar, 51% vrouwen, 30% VT).

2.3.2. Kaplan-Meier-curves

Voor de analyse van de persistentie gebruiken we de Kaplan-Meier-methode, waarmee zogenaamde overlevingscurves kunnen worden getekend. Dit type curve geeft de volgende informatie: uitgaande van een groep personen op tijdstip 'nul', hoeveel blijven er over op tijdstip 'één', op tijdstip 'twee', enz., rekening houdend met het eventueel optreden van een gebeurtenis van belang? Het algemene verloop van deze curves wordt geïllustreerd in figuur 1. Het zijn trappencurves waarbij de tijd op de horizontale as staat en de evolutie van het aandeel personen op de verticale as (startend bij 100% op tijdstip 'nul'). In de loop van de tijd kan men dan zien welk percentage personen 'overleeft' aan de gebeurtenis van belang (met andere woorden: bij wie de gebeurtenis nog niet is opgetreden). In het fictieve voorbeeld van figuur 1 blijft na zes maanden 10% van groep A over (blauwe lijn), 60% van groep B (groene lijn). Men kan dus zeggen dat de gebeurtenis van belang (welke dat ook is) vaker is opgetreden in groep A dan in groep B.

Figuur 1: Fictief voorbeeld van Kaplan-Meier-curves



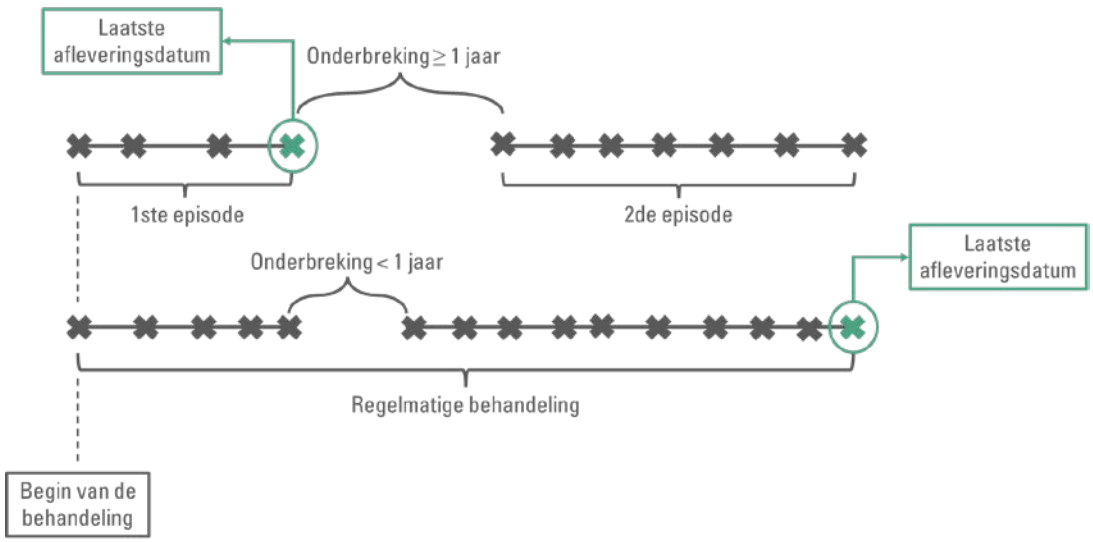
In het kader van onze studie gaat het erom **na te gaan in welke mate patiënten die een behandeling met orale anticoagulantia zijn gestart, hun behandeling volhouden in de loop van de tijd, dat wil zeggen deze niet voortijdig stopzetten.** Voor onze analyse is de 'gebeurtenis van belang' dus het voortijdig stopzetten van de behandeling, zonder dat deze stopzetting te wijten is aan het overlijden van de patiënt·e. Tijdstip 'nul' komt overeen met de startdatum van de behandeling.

De patiënten die deel uitmaken van de onderzochte populatie zijn hierboven beschreven en worden gedurende negen jaar gevolgd vanaf de startdatum van hun behandeling. Dit betekent dat voor de *starters* van 2012, 2013 en 2014 de einddatum van de studie respectievelijk 31/12/2021, 31/12/2022 en 31/12/2023 is. Sommige *starters* zijn tijdens deze opvolgperiode overleden. Uiteraard betekent overlijden het einde van de behandeling, maar we beschouwen dit niet als een voortijdige stopzetting, want bij een voortijdige stopzetting is de persoon nog in leven. Daarom wordt overlijden beschouwd als een 'censuur'-situatie (*censored*). Dit betekent dat de gebeurtenis van belang (voortijdige stopzetting van de behandeling) zich niet heeft voorgedaan tijdens de opvolgperiode. Evenzo worden patiënten die hun behandeling zonder onderbreking voortzetten tot na de einddatum van de studie (ongeacht wat er daarna gebeurt) ook als 'gecensureerd' beschouwd.

Om de Kaplan-Meier-methode toe te passen, moeten we de **stopzettingsdatum van de behandeling** voor elke patiënt·e bepalen. Dit gebeurt in twee stappen.

Eerst bepalen we de **laatste afleveringsdatum** van een verpakking orale anticoagulantia. Een behandeling kan continu (regelmatig) of discontinu zijn. We beschouwen een behandeling als regelmatig wanneer het interval tussen twee afleverdata minder dan een jaar bedraagt. In dat geval nemen we de laatste bekende afleverdatum van deze behandeling (zie Figuur 2). Bij een discontinue behandeling kunnen er meerdere episodes zijn: regelmatige afleveringen, gevolgd door een onderbreking van minstens een jaar, waarna de afleveringen hervatten. In het eerste geval in figuur 2 bestaat de behandeling uit twee episodes, gescheiden door een onderbreking van meer dan een jaar. In dergelijke situaties selecteren we de laatste afleverdatum van de **eerste episode** (latere episodes worden niet meegeteld).

Figuur 2: Selectie van de laatste afleveringsdatum



In een tweede stap berekenen we de **stopzettingsdatum van de behandeling** als volgt:

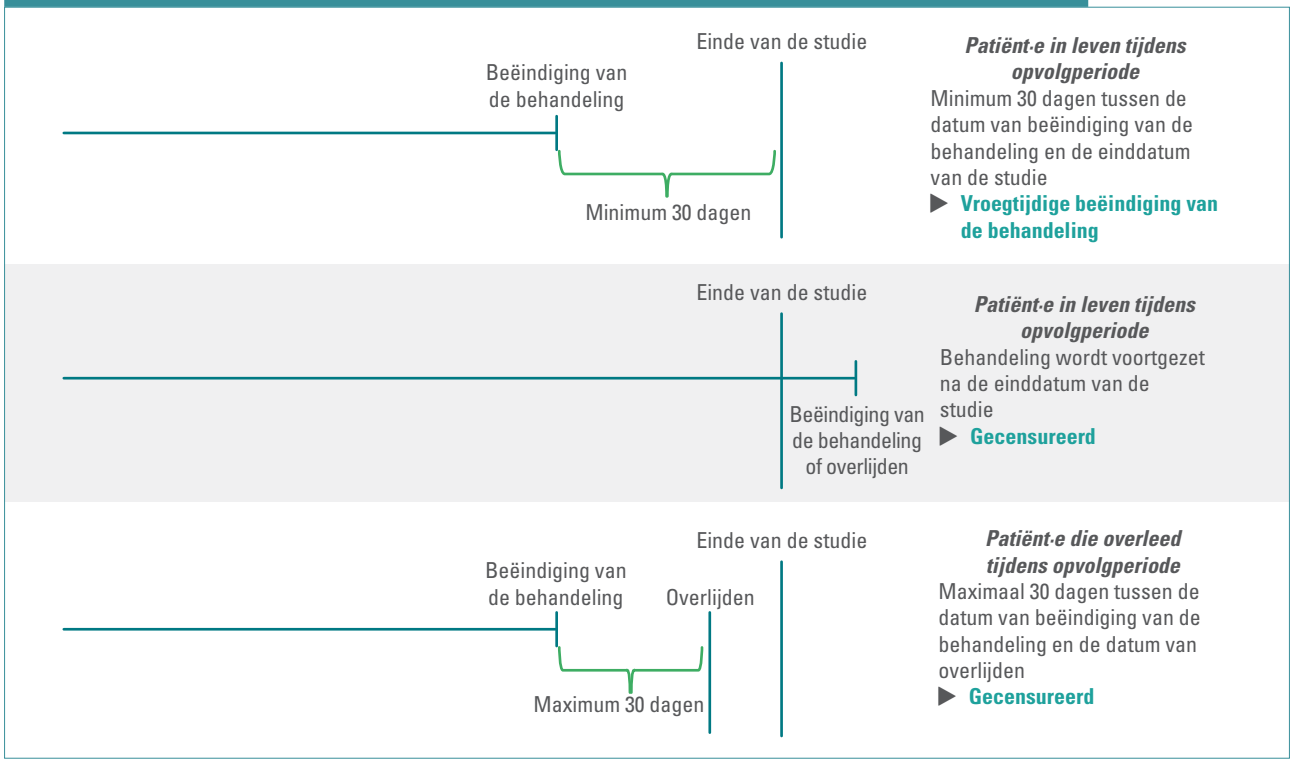
- Voor DOAC:
  Op de laatste afleverdatum berekenen we het aantal *tabletten* dat bij de afgeleverde verpakking hoort (elke verpakking bevat een bepaald aantal tabletten). Dit aantal tabletten wordt omgerekend naar het aantal dagen op basis van de volgende aannames:
  a) bij afleveringen van rivaroxaban of edoxaban gaan we uit van één tablet per dag;
  b) bij apixaban of dabigatran etexilaat gaan we uit van twee tabletten per dag (Van Brabandt et al., 2016b, p. 36).
  Na deze omzetting wordt het aantal dagen opgeteld bij de laatste afleverdatum, wat ons de stopzettingsdatum van de behandeling geeft.

- Voor VKA:
  We berekenen het aantal DDD dat bij de laatste afgeleverde verpakking hoort. Dit aantal wordt omgerekend naar het aantal dagen (per definitie: één dag = één DDD), dat we optellen bij de laatste afleverdatum.

Ten slotte moeten we verduidelijken hoe we een **vroegtijdige stopzetting van de behandeling** detecteren. We gaan er altijd van uit dat een behandeling met orale anticoagulantia een zeer langdurige, zelfs levenslange behandeling is. We beschouwen een beëindiging als vroegtijdig als er minstens 30 dagen zitten tussen de stopzettingsdatum en de einddatum van de studie (zie Figuur 3). Als de patiënt·e overlijdt vóór de einddatum van de studie en er maximaal 30 dagen zitten tussen de stopzettingsdatum en de overlijdensdatum, dan wordt deze situatie als gecensureerd beschouwd: ze kan niet worden gelijkgesteld aan een vroegtijdige beëindiging.

Zoals geïllustreerd in het fictieve voorbeeld van figuur 1, is het voordeel van dit type analyse dat men Kaplan-Meier-curves kan vergelijken voor verschillende groepen patienten. In ons geval, als de curve voor een bepaalde groep A (bijvoorbeeld patiënten onder DOAC) hoger ligt dan die voor groep B (bijvoorbeeld patiënten onder VKA), dan wijst dit erop dat de persistentie beter is (of dat vroegtijdige beëindiging minder frequent voorkomt) bij groep A dan bij groep B.

Figuur 3: Vroegtijdige beëindiging van de behandeling en censuratiesituaties



Zo kan men, afhankelijk van het type toegediend oraal anticoagulans (DOAC of VKA), zien welke groep patiënten sneller hun behandeling voortijdig stopzet. En voor eenzelfde type anticoagulans kan men verschillende patiëntengroepen vergelijken volgens de volgende analysecriteria: leeftijd, geslacht, VT-statuut, woonregio. Dit type analyse maakt het mogelijk om groepen patiënten te identificeren die meer risico lopen op voortijdige beëindiging van hun behandeling.

Om te controleren of de Kaplan-Meier-curves daadwerkelijk significant verschillen tussen verschillende patiëntengroepen, worden ook de 95%-betrouwbaarheidsintervallen rond elke curve getekend. Daarnaast berekenen we de waarde van de *Log-Rank-test*:

- Als de p-waarde van deze test kleiner is dan 5%, kan men zeggen dat de curves voor de verschillende patiëntengroepen significant verschillend zijn.

- Als de p-waarde groter is dan 5%, betekent dit dat de waargenomen curves niet verschillen, met andere woorden dat de gebeurtenis van belang zich even vaak voordoet in de verschillende patiëntengroepen (Koletsi & Pandis, 2017).

2.4. Analyse van de adherentie

De literatuur geeft duidelijk aan dat patiënten die met een DOAC worden behandeld, deze geneesmiddelen absoluut volgens de voorgeschreven regelmaat moeten innemen. Elke vergeten dosis verhoogt immers het risico op trombose.

De onderzochte populatie is die beschreven in punt 2.3.1, namelijk de 24.260 *starters* van 2012, 2013 en 2014, behandeld met DOAC en lijdend aan niet-valvulaire VKF. Dankzij de facturatiegegevens kunnen we nagaan in welke mate deze patiënten adherent zijn aan hun behandeling met een DOAC. De adherentie wordt gemeten aan de hand van de proportie gedekte dagen (*proportion of days covered*, PDC), dat wil zeggen het aantal dagen waarop de patiënten daadwerkelijk over de benodigde medicatie beschikken gedurende een bepaalde periode, gedeeld door het totale aantal dagen in die periode.

In onze studie gaan we als volgt te werk:

- De PDC wordt berekend per jaar, vanaf de startdatum van de behandeling tot en met het jaar waarin de laatste aflevering plaatsvond.

- Om het aantal gedekte dagen te bepalen, wordt rekening gehouden met het aantal beschikbare tabletten in de betreffende jaarperiode. Net als bij de persistentieanalyse, gaan we uit van de volgende aannames:
  a) rivaroxaban, edoxaban: één tablet per dag;
  b) apixaban, dabigatran etexilaat: twee tabletten per dag (Van Brabandt et al., 2016b, p. 36).

- Als voor een bepaald jaar X het aantal gedekte dagen (na omzetting van het aantal beschikbare tabletten naar dagen) groter is dan 365, wordt het overschot doorgeschoven naar jaar X+1 (dat wil zeggen dat tabletten die in jaar X zijn afgeleverd, in overschot zijn en dus beschikbaar voor het volgende jaar).

2.5. Beperkingen

Een eerste beperking is dat de analyses zijn uitgevoerd op basis van gegevens over geneesmiddelen die door de verplichte ziekteverzekering (VP) zijn terugbetaald. De mutualiteiten beschikken niet over informatie over geneesmiddelen die buiten indicatie worden afgeleverd (niet-terugbetaalbaar). Daardoor kan het gebruik van orale anticoagulantia onderschat zijn. Toch is het risico op onderschatting zeer klein: het RIZIV (2024a) schat het aandeel van afleveringen via openbare apotheken buiten de VP op 0,1% in 2023.

Een andere, belangrijkere beperking betreft de geneesmiddelen die worden terugbetaald en afgeleverd in openbare apotheken: we weten niet hoe ze daadwerkelijk door de patiënten worden gebruikt. We weten immers niet of ze daadwerkelijk door de patiënt·e zijn ingenomen, noch of een patiënt·e per dag meer (of minder) neemt dan een gedefinieerde dagelijkse dosis (DDD) of het theoretisch vereiste aantal tabletten volgens de terugbetalingsvoorwaarden. Ten slotte, als de dosering tijdens de behandeling om medische redenen wordt aangepast, weten we dat niet (bijvoorbeeld, de dosering wordt verlaagd bij nierinsufficiëntie, maar deze verlaging is dan geen inbreuk op de therapietrouw).

Voor de detectie van bloedings- en trombo-embolische incidenten zijn er verschillende beperkingen: we kennen de ernst noch de onderliggende oorzaak. Voor patiënten behandeld met orale anticoagulantia, betekent dit dat we geen causaal verband kunnen leggen tussen deze incidenten en de behandeling met orale anticoagulantia. We zijn ook afhankelijk van de kwaliteit van de diagnostische informatie die door de ziekenhuizen wordt verstrekt.

Bovendien hebben we geen informatie over bloedingen en tromboses waarvoor geen hospitalisatie heeft plaatsgevonden.

Afgezien van de diagnostische informatie gekoppeld aan afleveringen van geneesmiddelen die onder de 'hoofdstuk IV'-procedure vallen of afkomstig zijn van ziekenhuizen (voor de detectie van bloedings- en trombo-embolische incidenten), beschikken we niet over andere parameters of klinische informatie voor de onderzochte patiënten. Daardoor kunnen we geen reden geven voor het stopzetten van de behandeling. Er kunnen goede klinische redenen zijn voor deze stopzetting, maar die kennen we niet. Een voortijdige beëindiging is niet noodzakelijk een bewuste keuze van de patiënt·e.

3. Resultaten

3.1. Beschrijvende analyses

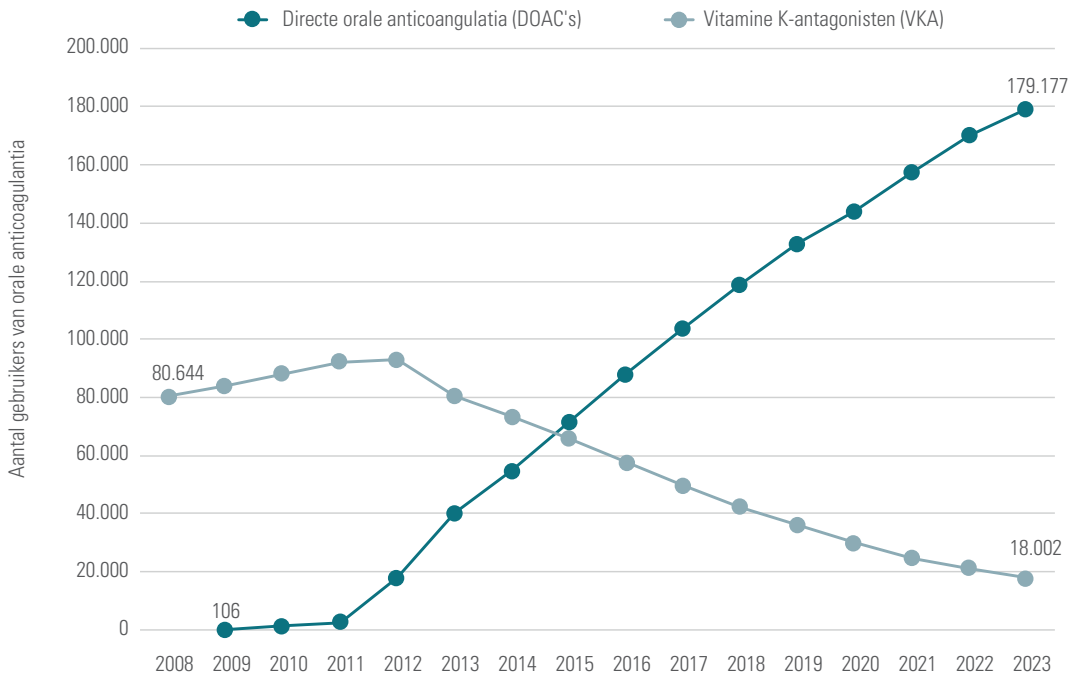
3.1.1. Evolutie van het aantal gebruikers van orale anticoagulantia

In 2008 tellen we ongeveer 81.000 CM-leden onder behandeling met VKA. Dit aantal stijgt tot 2012 en daalt daarna geleidelijk. In 2023 zijn er nog 18.000 CM-patiënten onder VKA (zie Figuur 4).

Sinds 2009 zijn DOAC's beschikbaar in België, maar tot 2011 bleef het aanbod beperkt, met enkel enkel dabigatran (75 mg en 110 mg) en rivaroxaban (10 mg, verpakking beperkt tot 10 tabletten). In 2012-2013 is het aanbod DOAC's aanzienlijk uitgebreid met de komst van apixaban, rivaroxaban (15 mg en 20 mg) en dabigatran (150 mg). Sindsdien groeit het aantal mensen dat een DOAC gebruikt voortdurend. In 2023 zijn er bijna 179.000 CM-leden onder DOAC's.

In totaal is tussen 2008 en 2023 het aantal gebruikers van orale anticoagulantia (DOAC of VKA) 2,4 keer toegenomen. Dit komt neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal behandelde personen met orale anticoagulantia van ongeveer 6% per jaar. De dominantie van de DOAC's is groot: in 2023 neemt bijna 91% van de behandelde personen een DOAC.

Figuur 4: Evolutie van het aantal CM-leden dat orale anticoagulantia gebruikt in de periode 2008-2023 volgens het type anticoagulans (Bron: CM)



3.1.2. Prevalentie van gebruikers van orale anticoagulantia

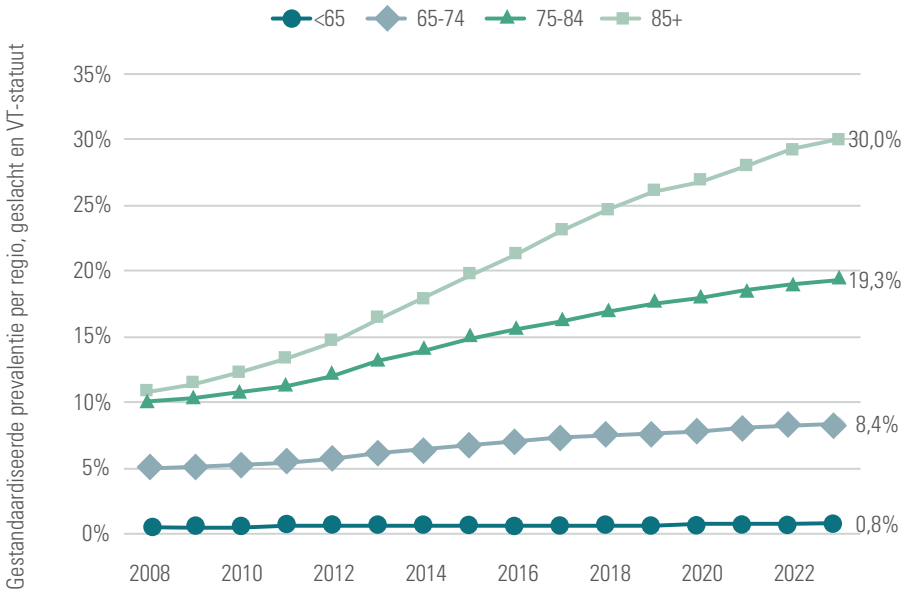
In het algemeen is de prevalentie van gebruikers van orale anticoagulantia onder de CM-leden sterk gestegen: van 1,8% in 2008 tot 4,3% in 2023, wat de toename van het aantal gebruikers weerspiegelt. Het is interessant om deze prevalentie te berekenen volgens verschillende analysecriteria, zoals leeftijd, regio, geslacht en VT-statuut (zie Figuur 5).

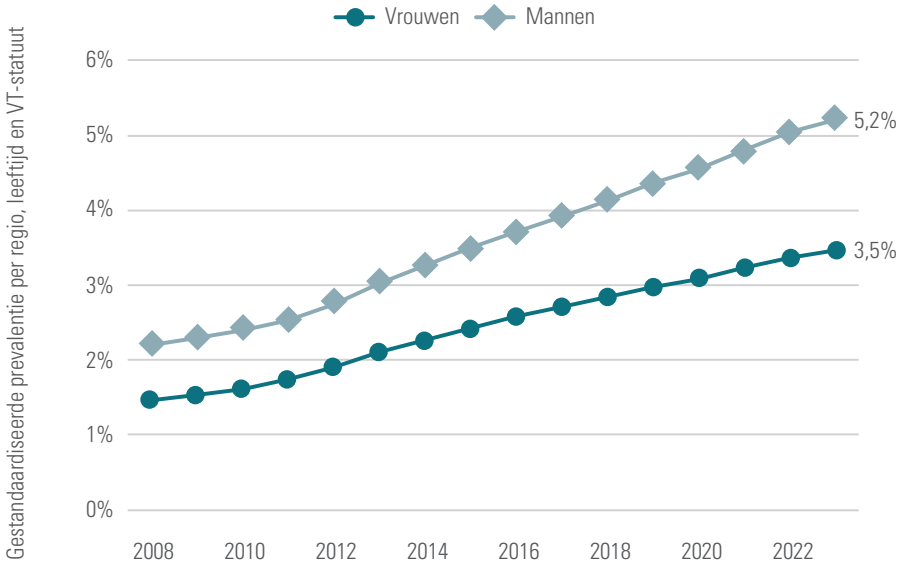
- **Leeftijd is een doorslaggevende factor**. Terwijl de prevalentie marginaal (en stabiel) is bij mensen jonger dan 65 jaar (<1% van 2008 tot 2023), is ze zeer hoog (en snel stijgend) bij 85-plussers (11% in 2008 en 30% in 2023). In 2023 bedraagt de prevalentie voor 65-74-jarigen en 75-84-jarigen respectievelijk 8% en 19%.
- **Er zijn geen grote verschillen tussen de drie regio's van het land.** Toch is de prevalentie in Vlaanderen (4,4%) hoger dan in Wallonië (4,0%) en Brussel (3,6%). Voor deze laatste twee regio's was de prevalentie tot 2016 vrijwel identiek, maar sindsdien is die van Wallonië hoger dan die van Brussel.
- **De prevalentie bij mannen is hoger dan bij vrouwen:** in 2023 respectievelijk 5,2% en 3,5%. Bovendien lijkt dit verschil toe te nemen in de loop van de tijd.
- **Het recht op verhoogde tegemoetkoming heeft ook invloed op de prevalentie.** Deze is hoger bij diegenen met VT-recht (5,1% in 2023) dan bij diegenen zonder dit recht (4,1% in 2023).
- Alle in 2023 berekende prevalenties zijn significant verschillend van elkaar ($p<0,05$)

3.1.3. De *starters* en de *switchers*

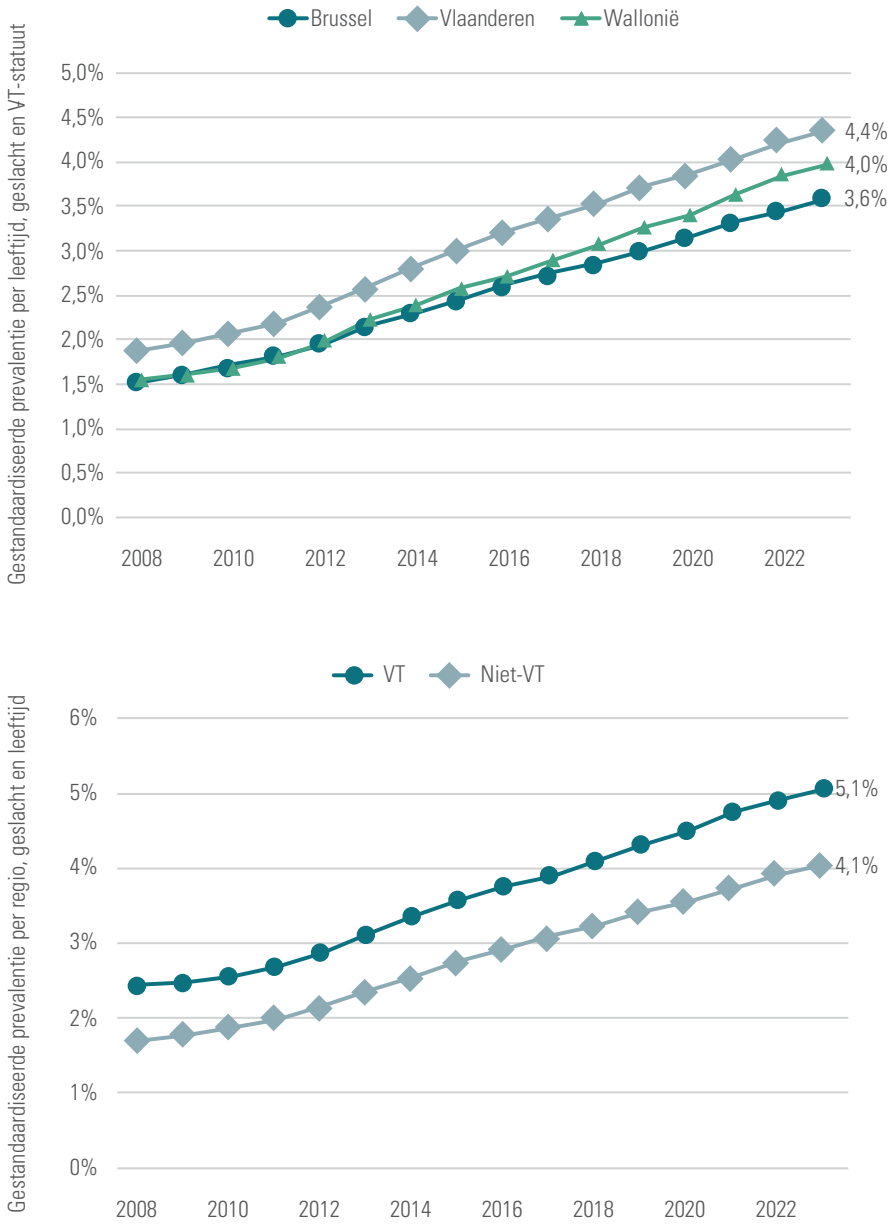
Onder de CM-leden neemt het aantal personen dat een behandeling met orale anticoagulantia is gestart, toe: van bijna 22.000 in 2011 tot iets minder dan 34.000 in 2023 (zie Tabel 4). Het aandeel *starters* dat met een DOAC werd behandeld en nooit van type anticoagulans veranderde, bedraagt 59% in 2013 (startjaar van de behandeling) en stijgt snel tot 96% in 2023.

Figuur 5: **Evolutie van de prevalentie (directe standaardisatie) van CM-leden die orale anticoagulantia hebben gebruikt in de periode 2008-2023 volgens leeftijd, geslacht, regio en VT-statuut (Bron: CM)**





Figuur 5: Evolutie van de prevalentie (directe standaardisatie) van CM-leden die orale anticoagulantia hebben gebruikt in de periode 2008-2023 volgens leeftijd, geslacht, regio en VT-statuut (Bron: CM)



Het aantal *switchers*, dus personen bij wie de behandeling is aangepast (door te veranderen van type anticoagulans: van VKA naar DOAC of omgekeerd), daalt voortdurend. Ten opzichte van het aantal *starters* in 2011, is het aandeel *switchers* 32%. Voor de *starters* van 2023 is dit aandeel minder dan 1%. Over de hele bestudeerde periode (2011-2023) is 74% van de *switchers* overgestapt van VKA naar DOAC. Als we specifiek kijken naar de periode 2011-2016 (bijna 80% van de gedetecteerde *switchers*), is dit aandeel 82%.

3.1.4. Gebruik van directe orale anticoagulantia (DOAC's): voor welke indicatie?

Omdat de DOAC's onderworpen zijn aan voorafgaande toestemming door een adviserend arts voor terugbetaling door de mutualiteit, kan men de medische reden voor hun voorschrift afleiden. Deze analyse is uitgevoerd voor iets minder dan 171.000 DOAC-gebruikers in 2023 die dergelijke toestemming hebben gekregen. In tabel 5 zien we dat **bij-**

na 82% van de gevallen DOAC's zijn voorgeschreven aan personen met niet-valvulaire VKF. De tweede meest voorkomende indicatie (15%) betreft de behandeling van diepe veneuze trombose en/of longembolie.

3.1.5. Incidenten: bloedingen en/of tromboses

Zoals te zien is in tabel 6, is een behandeling met orale anticoagulantia niet zonder risico op hospitalisatie door een bloeding en/of trombose. Zo bedraagt bij personen die in 2012-2013 een behandeling met VKA zijn gestart, het percentage dat minstens één keer is opgenomen vanwege een bloeding of trombose respectievelijk 3% en 5%.

Deze percentages zijn lager dan die bij personen behandeld met een DOAC (percentage hospitalisaties door een bloeding: 6 tot 7%; door een trombose: ongeveer 9%). Bovendien zijn de percentages bij VKA-gebruikers vergelijkbaar met die in de controlegroep (personen met gelijkaardige kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, enz., maar die nooit een behandeling met orale anticoagulantia zijn gestart tijdens de observatieperiode). Maar bij DOAC-gebruikers is het

Tabel 4: Evolutie van het aantal *starters* (CM-leden) en, onder hen, van *switchers* volgens het jaar waarin de behandeling is gestart (Bron: CM)

Startjaar van de behandeling	Aantal *starters* [en niet *switchers*]		Aantal *switchers* VKA <—> DOAC	Totaal aantal *starters*	Percentage *starters* alleen met DOAC
	DOAC	VKA			
2011	2.398	12.579	7.056	22.033	10,9%
2012	8.188	10.544	6.518	25.250	32,4%
2013	16.922	7.522	4.369	28.813	58,7%
2014	18.697	6.944	3.599	29.240	63,9%
2015	22.817	4.950	2.962	30.729	74,3%
2016	25.057	3.473	2.240	30.770	81,4%
2017	26.482	2.614	1.786	30.882	85,8%
2018	27.432	2.007	1.464	30.903	88,8%
2019	28.750	1.782	1.141	31.673	90,8%
2020	28.025	1.287	834	30.146	93,0%
2021	31.342	1.175	710	33.227	94,3%
2022	33.145	1.029	559	34.733	95,4%
2023	32.616	977	288	33.881	96,3%

Tabel 5: Gebruik van directe orale anticoagulantia met toestemming van de adviserend arts – verdeling van de gebruikers volgens de diagnostische informatie afgeleid uit de paragrafen van hoofdstuk IV in 2023 (Bron: CM)

Diagnose	Paragrafen van hoofdstuk IV	Verdeling (n=170.981)
Niet-valvulaire VKF	6270000, 6270100, 6270200	81,8%
	6330000, 6330100, 6330200	
	6660000, 6660100, 6660200	
	8370000, 10220000	
Diepe veneuze trombose (DVT) en/of longembolie (LE)	6390000, 7450000, 7510000	14,7%
	7750000, 8100000, 8380000	
	8390000, 8790000	
	11420000, 11430000	
Totale heupprothese (THP), knieprothese (TKP)	5150000, 5220100, 5220200	1,0%
	605000	
Overige	10140000, 10690000	2,4%

percentage hospitalisaties door een bloeding en/of trombose ongeveer twee keer zo hoog als in de controlegroep.

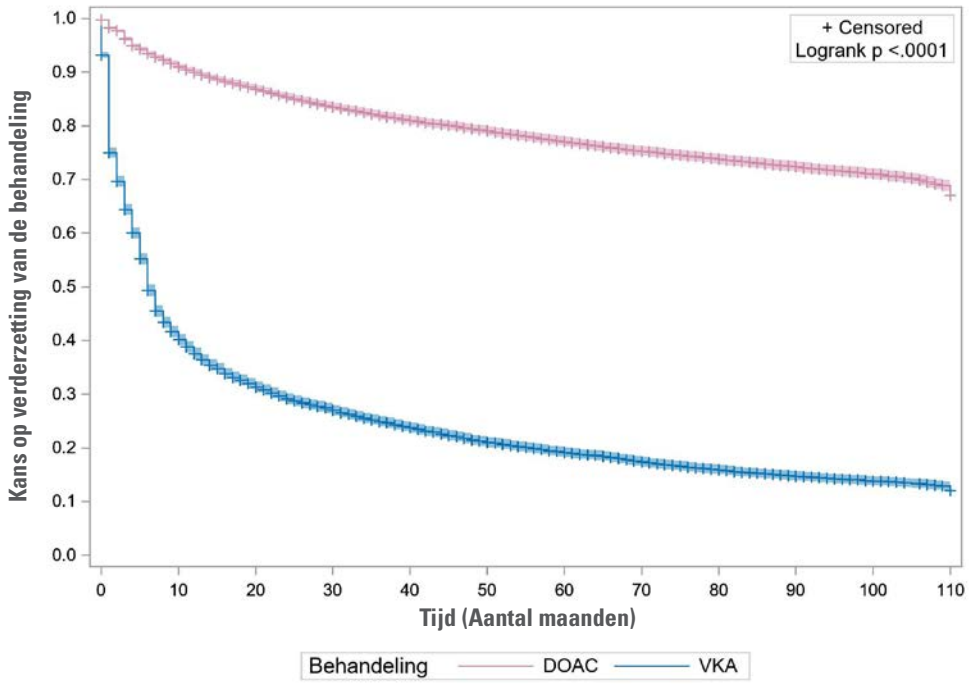
3.2. Analyse van de persistentie

Welke proportie patiënten met niet-valvulaire VKF stopt voortijdig hun medicamenteuze behandeling? Voor de 45.573 geanalyseerde personen stellen we een groot verschil vast, afhankelijk van het type oraal anticoagulans. Zoals te zien is in figuur 6, ligt de Kaplan-Meier-curve (de 'overlevingscurve', zie punt 2.3.2) van patiënten onder DOAC duidelijk boven die van patiënten onder VKA. Dit betekent dat voortijdige beëindiging van de behandeling veel minder voorkomt bij DOAC's dan bij VKA. Tabel 7 geeft het percentage 'gecensureerde' personen weer, dus degenen die hun behandeling niet voortijdig stopzetten gedurende de hele opvolgperiode (9 jaar) of tot hun overlijden. Bij DOAC's bedraagt dit percentage 72%, terwijl het bij VKA slechts 20% is. Met andere woorden: **een persoon behandeld met een DOAC heeft een kans van 28% om de behandeling voortijdig te stoppen**, terwijl **een persoon behandeld met VKA een kans van 80% heeft**. De twee Kaplan-Meier-curves verschillen significant van elkaar (*log-rank test* met p<0,0001).

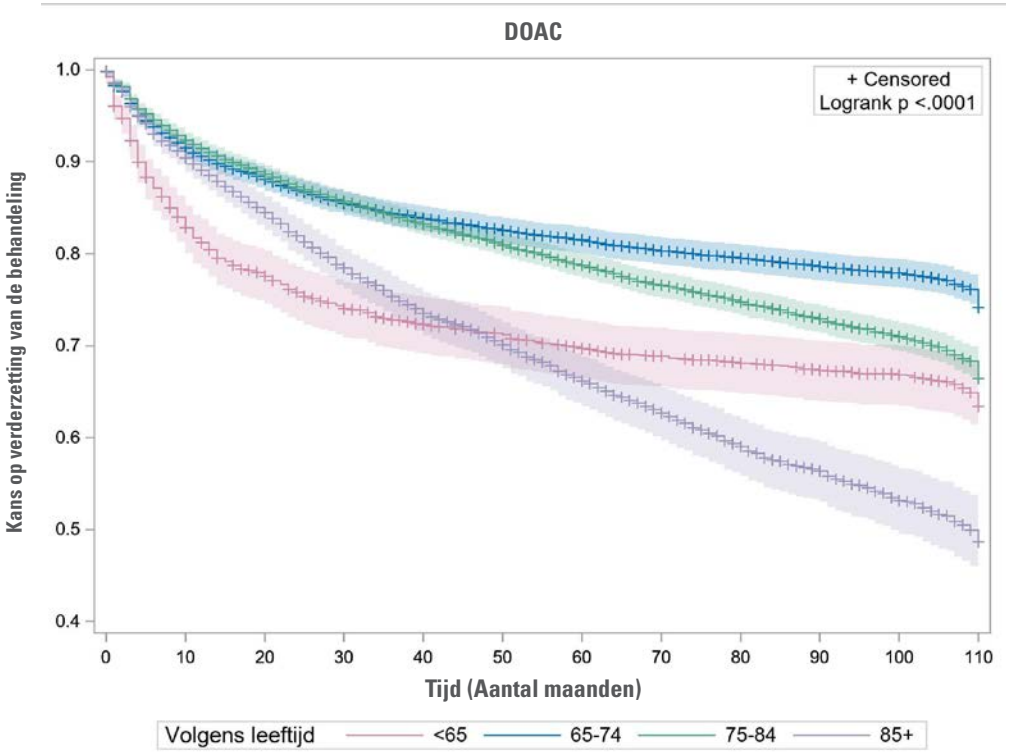
Tabel 6: Percentage personen dat in het ziekenhuis is opgenomen vanwege een bloeding en/of trombose onder de personen die in 2012 en 2013 een behandeling met orale anticoagulantia zijn gestart en hun controlegroep (Bron: CM)

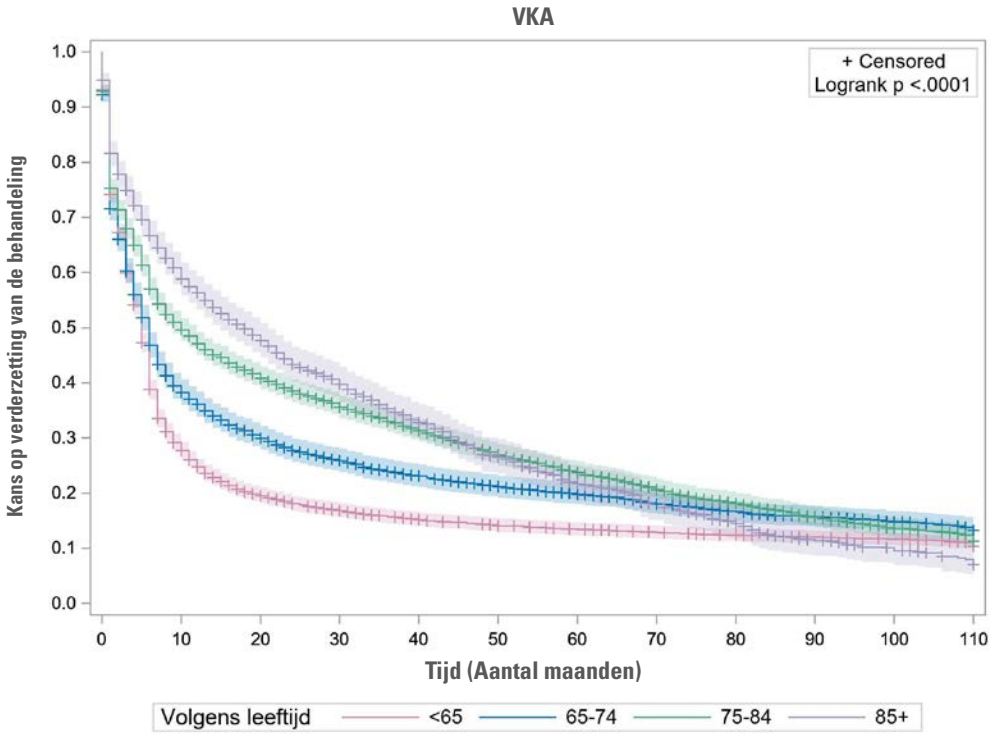
Startjaar van de behandeling	Behandeling	Aantal personen in aanmerking genomen	Met bloeding	In %	Met trombose	In %	Met bloeding en/of trombose	In %
2012	VKA	8.226	290	3,5%	390	4,7%	680	8,3%
	DOAC	3.256	197	6,1%	286	8,8%	483	14,8%
	Controle	57.410	1.626	**2,8%**	2.406	**4,2%**	4.032	**7,0%**
2013	VKA	5.807	182	3,1%	282	4,9%	464	8,0%
	DOAC	8.864	596	6,7%	755	8,5%	1.351	15,2%
	Controle	73.355	2.092	**2,9%**	3.282	**4,5%**	5.374	**7,3%**

Figuur 6: Kaplan-Meier-curves volgens het type oraal anticoagulans (Bron: CM)

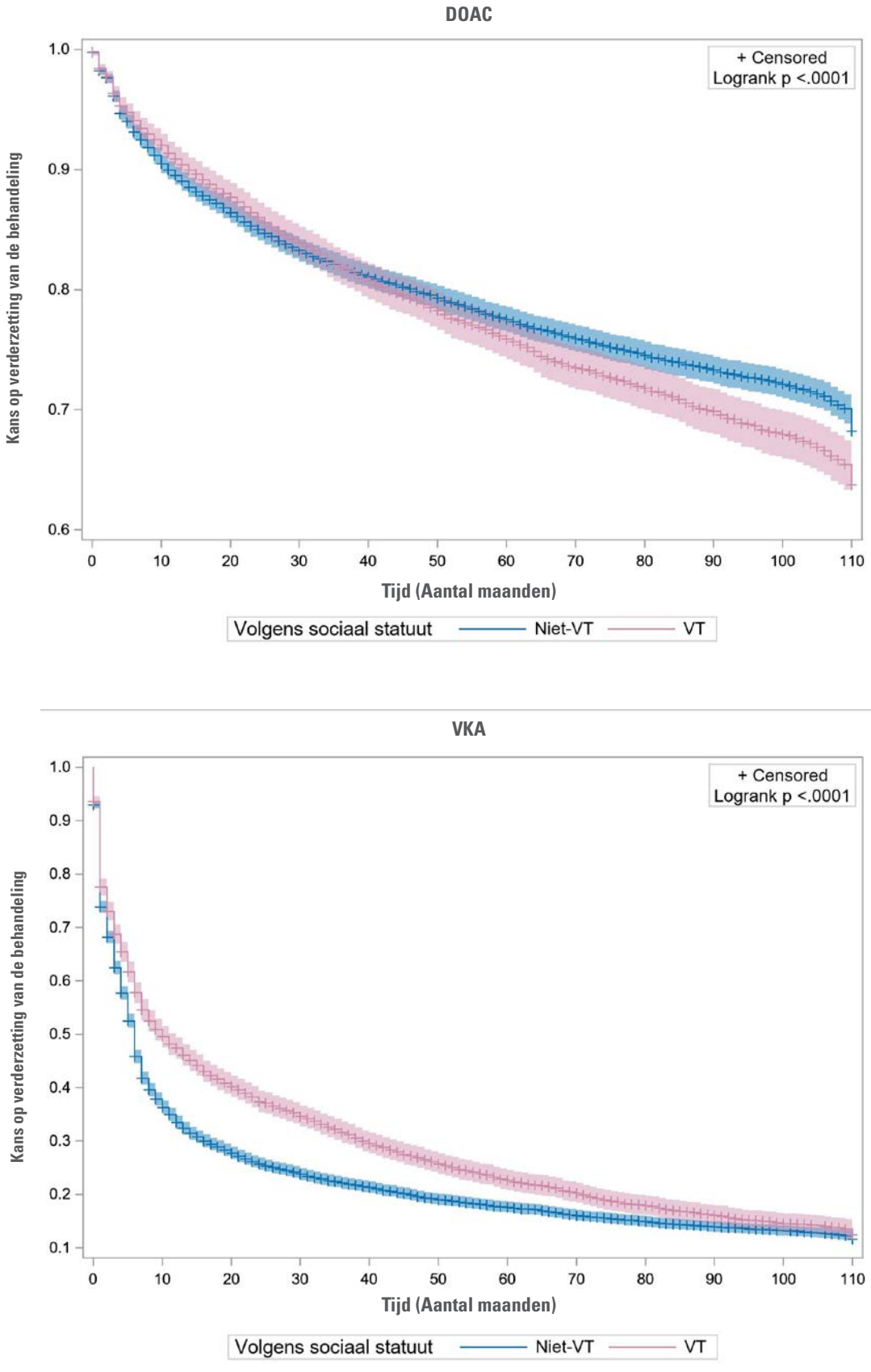


Figuur 7: Kaplan-Meier-curves volgens het type oraal anticoagulans en leeftijd (Bron: CM)





Figuur 8: Kaplan-Meier-curves volgens het type oraal anticoagulans en VT-statuut (Bron: CM)



Bepaalde analysecriteria beïnvloeden de kans om de behandeling voort te zetten. Zo heeft leeftijd een significante invloed, maar verschillend volgens van het type oraal anticoagulans (zie Figuur 7 en Tabel 7).

- Behandeling met DOAC: **de kans om de behandeling voort te zetten** (het percentage 'gecensureerden') **is het hoogst bij 65-74-jarigen** (76%) **en bij 75-84-jarigen** (73%). Ze is lager bij mensen jonger dan 65 jaar (65%) en bij 85-plussers (68%).
- Behandeling met VKA: de kans om de behandeling voort te zetten neemt toe met de leeftijd, van 12% bij mensen jonger dan 65 tot 34% bij 85-plussers.

Tabel 7: Kans op voortzetting van een behandeling met orale anticoagulantia volgens type anticoagulans en volgens leeftijd, geslacht, regio en VT-statuut – Kaplan-Meier-methode, *Log-Rank-test* (Bron: CM)

Patiëntengroep	Aantal personen (a)	Aantal personen dat de behandeling voortijdig heeft beëindigd (b)	Aantal 'gecensureerde' personen (geen stopzetting of overlijden) (c)	Percentage 'gecensureerde' personen (d) = (c) / (a)	*Log-Rank-test (p-waarde)* als p<0,05 dan significant
DOAC	24.260	6.717	17.543	72,3%	p<0,001
VKA	21.313	16.970	4.343	20,4%	
Patiënten die een behandeling met directe orale anticoagulantia (DOAC's) zijn begonnen					
<65 jaar	2.004	707	1.297	64,7%	p<0,001
65-74 jaar	7.390	1.773	5.617	76,0%	
75-84 jaar	10.489	2.834	7.655	73,0%	
85 jaar en ouder	4.377	1.403	2.974	68,0%	
Vrouwen	11.914	3.207	8.707	73,1%	p=0,0156
Mannen	12.346	3.510	8.836	71,6%	
Brussel	491	187	304	61,9%	p<0,001
Vlaanderen	19.530	5.088	14.442	74,0%	
Wallonië	4.239	1.442	2.797	66,0%	
VT	7.763	2.140	5.623	72,4%	p<0,001
Niet-VT	16.497	4.577	11.920	72,3%	
Patiënten die een behandeling met vitamine K-antagonisten (VKA) zijn begonnen					
<65 jaar	7.847	6.914	933	11,9%	p<0,001
65-74 jaar	4.334	3.536	798	18,4%	
75-84 jaar	6.083	4.511	1.572	25,8%	
85 jaar en ouder	3.049	2.009	1.040	34,1%	
Vrouwen	11.049	8.976	2.073	18,8%	p<0,001
Mannen	10.264	7.994	2.270	22,1%	
Brussel	784	635	149	19,0%	p=0,9451
Vlaanderen	15.732	12.418	3.314	21,1%	
Wallonië	4.797	3.917	880	18,3%	
VT	6.409	4.661	1.748	27,3%	p<0,001
Niet-VT	14.904	12.309	2.595	17,4%	

Wat VKA betreft, heeft het VT-statuut een significante invloed: **de kans om de behandeling voort te zetten is duidelijk hoger bij wie VT-recht heeft** (27%) dan bij diegenen zonder VT-recht (17%). Bij DOAC is het verschil tussen VT en niet-VT minder uitgesproken. De *log-rank test* toont echter een significant verschil, dus het is nuttig om de Kaplan-Meier-curves goed te bekijken: tot ongeveer 30-40 maanden na de start van de behandeling hebben VT-patiënten een hogere kans, daarna zijn het eerder de niet-VT-patiënten (zie Figuur 8 en Tabel 7).

We zien ook dat de woonregio invloed heeft op de kans om de behandeling met DOAC's voort te zetten: deze kans is significant hoger in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel. Voor VKA zijn de Kaplan-Meier-curves niet significant verschillend tussen de regio's (zie Tabel 7).

Geslacht beïnvloedt eveneens de kans om de behandeling voort te zetten: bij VKA is deze kans iets hoger bij mannen dan bij vrouwen (maar het verschil is klein); bij DOAC is het omgekeerd: vrouwen hebben meer kans om hun behandeling voort te zetten dan mannen (zie Tabel 7).

3.3. Analyse van de adherentie

De resultaten van onze analyse van de adherentie bij patienten behandeld met een DOAC, zijn weergegeven in tabel 8. Als we de eerste behandeljaarperiode (P1) beschouwen, had bijna 85,3% van de patiënten gedurende deze periode meer dan 80% van de dagen medicatie ter beschikking. Met andere woorden: als we ervan uitgaan dat iemand 'adherent' is wanneer die voor minstens 80% van de dagen van het jaar over medicatie beschikt (dus minstens 292 dagen op 365), dan vinden we 14,7% niet-adherente patiënten. Met een drempel van 85% (respectievelijk 90%) gedekte dagen is het percentage niet-adherente patiënten 18,4% (respectievelijk 22,5%). Deze resultaten tonen aan dat het probleem van onvoldoende adherentie verre van marginaal is. Opmerkelijk is dat hoe langer de behandeling duurt, hoe lager het percentage niet-adherente patiënten wordt.

4. Bespreking van de resultaten

4.1. Gebruik van orale anticoagulantia

De resultaten van onze beschrijvende analyse bevestigen de algemene trends zoals beschreven in de literatuur.

- Het aantal gebruikers van orale anticoagulantia blijft gestaag groeien. Deze gebruikers zijn vooral oudere personen (≥ 75 jaar). Dit komt doordat VKF zelf een aandoening is die vaker voorkomt bij ouderen. Bovendien wordt een leeftijd van 75 jaar en ouder beschouwd als een factor die het trombo-embolische risico verhoogt (Van Brabandt et al., 2016a), waardoor het gebruik van orale anticoagulantia vanaf deze leeftijd toeneemt.
- DOAC's zijn uitgegroeid tot de referentiebehandeling. Daarnaast zien we bij patiënten die met VKA zijn begonnen een sterke overgang (*switch*) naar DOAC's.
- De beschikbare diagnostische informatie bij een mutualiteit suggereert dat DOAC's vooral worden gebruikt voor de preventie van niet-valvulaire VKF (bijna 82% van de gevallen).

Deze twee laatste punten weerspiegelen zowel de therapeutische effectiviteit van DOAC's als hun grote gebruiksgemak voor patiënten.

Net als het RIZIV (2024a) constateren we ook regionale verschillen: de prevalentie van het gebruik van orale anticoagulantia is hoger in Vlaanderen dan in Wallonië en vooral dan in Brussel.

Verder zien we, wat geslacht betreft, dat de prevalentie van het gebruik van orale anticoagulantia hoger is bij mannen dan bij vrouwen. Onze resultaten tonen bovendien aan dat dit verschil in de loop van de tijd toeneemt. Dat er een verschil is tussen mannen en vrouwen kan worden verklaard door de hogere prevalentie van VKF bij mannen. Maar waarom neemt het verschil toe? Dit is eerder verontrustend, want het verschil kan ook te wijten zijn aan "een

Tabel 8: Adherentie bij DOAC's: percentage patiënten volgens verschillende drempels voor het percentage gedekte dagen (PDC) volgens jaarperiode (Bron: CM)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
N=	24.260	21.047	19.356	17.881	16.480	15.056	13.834	12.598	11.410
PDC ≥ 80%	85,3%	85,3%	85,1%	85,7%	86,6%	87,6%	88,3%	88,6%	88,6%
PDC ≥ 85%	81,6%	82,0%	81,4%	82,3%	83,6%	84,4%	85,6%	86,1%	86,0%
PDC ≥ 90%	77,5%	79,7%	79,1%	79,3%	81,2%	82,1%	83,1%	83,5%	83,7%

lagere detectie en onvoldoende behandeling van VKF bij vrouwen (bijvoorbeeld, vrouwen worden minder vaak en later doorverwezen voor ablatie [een behandeling van VKF] dan mannen)" (Grymonprez et al., 2023a, p. 1.371, eigen vertaling).

De prevalentie van het gebruik van orale anticoagulantia is hoger bij VT-ers dan bij niet-VT-ers. Volgens het RIZIV (2024a) was deze prevalentie in 2023 27% hoger bij VT-ers dan bij niet-VT-ers. In onze gegevens bedraagt dit verschil 24%. Dit weerspiegelt waarschijnlijk het feit dat VT-ers vaak een slechtere gezondheidstoestand hebben. Dat zij proportioneel vaker orale anticoagulantia gebruiken dan niet-VT-ers is positief: het toont aan dat we geen groot probleem van financiële toegankelijkheid voor deze behandeling vaststellen, ondanks hun beperkte inkomen en de kosten die voor hun rekening blijven (remgeld voor geneesmiddelen en kosten voor controlebezoeken).

Dankzij orale anticoagulantia worden veel meer patiënten met VKF behandeld dan vroeger. Dat is positief, maar de vraag of we de juiste personen bereiken, blijft relevant. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) merkt hierover op: "uit diverse patiëntenregisters uit de hele wereld blijkt dat een aanzienlijk deel van de [VKF]-patiënten met hoog trombo-embolisch risico geen behandeling met anticoagulantia krijgt (onderbehandeling), terwijl daarentegen sommige patiënten met een laag risico ze wel voorgeschreven krijgt (overbehandeling)" (Van Brabandt, et al., 2016a, p. 12). Dit laatste punt mag niet worden onderschat. Een Canadese studie toont aan dat onder 6.658 patiënten met niet-valvulaire VKF en onder DOAC, 9,4% een laag risico had (en dus deze behandeling niet had mogen krijgen) (McAlister, Garrison, Kosowan, Ezekowitz, & Singer, 2018). Het KCE schat het aandeel VKF-patiënten met laag risico, maar toch behandeld met orale anticoagulantia, op 6,7% voor de periode 2005-2011 en 4,1% voor de periode 2012-2014, wat op een verbetering wijst (Van Brabandt et al., 2016b, p. 137). Het is essentieel om overbehandeling bij VKF-patiënten met laag risico te vermijden, omdat dit hen blootstelt aan vermijdbare bloedingsrisico's.

4.2. Therapietrouw

Wat betreft persistentie, bevestigen onze resultaten die van Grymonprez et al. (2022a): in het algemeen is de persistentie duidelijk beter bij DOAC's dan bij VKA. Bovendien tonen onze resultaten aan dat, onder de patiënten behandeld met een DOAC, de persistentie het best is bij 65-74-jarigen (en daarna afneemt met de leeftijd), bij vrouwen, bij VT-ers en bij patiënten uit Vlaanderen. Voor de behandeling met VKA neemt de persistentie toe met de leeftijd, is ze beter bij mannen en bij VT-ers.

Waarom is de persistentie bij VKA zo laag? Het KCE stelt vast dat bijna "87% van de patiënten onder VKA meer dan 10 testen [voor monitoring van de bloedstolling] ondergingen in het jaar na het eerste voorschrift en 50% van de patiënten onder [DOAC] geen enkele test onderging in dat jaar". Ook zijn er iets meer nierfunctietesten bij VKA-gebruikers dan bij patiënten behandeld met een DOAC. Verder, in het eerste jaar van de behandeling, "heeft 75% van de VKA-gebruikers minstens 10 bezoeken aan de huisarts. Ze hebben ook meer bezoeken aan specialisten (cardiologen of anderen) dan DOAC-gebruikers" (Van Brabandt et al., 2016b, p. 140 en 141, eigen vertaling). Kortom, de zwaarte van de monitoring is zeker een oorzaak van de lage therapietrouw bij VKA-patiënten.

Maar **de therapietrouw bij DOAC-patiënten is ook niet optimaal**, zowel op vlak van persistentie als van adherentie. In dat opzicht komen onze resultaten, ondanks verschillende analysemethoden, overeen met die van Grymonprez et al. (2022a) en Fuchs et al. (2025): veel patiënten stoppen hun behandeling of lijken niet over het theoretisch benodigde aantal geneesmiddelen te beschikken om alle dagen van een bepaalde periode te dekken. Toch is therapietrouw cruciaal: het niet innemen van de medicatie volgens de voorgeschreven regelmaat, verhoogt het trombo-embolisch risico. Hier is het misschien juist het lagere aantal controles dat aan de basis ligt van het gebrek aan therapietrouw: "de patiënt·e die niet meer regelmatig op controleraadpleging moet, [voelt] zich minder 'bewaakt' en [omgaat] minder zorgvuldig met deze preventieve behandeling, waarvan die lichamelijk geen voordeel ondervindt" (Van Brabandt et al., 2016a, p. 15).

Terwijl therapietrouw een fundamenteel element is voor de effectiviteit van de behandeling, is het een vergissing te denken dat alleen de patiënt·e verantwoordelijk zou zijn voor een slechte therapietrouw. Het gaat er juist om de patiënt·e stap voor stap te begeleiden in het therapeutisch traject. In dit verband benadrukt de literatuur verschillende goede praktijken.

- In het algemeen moeten zorgverleners "**luisteren naar de patiënten en actief bijdragen aan hun educatie** met hulpmiddelen en andere interventies die beschikbaar en gebruiksvriendelijk zijn vanaf de raadpleging. Hun werk moet deel uitmaken van een globale aanpak, gedragen door alle zorgverleners (verpleegkundigen, apothekers,

verenigingen). Het is belangrijk om de voordelen van de behandeling te benadrukken en deze uit te leggen in begrijpelijke taal. [...] **Het vermogen van patiënten om therapietrouw te zijn, berust op hun geloof in de effectiviteit van de behandeling, het bestaan van een vertrouwensrelatie met de arts, passende sociale steun en het gevoel controle te hebben over hun leven en in staat te zijn plannen te maken voor de toekomst"** (Bellamy, 2010, p. 11, eigen vertaling).

- Meer specifiek voor orale anticoagulantia geldt: "[…] **patiënten moeten worden voorgelicht over het belang van langdurige persistentie en goede adherentie**, geïnformeerd over hulpmiddelen voor therapietrouw en **over het te volgen beleid bij (kleine) bloedingen** (bijvoorbeeld, contact opnemen met de voorschrijvende arts in plaats van de behandeling te onderbreken) in het kader van een multidisciplinaire, patiëntgerichte aanpak. **Bij elk consult moeten therapietrouw en tevredenheid over de behandeling worden geëvalueerd**" (Grymonprez et al., 2022a, p. 13, eigen vertaling).

Huisartsen zijn het best geplaatst om de uitdaging van therapietrouw aan te gaan. Enerzijds starten zij de behandeling (volgens Van Brabandt et al. (2016a): in 71% van de gevallen) en schrijven zij het grootste deel van het volume orale anticoagulantia voor (volgens RIZIV (2024a), in 2023: 77%). Anderzijds toont de gezondheidsenquête van Sciensano aan dat contacten met huisartsen positief worden geëvalueerd: ze nemen voldoende tijd, leggen zaken begrijpelijk uit, laten ruimte voor vragen of zorgen en betrekken patiënten bij beslissingen over hun zorg. Dit geldt minder voor contacten met specialisten (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

4.3. Incidenten: bloedingen en/of trombose

Onze resultaten tonen aan dat het aandeel patiënten onder VKA dat werd gehospitaliseerd vanwege een bloeding en/of trombose weliswaar hoger is, maar vrij dicht bij dat van de controlegroep ligt. Daarentegen is het aandeel patiënten onder DOAC dat om dezelfde redenen werd gehospitaliseerd veel hoger dan bij VKA-gebruikers en ook dan bij de controlegroep (tot twee keer meer). Uiteraard kent onze observationele studie beperkingen: we kunnen enkel bloedingen en tromboses detecteren die tot een hospitalisatie hebben geleid, zonder de ernst of de onderliggende oorzaak te kennen (het zijn geen klinische gegevens). Toch nodigen onze resultaten uit tot reflectie over het bloedings- en trombotisch risico van een behandeling met DOAC's in vergelijking met VKA.

Om deze reflectie te voeden en de veiligheid en effectiviteit van DOAC's te verbeteren, bestaan er verschillende specifieke instrumenten. DOAC's behoren immers tot de geneesmiddelen die onderworpen zijn aan een reeks specifieke maatregelen, de zogenaamde *risk minimization activities* (RMA). Deze activiteiten "zijn bedoeld om bijwerkingen en risico's van bepaalde geneesmiddelen te minimaliseren, om een correcte toediening en een veilig en doeltreffend gebruik te garanderen en om het risico van een medische vergissing te voorkomen" Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, 2025). Concreet wordt educatief materiaal ter beschikking gesteld van zorgverleners, maar ook van patiënten. Voor zorgverleners is er een **gids voor voorschrijvers**, met diverse informatie over de behandeling, de risico's en het beheer van bijwerkingen (zoals bloedingen). Voor patiënten is er een **monitoringskaart**, beschikbaar in de verpakking van het geneesmiddel, die de patiënt·e moet bewaren en tonen aan elke zorgverlener (tandarts, apotheker, arts, enz.). De kaart bevat informatie over de behandeling en aanbevelingen bij bijwerkingen. De gids raadt voorschrijvers ook aan om patiënten goed te informeren over deze kaart, over therapietrouw en over de risico's van de behandeling. Al deze materialen zijn beschikbaar (in verschillende talen) op de website van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten[12], dat ze goedkeurt.

4.4. Prijs van de DOAC's

De prijs van DOAC's ligt aanzienlijk hoger dan die van VKA. Toch geven bestaande economische evaluaties aan dat DOAC's 'kosteneffectief'[13] zijn. "Maar dat veronderstelt dat de anticoagulantia in de dagelijkse praktijk op dezelfde manier worden gebruikt als in klinische studies en dat hun effecten op lange termijn geldig blijven" (Van Brabandt et al., 2016a, p. 2).

12 https://geneesmiddelendatabank.be/menselijk-gebruik.

13 Hiermee wordt bedoeld dat het effect van het geneesmiddel (bijvoorbeeld de winst in extra gezonde levensjaren) wordt bereikt tegen een aanvaardbare kostprijs in vergelijking met een alternatieve behandeling.

In 2023 vertegenwoordigen DOAC's meer dan 99% van de bruto uitgaven van de verplichte ziekteverzekering voor orale anticoagulantia (eigen berekeningen op basis van onze gegevens). **Drie DOAC's (apixaban, edoxaban, rivaroxaban)** staan in de **top 5 van duurste geneesmiddelen** voor het RIZIV. In 2023 kostten deze drie moleculen **243 miljoen euro aan terugbetaling** voor ongeveer **344.300 patiënten** (BCFI, 2025).

We benadrukken echter dat de werkelijke kost van de DOAC's onbekend blijft vanwege de vertrouwelijke terugstortingen door de farmaceutische firma's, **contracten tussen het RIZIV en de farmaceutische bedrijven**. Volgens het MORSE-rapport 2024 (*Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses*) varieert het terugstortingspercentage[14] voor de ATC B-klasse, waartoe de DOAC's behoren, van 23% (2013) tot 45% (2022) (RIZIV, 2024b). Zelfs rekening houdend met deze financiële compensaties, blijven de DOAC's duurder dan de VKA. Toch kunnen het einde van de contracten, de komst van generieken of de heronderhandeling van prijzen leiden tot een daling van de kosten voor de VP.

5. Aanbevelingen

Op basis van de analyses en de literatuur kunnen we enkele aanbevelingen formuleren voor zorgverleners (apotheker, huisarts of specialist·e).

- **Therapietrouw is een fundamentele uitdaging**, zowel wat betreft de persistentie als de adherentie van de behandeling. Voor artsen (vooral huisartsen) is het belangrijk om de patiënt·e te **begeleiden** (dus regelmatig te zien), **in dialoog te gaan**, de behandeling **uit te leggen**, de voordelen maar ook de risico's bij voortijdige stopzetting of het vergeten van een dosis te bespreken. Een ander belangrijk punt: patiënten goed informeren over wat te doen bij bloedingen. In het algemeen gaat het erom het **vertrouwen** in de behandeling **te stimuleren**, want vertrouwen is de **sleutel tot therapietrouw**.

- Informeren, luisteren en begeleiden zijn niet alleen de taak van artsen. **Apothekers hebben ook een belangrijke rol**: patiënten goed informeren bij elke aflevering, en vooral het belang van therapietrouw benadrukken. De apotheker is ook de sleutelfiguur om de juiste dosering te controleren en interacties met andere geneesmiddelen te bewaken (want die zijn vrij talrijk). Ten slotte moet die niet aarzelen om contact op te nemen met de voorschrijver in geval van problemen.

- **Specifieke aandacht voor klachten van vrouwen.** De lagere prevalentie van vrouwen die met orale anticoagulantia worden behandeld, doet vrezen voor onderdetectie en/of onderbehandeling van VKF.

- **Risico's goed afwegen**
  - Voor artsen betekent de beslissing om een behandeling met orale anticoagulantia te starten dat het trombo-embolisch risico (dat men wil vermijden) goed moet worden afgewogen tegen het bloedingsrisico (dat de behandeling kan veroorzaken). Bijvoorbeeld, het is niet aanbevolen om orale anticoagulantia voor te schrijven aan patiënten met VKF met een laag trombo-embolisch risico. Ook onderbehandeling moet worden vermeden. In dit verband heeft de Europese Vereniging voor Cardiologie (*European Society of Cardiology*) aanbevelingen geformuleerd die moeten worden gevolgd (Van Gelder, et al., 2024).

  - Een ander risico om rekening mee te houden: het veranderen van oraal anticoagulans tijdens de behandeling (DOAC naar VKA en vice versa). Dit is niet altijd zinvol. Integendeel, "het lijkt verstandig om omschakelen tussen verschillende anticoagulantia te vermijden wanneer er geen klinische noodzaak is" (RIZIV, 2017, p. 19), vooral bij oudere en kwetsbare patiënten (Joosten, et al., 2024).

  - Voor de DOAC's wordt aanbevolen **om de bijkomende risicobeperkende activiteiten (*Risk Minimisation Activities*) goed door te nemen**. Deze zijn beschikbaar op de websites van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en bieden een schat aan informatie die het mogelijk maakt "dat de behandeling geschikt is voor elke patiënt·e, de risico's gedurende de behandeling bewaakt worden en de ontdekte bijwerkingen zo goed mogelijk beheerd worden" (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, 2025).

14 Het gaat om de verhouding tussen het bedrag dat door de farmaceutische bedrijven aan het RIZIV wordt terugbetaald en de omzet (fabrieksprijs) die zij voor de betreffende geneesmiddelenklasse hebben gerealiseerd.

- Ten slotte moeten observationele studies worden voortgezet om het risiconiveau van behandeling met DOAC's te evalueren.

- **Medisch-farmaceutisch overleg aanmoedigen.** Er bestaan verschillende programma's, gefinancierd door het RIZIV, die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking tussen artsen en apothekers. Een van deze programma's betreft specifiek DOAC's en focust op informatie over risico's, dosering, het identificeren van risicopopulaties (RIZIV, 2025). Dergelijke aanpak moet worden aangemoedigd en bestendigd.

Voor beleidsmakers (en leden van de bevoegde commissies), evenals voor farmaceutische bedrijven, is het belangrijk om na te denken over de prijs van directe orale anticoagulantia. Door de uitbreiding van de indicaties, is het aantal mensen dat orale anticoagulantia gebruikt sterk gestegen. Maar als de uitgaven zijn geëxplodeerd, komt dat vooral door de hogere prijs van de DOAC's ten opzichte van VKA. Waar mogelijk moeten prijsheronderhandelingen en/of het gebruik van goedkopere alternatieven (zoals generieken, via voorschrift op stofnaam (VOS)[15]) worden aangemoedigd.

Conclusie

Voorkamerfibrillatie (VKF) is een aandoening die onze volle aandacht verdient. Deze hartritmestoornis verhoogt het risico op een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA) aanzienlijk. Om dit risico substantieel te verminderen, is het gebruik van vitamine K-antagonisten (VKA) of directe orale anticoagulantia (DOAC's) relevant als onderhoudsbehandeling. Ongeacht het type toegediend oraal anticoagulans, stellen we echter problemen vast met therapietrouw. De persistentie is veel beter bij DOAC dan bij VKA. Het is waar dat een behandeling met VKA zwaarder is om toe te passen: strenge monitoring van de bloedstolling is vereist, wat veel en regelmatige bloedanalyses betekent. Dit probleem bestaat niet bij de DOAC's, maar het probleem van therapietrouw verdwijnt daarmee niet: ook hier stoppen veel patiënten hun behandeling of lijken ze niet over het theoretisch benodigde aantal geneesmiddelen te beschikken om alle dagen van een bepaalde periode te dekken. Nochtans verhoogt het overslaan van een dosis DOAC het risico op een beroerte aanzienlijk. Ten slotte is het legitiem om zich vragen te stellen over de risico's die gepaard gaan met het gebruik van orale anticoagulantia, vooral wat betreft het bloedingsrisico.

Naast de uitdagingen rond therapietrouw en de veiligheid van de behandelingen, is er nog het probleem van de stijgende uitgaven voor orale anticoagulantia. Verschillende factoren spelen een rol: door de vergrijzing worden meer patiënten met VKF opgespoord en behandeld dan vroeger. Maar er is ook een prijsfactor: de DOAC's, die de referentiebehandeling zijn geworden, zijn veel duurder dan VKA. Uiteindelijk zijn het deze geneesmiddelen die aan de basis liggen van de sterke stijging van de uitgaven. Voorlopig werd de prijs van de originele DOAC's vastgelegd in contracten met het RIZIV. Sinds 2023 zijn enkele generieken op de markt gekomen, wat de groei van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering enigszins zal temperen. Maar die groei zal blijven: de prevalentie van VKF neemt toe met de leeftijd, het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor orale anticoagulantia zal blijven stijgen en de grote meerderheid zal met DOAC's worden behandeld. Daarom moeten alle betrokken partijen in het gezondheidssysteem niet aarzelen om deze prijzen te heronderhandelen wanneer de gelegenheid zich voordoet. Het beheersen van de uitgaven voor dit type behandeling is ook een voorwaarde om de publieke financiering en de toegankelijkheid op lange termijn te waarborgen.

15 Het gaat erom het geneesmiddel voor te schrijven met vermelding van de naam van het werkzame bestanddeel in plaats van de merknaam. De apotheker kan dan het geneesmiddel leveren uit de groep van de goedkoopste geneesmiddelen met hetzelfde werkzame bestanddeel, dezelfde concentratie en dezelfde toedieningswijze. Zie: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-voorschrijven/voorschijven-op-stofnaam-regels-voor-de-voorschrijver.

Bibliografie

BCFI. (2025). *RIZIV top 25: grootste geneesmiddelenuitgaven in de ambulante sector in 2023*. Geraadpleegd op 3 oktober 2025, op https://www.bcfi.be/nl/riziv-top-25-grootste-geneesmiddelenuitgaven-in-de-ambulante-sector-in-2023/.

Belgische Cardiologische Liga. (2025). *Voorkamerfibrillatie*. Geraadpleegd op 3 maart 2025, op https://liguecardioliga.be/voorkamerfibrillatie/

Bellamy, L. (2010). L'observance thérapeutique : mesurer, comprendre, intervenir. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur, 96*, 8-11.

Capiau, A., Grymonprez, M., De Backer, T., Gevaert, S., Boussery, K., & Lahousse, L. (2021). Voorkamerfibrillatie en niet-vitamine K-antagonist orale anticoagulantia: van klinische studies tot gebruik in de dagelijkse praktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg, 9*, 722-732.

Cosma Rochat, M., Waeber, G., Lamy, O., & Aujesky, D. (2007). Peut-on évaluer le risque hémorragique lors d'anticoagulation orale ? *Revue Médicale Suisse, 3*(131), 2461-2465.

Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen.* Brussel: Sciensano.

Elliott, A., Middeldorp, M., Van Gelder, I., Albert , C., & Sanders, P. (2023). Epidemiology and modifiable risk factors for atrial fibrillation. *Nature reviews cardiology, 20*(6), 404-417.

Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. (2025). *Publicatie van de materialen « RMA » (Risk Minimization Activities) op onze website*. Geraadpleegd op 4 juni 2025, op https://www.fagg.be/nl/news/news_rma.

Fuchs, V. A., Spinewine, A., Zerah, L., & Henrard, S. (2025). Non-adherence and non-persistence of Direct Oral Anticoagulants among patients with non-valvular atrial fibrillation: a French retrospective cohort study. *Scientific Reports, 15*(1), 1-11.

Grymonprez, M., Capiau, A., Steurbaut, S., Mehuys, E., Boussery, K., De Backer, T., & Lahousse, L. (2022a). Adherence and persistence to oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation : A Belgian nationwide cohort study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine, 9*:994085.

Grymonprez, M., De Backer, T., Capiau, C., Vauterin, D., Mehuys, E., Boussery, K., . . . Lahousse, L. (2023a). Trends in oral anticoagulant use in patients with atrial fibrillation in Belgium from 2013 to 2019: A nationwide cohort study. *British Journal of Clinical Pharmacology, 89*(4), 1360-1373.

Grymonprez, M., Petrovic, M., De Backer, T., Steurbaut, S., & Lahousse, L. (2023b). The Impact of Polypharmacy on the Effectiveness and Safety of Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. *Thrombosis and Haemostatis, 124*(2), 135-148.

Grymonprez, M., Simoens, C., Steurbaut, S., De Backer, T., & Lahousse, L. (2022b). Worldwide trends in oral anticoagulant use in patients with atrial fibrillation from 2010 to 2018: a systematic review and meta-analysis. *Europace, 24*(6), 887-898.

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J., Blomström-Lundqvist, C., . . . ESC Scientific Document Group. (2020). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal, 42*(5), 373-498.

Joosten, L., van Doorn, S., van de Ven, P., Köhlen, B., Nierman, M., Koek, H., . . . Geersing, G.-J. (2024). Safety of Switching From a Vitamin K Antagonist to a Non–Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant in Frail Older Patients With Atrial Fibrillation: Results of the FRAIL-AF Randomized Controlled Trial. *Circulation, 149*(4), 279-289.

Koletsi, D., & Pandis, N. (2017). Survival analysis, part 2: Kaplan-Meier method and the log-rank test. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 152*(4), 569-571.

Koull, Z., & Conus, A. (2023). *La fibrillation auriculaire.* Genève: Hôpital Universitaire de Genève - Service de médecine de premier recours.

Le Heuzey, J. (2010). *La fibrillation atriale : données démographiques.* Geraadpleegd op 6 maart 2025, op https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2010/03/10.pdf

McAlister, F., Garrison, S., Kosowan, L., Ezekowitz, J., & Singer, A. (2018). Use of Direct Oral Anticoagulants in Canadian Primary Care Practice 2010–2015: A Cohort Study From the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Journal of the American Heart Association, 7(3):e007603*.

RIZIV. (2016). *Infospot: Antitrombotica in de ambulante praktijk.* Brussel: RIZIV.

RIZIV. (2017). *Het rationeel gebruik van de orale anticoagulantia (directe (DOAC) of vitamine K-antagonisten (VKA) in voorkamerfibrillatie (trombo-embolische preventie) en veneuze trombo-embolie (behandeling en secundaire preventie).* Brussel: RIZIV (Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen - Consensusvergadering).

RIZIV. (2021). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE-rapport gegevens 2021).* Brussel: RIZIV.

RIZIV. (2024a). *Orale anticoagulantia.* Brussel: RIZIV.

RIZIV. (2024b). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE-rapport gegevens 2022-2023).* Brussel: RIZIV.

RIZIV. (2025). *Medisch-farmaceutisch overleg - Goedgekeurde kwaliteitsbevorderende programma's*. Geraadpleegd op 7 oktober 2025, op https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/goedgekeurde-kwaliteitsbevorderende-programma-s.

Scavée, C. (2019). Anticoagulants oraux directs, comment choisir ? *Louvain médical, 139*(5), 279-285.

Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale, 24*(188), 457-458.

Smet, L., Heggermont, W., Goossens, E., Eeckloo, K., Vander Stichele, R., De Potter, T., & De Backer, T. (2018). Adherence, knowledge, and perception about oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation at high risk of thromboembolic events after radiofrequency ablation. *Journal of Advanced Nursing, 74*(11), 2577-2587.

Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Trends in het geneesmiddelengebruik bij kinderen jonger dan 18 jaar. *Gezondheid & Samenleving, 12*, 58-83.

Toorop, M., van Rein, N., Nierman, M., Vermaas, H., Huisman, M., van der Meer, F., . . . Lijfering, W. (2020). Self-reported therapy adherence and predictors for nonadherence in patients who switched from vitamin K antagonists to direct oral anticoagulants. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 4*(4), 586-593.

Van Brabandt, H., San Miguel, L., Fairon, N., Vaes, B., Henrard, S., Boshnakova, A., . . . Dubois, C. (2016a). *Antistolling en voorkamerfibrillatie – Synthese. KCE Reports 279As. D/2016/10.273/98.* Brussel: Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Van Brabandt, H., San Miguel, L., Fairon, N., Vaes, B., Henrard, S., Boshnakova, A., . . . Dubois, C. (2016b). *Anticoagulants in non-valvular atrial fibrillation. KCE Reports 279. D/2016/10.273/101.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Van Gelder, I., Rienstra, M., Bunting, K., Casado-Arroyo, R., Caso, V., Crijns, H., . . . ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal, 45*(36), 3314–3414.

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

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar privacy@cm.be

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar cm.ombud@cm.be

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar GezondheidEnSamenleving@cm.be

Inhoud

Edito: Radicaliseer de democratie · 02

Studie: Klimaatangst: wat het voor jongeren betekent · 04
Literatuurstudie · 07
Methode: semigestructureerde diepte-interviews · 09
Resultaten · 11
Bespreking van de resultaten · 17
Aanbevelingen · 20

Recensie: Studiedag 'Naar toegankelijke zorg' · 26
Ongelijkheden gelinkt aan migratie in de toegang tot en het gebruik van medische zorg (Prof. S. Tubeuf) · 29
Proportioneel universalisme in actie: rechtvaardigheid als sleutel tot toegankelijke zorg (Prof. S. Willems) · 30
Een oproep tot hoop en actie (Prof. M. Marmot) · 32

Studie: Evolutie en uitdagingen van het gebruik van orale anticoagulantia · 38
Literatuuroverzicht · 40
Methode · 44
Resultaten · 51
Bespreking van de resultaten · 58
Aanbevelingen · 61

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Hoofdredactie	Nicolas Rossignol
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
Redactiecomité	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest
Lay-out	Gevaert Graphics
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

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

ISSN 2796-1893