

CM-Informatie

Zich kunnen verzorgen

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

286

december 2021

Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen

Het recht op toegang tot gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht (Verenigde Naties, 1948). Op internationaal niveau wordt universele gezondheidszorg gepromoot om het beleid te sturen ten gunste van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen. De voorwaarden voor de realisatie ervan zijn echter niet gedefinieerd. Het doel van dit artikel is om te verduidelijken wat toegang tot gezondheidszorg betekent, met behulp van bestaande conceptuele modellen en empirische studies om de onderliggende mechanismen die dit kunnen belemmeren beter te begrijpen.



Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?

In artikel geven we een schatting van het aantal heropnames van moeders en baby's binnen 30 dagen na hun ontslag van de kraamafdeling, en de evolutie hiervan. Sinds de invoering in 2015 van een maatregel om het verblijf op de kraamafdeling in te korten, is er al vaak gewaarschuwd voor de mogelijke gezondheidsrisico's ervan voor moeder en kind. Aan de hand van onze gegevens onderzoeken we daarom de evolutie van het heropnamepercentage van moeders en baby's over 10 jaar (2010-2019). We kijken ook naar het mogelijk verband tussen bepaalde factoren (uit de literatuur) en het risico op heropname.

De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

De genomen maatregelen om de COVID-19 pandemie in te dijken, hebben een grote impact gehad op onze samenleving en niet in het minst op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. In dit artikel gaan we dieper in op de geestelijke gezondheidszorg verleend aan CM-leden jonger dan achttien jaar op basis van beschikbare facturatiegegevens: ambulante psychiatrische en psychologische zorg, psychiatrische ziekenhuisopnames en spoedeisende psychiatrische hulp in ziekenhuizen. Daarnaast nemen we de voorschriften voor geneesmiddelen voor psychische problemen onder de loep. Tot slot gaan we na of er sprake is van sociale ongelijkheid in het gebruik van zorg en geneesmiddelen.

CM-actie patiëntenrechten 2021: vroegtijdige zorgplanning

Vroegtijdige zorgplanning is een proces van reflectie en dialoog tussen de (toekomstige) patiënt en zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Het stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met naasten en zorgverleners. Als gezondheidsfonds, focust CM in 2021 op (toekomstige) patiënten en hun naasten. Met de campagne willen we enerzijds de bevolking informeren over de betekenis en het nut van vroegtijdige zorgplanning, en haar anderzijds ertoe aanzetten er concreet mee aan de slag te gaan.



CM. Jouw gezondheidsfonds.

Zich kunnen verzorgen

Het is verbazend dat de gezondheidszorg in België zo'n goede reputatie heeft, terwijl er tezelfdertijd toch heel wat drempels zijn wat betreft de toegang ertoe. In vergelijking met andere Europese landen, hinkt België achterop voor een aantal fundamentele determinanten van toegankelijkheid, zoals de wachttijd om een specialist te zien of de kosten ten laste van de patiënt (Baeten, Spasova, & Vanhercke, 2018). De slechte prestatie op dit vlak resulteert in aanzienlijk uitstel van of verzaking aan zorg en enorme gezondheidsverschillen, bijvoorbeeld in het aantal gezonde levensjaren. Volgens ons is de kloof tussen de perceptie van toegankelijkheid en de realiteit ervan te wijten aan een te enge definitie van toegankelijkheid. Te vaak beperkt deze zich tot materiële toegankelijkheid, namelijk financiële en geografische toegankelijkheid. Deze twee determinanten zijn natuurlijk van cruciaal belang, maar ze volstaan niet om de afstand tussen het gezondheidssysteem en de bevolking, vooral de meest kwetsbare, te verkleinen. Ons artikel, *Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen*, biedt een basiskader om over toegankelijkheid na te denken volgens de verschillende determinanten ervan: financiële en geografische toegankelijkheid, redelijke wachttijden, maar ook het vermogen om de eigen gezondheidstoestand in te schatten (gevoeligheid), een goede kennis van het gezondheidssysteem zodat men weet waar de juiste zorg kan gevonden worden, en de aanvaardbaarheid van het bestaande zorgaanbod. Deze laatste voorwaarde is cruciaal om het potentieel discriminerende karakter van het aanbod in de Belgische gezondheidszorg te begrijpen.

Het vermogen om een inschatting te maken van de gezondheidstoestand toont aan dat het, om zich goed te verzorgen, belangrijk is dat men in staat is om uit te maken of men al dan niet nood heeft aan zorg. In onze studie leggen we uit dat het niet zoeken van zorg deels gerelateerd is aan het vermogen om de eigen gezondheidsbehoeften in te schatten en hierop te anticiperen. We hebben het hier dus niet langer over het vermogen om de zorg te betalen of zich te verplaatsen, maar over het vermogen om de gezondheidstoestand te beoordelen en dit om te zetten in het nemen van actie binnen het gezondheidssysteem. Aangezien voor een juiste inschatting van een klinisch probleem een specifieke kennis nodig is, beginnen patiënten met weinig opvolging al met een groot nadeel in de vroegtijdige opsporing van toekomstige gezondheidsproblemen. De aanvaardbaarheid van het aanbod heeft dan weer betrekking op het waardesysteem van de patiënt en het potentieel conflict met wat het systeem te bieden heeft. Zo kan de patiënt er bijvoorbeeld voor kiezen om de zorg uit te stellen omdat het aanbod niet beantwoordt aan bepaalde behoeften, die niet noodzakelijk medisch van aard zijn (specifieke verwachtingen van praktische, organisatorische, informatieve, culturele of spirituele aard, enz.). Ook de manier waarop de zorg is georganiseerd, kan in sommige gevallen problematisch zijn (bijvoorbeeld thuiszorg). In het geval van telegenesekunde, kan de patiënt weigeren hiervan gebruik te maken omdat hij of zij niet bereid is persoonlijke gegevens

te delen in een digitale omgeving. Ook kan een patiënt weigeren beroep te doen op een zorgverlener, die zich niet respectvol tegen hem of haar gedraagt (omwille van de religieuze of ideologische overtuiging, de genderidentiteit of de kwetsbare sociaaleconomische positie van de patiënt). Deze dimensie is een cruciale parameter waarmee we rekening moeten houden om discriminatie in de gezondheidszorg en bij het al dan niet gebruik maken van het gezondheidssysteem te verminderen (Cès & Baeten, 2020).

De gezondheids crisis die we net hebben doorgemaakt, is bijna een illustratie van de verschillende dimensies van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aangezien het beheer ervan drastische beperkingen heeft opgelegd aan toegankelijke zorg. Deze beperkingen hebben vooral invloed gehad op de continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg. In onze eerste studie over raadplegingen op afstand (Avalosse, Henry, et al., 2020) wezen we reeds op het mogelijk afhaken van psychiatrische patiënten aan het begin van de pandemie, omdat de contacten met hen op initiatief van de artsen gebeurden en niet op vraag van de patiënten zelf. Deze vorm van raadpleging, hoewel noodzakelijk tijdens de eerste lockdown, heeft tal van belangrijke beperkingen: weerstand van sommige patiënten, onderdiagnose en een toenemende gezondheidskloof tussen minder gegoede en andere patiënten. Er is inmiddels een jaar verstreken en we wilden in een specifiek domein, dat van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, de situatie van het zorggebruik objectiveren. Onze nieuwe studie *De impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren* bevestigt de dramatische impact de ontoegankelijkheid van het gezondheidssysteem op de geestelijke gezondheid van jongeren. Kijken we naar de fysieke toegankelijkheid, dan zien we in onze cijfers een drastische terugval in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in het tweede kwartaal van 2020. Deze terugval wordt niet volledig gecompenseerd door raadplegingen op afstand. Als we kijken naar de betaalbaarheid en de aanvaardbaarheid, moeten we vaststellen dat de sociale gradiënt een bepalende factor is voor het type geestelijke gezondheidszorg waarvan gebruik wordt gemaakt: de meest kwetsbaren hebben een grotere kans om medicatie te gebruiken of in het ziekenhuis te belanden, maar minder kans om een specialist te zien. Ook wat de inschatting van de eigen gezondheidstoestand (gevoeligheid) betreft, blijkt uit observaties bij de kwetsbare groep jongeren tijdens de pandemie, dat het raadplegen van zorgverleners is afgenomen. Een gevolg hiervan is een sterke toename van het zorggebruik in het vierde trimester. We zien dan ook dat preventie een cruciale factor is om zwaardere curatieve behandelingen te voorkomen en dat bij gebrek aan preventie deze behandelingen toenemen. Ten slotte heeft de crisis nog maar eens de ontoereikendheid van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg aangetoond. Het systeem is reeds verzadigd, nog voor het diegenen die het verst van het gezondheidssysteem afstaan, kon bereiken. Hoewel dit artikel

een specifieke situatie analyseert, toont het ook meer algemeen aan dat de sociale ongelijkheden in de geestelijke gezondheid de directe vertaling zijn van het gevoerde beleid.

Erger nog, zonder een proactief beleid om ongelijkheden, die al van bij de geboorte ontstaan, in te dammen, zullen deze gedurende de rest van het leven alleen maar verder toenemen. In dit nummer publiceren we *Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?*, het derde artikel over de analyse van het traject van moeder en kind in de eerste dertig dagen na de geboorte. Sinds de verblijfsduur op de kraamafdeling na bevallingen werd ingekort, is het aantal heropnames van baby's in het ziekenhuis tussen 2015 en 2019 aanzienlijk toegenomen, met bijna 6%. Dit percentage stijgt zelfs tot 7,7% bij baby's wiens moeder recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (VT, een indicator waarmee we kinderen identificeren in gezinnen met een laag inkomen). Onze conclusies zijn duidelijk: het aantal heropnames van baby's stijgt sterk, en hetzelfde geldt voor risico-zwangerschappen en het aantal VT-moeders. Eén ding is zeker, hoewel we natuurlijk hopen dat elke moeder en kind adequate postnatale zorg krijgt, is het een feit dat de terugkeer naar huis, een goede nazorg nu eenmaal lastiger maakt, zeker als het aan de patiënt is om die nazorg te organiseren. Wij zijn van mening dat een beoordeling van de economische en sociale situatie van de moeder en haar kind nodig is om het soort postnatale zorg aan te passen, zelfs als dit betekent dat hun verblijf op de kraamafdeling verlengd moet worden om te garanderen dat deze patiënten de best toegankelijke zorg krijgen.

Tot slot zijn we geïnteresseerd in een vroegtijdige planning van het levenseinde, in het kader van de CM-campagne *Patiëntenrechten*. Deze aanpak bestaat uit het anticiperen op de discussie tussen de (toekomstige) patiënt en de zorgverleners, zodat rekening kan worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt bij beslissingen rond zijn of haar levenseinde, vooral als de gezondheidstoestand het niet langer toelaat om zich hierover uit te spreken. Zo'n praktijk is een concrete vertaling van de dimensie aanvaardbaarheid in de zorg. De gesprekken gaan over zowel fysieke als psychologische en spirituele aspecten, die verband houden met de waarden van de patiënt, om het levenseinde zo goed mogelijk te omkaderen. Deze praktijk laat niet alleen toekomstige patiënten toe om hun levenseinde op een serene manier te benaderen, maar biedt ook families en zorgverleners de mogelijkheid om te anticiperen en hun behoeften samen met hun waarden te integreren in de planning van de toekomstige zorg.

In dit nummer wilden we u laten zien dat zich kunnen verzorgen niet een vaardigheid is die alleen van het individu afhangt. Het is in feite een uiterst relatief vermogen, want het werkt alleen als men weet waar de relevante informatie te vinden is, weet hoe een klinische behoefte kan worden geïdentificeerd, over de nodige middelen beschikt (financiële middelen, vervoer), de plaatselijke taal machtig is om te benoemen wat men voelt en

dit uit te leggen aan een derde, met de administratieve last kan omgaan en verschillende (soms digitale) communicatiemethoden kan gebruiken. En ten slotte moet men dan ook nog een zorgverlener vinden die zijn/haar waarden en keuzes respecteert. Het zorgaanbod moet zo georganiseerd kunnen worden dat iedereen toegang tot gezondheidszorg heeft wanneer dat nodig is. We denken altijd aan toegankelijkheid in termen van **kunnen doen**, met andere woorden vanuit het vermogen van het individu om zich te laten verzorgen, maar de afstand tussen de patiënt en een adequate zorg is veel groter dan sommige indicatoren suggereren. Een beleid dat ervoor kiest om de toegankelijkheid voor iedereen te vergroten, moet dus eerder denken in termen van **empoweren**: het moet proactief optreden op alle plaatsen waar weerstand, wrijving en discriminatie sommige mensen ervan weerhouden zichzelf adequate zorg te verschaffen. Het moet de gezondheidszorg op alle mogelijke manieren dichter laten aansluiten op de behoeften van de hele bevolking. Dit vraagt om een evenwichtige aanpak tussen aan de ene kant een universalistisch beleid om structurele problemen binnen het gezondheidssysteem te corrigeren, via een groter aanbod van voor iedereen betaalbare zorg – onder meer door de beperkte conventioneeringsgraad bij bepaalde specialismen aan te pakken of meer mogelijkheden te integreren om het zorgaanbod aan te passen – en aan de andere kant specifieke regelingen voor kwetsbare groepen, zoals betere terugbetaling of een beter gecoördineerd zorgtraject, een grotere proactiviteit en sensibilisering van gezondheidswerkers om kwetsbare groepen te bereiken en een ambitieuzer preventief beleid. Een beleid dat de gezondheidskloof verkleint is zeker mogelijk. Sterker nog, alleen beleid kan de gezondheidskloof verkleinen, maar dit vergt permanente actie om het zorgaanbod dichterbij de hele bevolking te brengen, en niet alleen bij diegenen die toch al weten hoe ze het op de adequate manier kunnen gebruiken.

Élise Derroitte
Directrice Studiedienst

Bibliografie

- Avalosse, H., Henry, H., et al. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Baeten, R., Spasova, S., & Vanhercke, B. (2018). *Inequalities in access to healthcare - A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN). Brussel: Europese Commissie.

Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen

Sophie Cès — Studiedienst
Met dank aan Clara Noirhomme

Samenvatting

Het recht op toegang tot gezondheidszorg is een fundamenteel mensenrecht (Verenigde Naties, 1948). Op internationaal niveau wordt universele gezondheidszorg ("universal health coverage" – gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie) gepromoot om het beleid te sturen ten gunste van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen. De voorwaarden voor de realisatie ervan zijn echter niet gedefinieerd. Het doel van dit artikel is om te verduidelijken wat toegang tot gezondheidszorg betekent met behulp van bestaande conceptuele modellen en empirische studies om de onderliggende mechanismen die het kunnen belemmeren beter te begrijpen. Toegang tot gezondheidszorg voor iedereen kan alleen worden bereikt als het aanbod voldoende is aangepast om de bevolking in al haar diversiteit te bereiken. De toegankelijkheid van zorg hangt dus zowel af van contextuele factoren die verband houden met het aanbod als van de kenmerken van de zorgvraag.

Deze factoren kunnen worden ingedeeld in vier hoofddimensies:

- de gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg, d.i. is de capaciteit om het gezondheidsprobleem / -risico te identificeren;*
- de beschikbaarheid, stemt overeen met het feit of de diensten bereikbaar zijn (fysiek of op afstand);*
- de betaalbaarheid, d.w.z. of de persoonlijke bijdragen voldoende beperkt zijn om de toegang tot zorg niet te ontmoedigen en of het gebruik van gezondheidsdiensten patiënten niet blootstelt aan financiële problemen;*
- de aanvaardbaarheid, d.i. de minimale drempel van waargenomen kwaliteit die patiënten nodig hebben om in te stemmen met de gezondheidszorg.*

De toegang komt in gevaar zodra zich problemen voordoen in één dimensie.

Dit artikel toont de veelheid aan problemen die zich in elk van de dimensies kunnen voordoen, zowel aan de kant van het zorgaanbod als aan de vraagzijde. Sommige subgroepen van de bevolking hebben meer kans op problemen in verschillende dimensies die elkaar versterken. Er worden denkpistes voorgesteld om de toegangsproblemen in de vier dimensies op te lossen. Deze vaststelling roept op tot een holistische benadering van de bestrijding van ongelijkheden op het gebied van toegang door de implementatie van transformatieprocessen waarbij alle actoren betrokken zijn, teneinde gezamenlijke en gedifferentieerde acties te bevorderen ten gunste van het publiek dat het grootste risico loopt op toegangsproblemen.

Sleutelwoorden: *Betaalbaarheid, beschikbaarheid van de gezondheidszorg, de behoeften aan gezondheidszorg, vraag en aanbod in de gezondheidszorg, rechtvaardigheid*

1. Inleiding

De gezondheidszorg is een essentieel goed in die zin dat het voor ieder van ons onmisbaar is om onszelf te beschermen tegen de gevaren van ziekte en om ons toe te laten onze levenskwaliteit levenslang in stand te houden. In moderne samenlevingen is de erkenning van het belang van de gezondheidszorg het uitgangspunt voor de historische constructie van de verplichte ziekteverzekering (ongeacht de gekozen benaderingen). Het Handvest van Tallinn dat in 2008 door alle lidstaten van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie is ondertekend, vermeldt expliciet het fundamentele mensenrecht om “het hoogst mogelijke gezondheidsniveau” te bereiken. Het erkent dus de essentiële rol van gezondheidsstelsels die op individueel niveau niet alleen een “verbetering van de gezondheid” mogelijk maken, maar ook het “redden van levens”. Op maatschappelijk niveau draagt het gezondheidsstelsel niet alleen bij aan “maatschappelijk welzijn” maar ook aan “economische ontwikkeling”. (WHO Regional Office for Europe, 2008).

De toegang tot gezondheidszorg is a priori relatief eenvoudig te begrijpen omdat we het allemaal regelmatig ervaren, al dan niet positief. De problemen bij de toegang tot gezondheidszorg uit zich als onderbenutting¹ van de gezondheidszorg (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020) met niet te verwaarlozen gevolgen voor de gezondheid (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021; Dourgnon, Jusot, & Fantin, 2012; Cès & Baeten, Inequalities in access to healthcare in Belgium, 2020). Dit probleem komt vaker voor bij mensen in preciaire situaties, maar de hele bevolking kan ermee te maken krijgen, vooral wanneer de behoeften aan gezondheidszorg groot zijn.

Het doel van deze studie is een conceptueel model van toegang tot de gezondheidszorg te definiëren dat niet alleen is gebaseerd op de diverse bestaande modellen, maar ook op empirische studies van toegang tot de gezondheidszorg. Het gaat er vervolgens om - op basis van het voorgestelde model - de belangrijkste uitdagingen toe te lichten die zich voordoen om de toegang tot de gezondheidszorg in België te verbeteren. Het eerste deel richt zich op formalisering om te begrijpen hoe de toegang tot de gezondheidszorg op supranationaal en nationaal niveau wordt geformaliseerd (deel 2). Vervolgens wordt een kader voorgesteld om enerzijds het concept van toegang tot gezondheidszorg te definiëren (deel 3) en anderzijds een aantal pistes tot verbetering voor te stellen die antwoord bieden op bepaalde belangrijke uitdagingen op dit gebied (deel 4).

2. Geschiedenis van het principe van toegang tot de gezondheidszorg

2.1. Het principe van toegang tot de gezondheidszorg dat op supranationaal en nationaal niveau wordt verdedigd

Op internationaal niveau komt de erkenning van de belangrijke maatschappelijke bijdrage van de gezondheidszorg op zowel individueel als collectief niveau tot uiting in de nadruk op gemeenschappelijke algemene beginselen om het gezondheidsbeleid te sturen naar een betere toegang tot gezondheidszorg. Meerdere officiële teksten, ondertekend op initiatief van diverse internationale instanties, verduidelijken in de loop van de tijd steeds meer de contouren van de toegang tot gezondheidszorg op een normatieve manier, zowel met betrekking tot de verdedigde onderliggende waarden als de beginselen van sociale rechtvaardigheid en tot wat de gezondheidszorg dekt en de verwachte kwaliteit ervan.

Overigens wordt de toegang tot gezondheidszorg sinds 1948 verdedigd als een fundamenteel mensenrecht. De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, aangenomen door de Verenigde Naties in 1948, stelt een reeks grondrechten vast, waaronder “het recht op een levensstandaard die toereikend is voor de gezondheid, het welzijn en dat van het gezin, met inbegrip van voedsel, kleding, huisvesting, medische zorg en de noodzakelijke sociale diensten” (Verenigde Naties, 1948, artikel 25).

In 2006 heeft de Raad van de Europese Unie (2006, eigen vertaling) op Europees niveau de waarden van de gezondheidsstelsels als volgt gedefinieerd: “Universaliteit betekent dat niemand de toegang tot gezondheidszorg kan worden ontzegd; solidariteit is nauw verbonden met het financiële stelsel van onze nationale gezondheidsstelsels en de noodzaak om de toegang tot zorg voor iedereen te garanderen; gelijkheid betekent gelijke toegang voor iedereen volgens de behoeften, ongeacht etnische afkomst, geslacht, leeftijd, sociale status of het vermogen om te betalen.” Het principe van sociale rechtvaardigheid wordt hier expliciet beschreven voor de toegang tot de gezondheidszorg, het is het principe van rechtvaardigheid: de gelijke toegang volgens de behoeften, waarvan de garantie alleen kan worden gegarandeerd op voorwaarde dat er geen invloed is van een andere factor dan de behoeften bepaald door de gezondheidstoestand. In 2008 werd in het Handvest van Tallinn ook het universaliteitsbeginsel opgenomen (WHO Regional Office for Europe, 2008) Deze tekst gaat verder door toe te voegen dat het gebruik van gezondheidszorg individuen niet mag verarmen, hetgeen een ander beginsel is van sociale rechtvaardigheid toegepast op de toegang tot gezondheidszorg. In 2017 vinden deze gemeenschappelijke waarden en beginselen

1. De onderbenutting van de gezondheidszorg wordt gedefinieerd als het niet of onvoldoende benutten van gezondheidsdiensten wanneer er vanuit klinisch oogpunt een objectieve behoefte bestaat (dit is afhankelijk van de stand van de medische kennis op een bepaald moment).

hun juridische vertaling in een beginsel van de Europese pijler van sociale rechten die expliciet betrekking heeft op het recht op toegang tot de gezondheidszorg via de artikels 16: "Iedereen heeft recht op tijdige toegang tot betaalbare preventieve en curatieve gezondheidszorg van goede kwaliteit." en 18: "Iedereen heeft recht op betaalbare en hoogwaardige langdurige zorg, met name in de vorm van thuiszorg en gemeenschapsgerichte diensten." (Tajani, Ratas, & Juncker, 2017).

In 2019 definieert een tekst van een politieke verklaring van de Verenigde Naties (Verenigde Naties, 2019, p. 1) nauwkeurig het doel dat voor de gezondheidsstelsels moet worden bereikt door middel van de universele gezondheidsdekking, wat "inhoudt dat alle mensen zonder discriminatie toegang hebben tot een reeks essentiële en noodzakelijke gezondheidsdiensten, bepaald op nationaal niveau, preventief, curatief, revalidatie, palliatief, en tot essentiële medicatie en vaccins; veilig, betaalbaar, efficiënt en van hoge kwaliteit, waarbij ervoor wordt gezorgd dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met bijzondere aandacht voor arme, kwetsbare en gemarginaliseerde segmenten van de bevolking." Deze definitie geeft een centrale plaats aan toegang tot gezondheidszorg, aangezien de garantie ervan voor iedereen de essentiële voorwaarde is voor het bereiken van de universele gezondheidsdekking.

2.2. Het principe van toegang tot de gezondheidszorg dat op nationaal niveau wordt verdedigd

In België, op de rand van de opbouw van de sociale zekerheid en de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, is het aangekondigde doel "om de angst voor armoede, werkende mannen en vrouwen, zo volledig mogelijk weg te nemen". (Van Acker, 1944, p. 1730). Om dit te doen, is het de bedoeling om de sociale zekerheid voor iedereen te garanderen en zo een oplossing te bieden voor "de angst voor een ongeval of ziekte die de arbeidsgeschiktheid opschort, vermindert of annuleert, zelfs als de arbeidsgeschiktheid niet wordt onderbroken en verpletterende lasten op een gezinsbudget legt dat al moeilijk te balanceren is zonder dit gevaar." (Van Acker, 1944, p. 1730). De invaliditeitsverzekering tot doel heeft om inkomensverlies te compenseren, is het uitgangspunt waarop de ziekteverzekering is opgebouwd het beschermen van de bevolking tegen het financiële risico dat het gebruik van de gezondheidszorg met zich meebrengt en om het vermogen om te werken in de nasleep van de Tweede Wereldoorlog te behouden.

Hoewel de garantie van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen en de principes ervan goed vastgelegd zijn op supranationaal niveau, worden de voorwaarden voor de realisatie ervan niet vermeld. Dit is een algemene doelstelling die elke staat moet nastreven op basis van de context, de middelen waarover hij beschikt en de nog vast te stellen modaliteiten. (Nauleau, Destremau, & Lautier, 2013). Om een gezondheidsbeleid te voeren dat de toegang tot gezondheidszorg bevordert, moeten echter de factoren worden geïdentificeerd waarop het pertinent en mogelijk is om op te treden. Een aantal factoren zijn immers moeilijker op korte termijn te veranderen omdat ze het gevolg zijn van beleid in andere sectoren, waaronder een uitgebreider economisch beleid (bijvoorbeeld het inkomensniveau van gezinnen).

3. De factoren die van invloed zijn op de toegang tot gezondheidszorg

Alvorens de dimensies met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg te definiëren, moet het gebied van de toegang tot de gezondheidszorg duidelijk worden afgebakend.

3.1. Het onderscheid tussen de behoeften, de vraag en de toegang tot de gezondheidszorg

De toegang tot gezondheidszorg (preventief, curatief, revalidatie, palliatief en langdurig) is alleen gerechtvaardigd als de behoeften vanuit klinisch oogpunt objectief zijn². Dit impliceert dat aan twee voorwaarden moet worden voldaan. Enerzijds het bestaan van een somatisch of psychologisch probleem (of risico op een gezondheidsprobleem) en anderzijds het bestaan van een behandeling om de gezondheidstoestand te verbeteren, de levenskwaliteit te behouden of een verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen³.

Afhankelijk van het standpunt van de patiënt of de zorgverlener, kan de beoordeling van deze twee voorwaarden verschillen. Deze situaties kunnen als volgt worden gecategoriseerd.

- De behoeften die door patiënten worden waargenomen, komen niet noodzakelijkerwijs overeen met objectieve behoeften, hetzij omdat de persoon vanuit klinisch oogpunt geen gezondheidsprobleem heeft (of geen risico loopt op

2. Er moet op worden gewezen dat de behoefte aan gezondheidszorg op basis van een klinisch oordeel eigenlijk moeilijk vast te stellen kan zijn, omdat het medische bewijs niet altijd ondubbelzinnig is, vooral voor complexe klinische gevallen met comorbiditeiten. Omdat de stand van de medische wetenschap voortdurend evolueert, zal het klinische oordeel waarschijnlijk ook in de loop van de tijd variëren, afhankelijk van de medische vooruitgang. Ten slotte zou de kwestie van de constructie van ziekte als een sociaal fenomeen interessant zijn om te ontwikkelen, maar het gaat verder dan het kader van theoretische reflectie over de toegang tot gezondheidszorg.
3. Het gaat hier niet om het bespreken van de relevantie van de behandeling die verwijst naar een andere dimensie van de prestaties van het gezondheidssysteem, de adequaatheid van de zorg: "de mate waarin de verleende gezondheidszorg aangepast is aan de klinische behoeften, gelet op het beste bewijs dat op dit moment beschikbaar is" (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006).

een gezondheidsprobleem) of omdat er geen behandeling is voor de geïdentificeerde behoefte (of preventieve zorg voor het risico op het geïdentificeerde gezondheidsprobleem).

- De behoeften aan gezondheidszorg die door zorgverleners worden geïdentificeerd (doelen) worden niet noodzakelijkerwijs door patiënten waargenomen.
- En ten slotte kunnen objectieve behoeften helemaal niet worden gedetecteerd door patiënten (bijvoorbeeld in geval van afwezigheid van symptomen) of gezondheidswerkers (het probleem van niet-screening).

Dit is de reden waarom de vraag naar gezondheidszorg die door patiënten wordt uitgedrukt⁴ of door zorgverleners wordt geïnduceerd, niet volledig overlapt met objectieve behoeften⁵.

3.2. De soorten problemen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg

De diverse soorten problemen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg kunnen worden uitgesplitst afhankelijk van twee stappen die nodig zijn om behandeling te krijgen (zie Figuur 1). Om volledig te begrijpen wat toegang tot gezondheidszorg dekt, is het noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen “de primaire toegang”, wat overeenkomt met toegang tot het gezondheidszorgsysteem, het eerste contact met zorgverleners, en de “secundaire toegang” die overeenkomt met het initiëren van zorg na het eerste contact (Lombrail, 2010), de toegang tot behandeling (eventueel met aanvullende diagnostische stappen). Een aantal eenvoudige en niet-ernstige gezondheidsproblemen kunnen worden opgelost tijdens een consultatie bij een huisarts: de identificatie van behoeften en de behandeling verlopen bijna gelijktijdig. Maar wanneer de problemen ingewikkelder of complexer zijn (Gray, 2017) moet primaire toegang het mogelijk maken om zorg te initiëren waarbij verschillende zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken zijn (die ook tussenliggende diagnostische stappen kunnen omvatten), al dan niet in een bepaald traject dat overeenkomt met de uitvoering van een behandeling.

Toegangsproblemen komen overeen met objectieve onvervulde behoeften aan gezondheidszorg. Ze kunnen worden geclassificeerd volgens twee scenario's:

1. Wanneer de objectieve behoefte aan gezondheidszorg **door de patiënt wordt waargenomen**, wordt niet (volledig) voldaan aan de behoefte:
 - als de patiënt afziet van primaire toegang (geen contact met het gezondheidssysteem);
 - als de diagnose niet door de zorgverlener wordt vastgesteld (primaire toegang is gerealiseerd, maar de behandeling wordt niet verkregen);
 - als de diagnose door de zorgverlener wordt gesteld, maar de patiënt afziet van de zorg of de zorg uitstelt (mogelijk gedeeltelijk)⁶ (primaire toegang wordt gerealiseerd maar er is geen toegang tot de behandeling).
2. Wanneer de behoefte aan objectieve gezondheidszorg **niet door patiënten** wordt ervaren, kan niet (volledig) aan de behoefte worden voldaan:
 - Als de patiënt (gedeeltelijk) afziet van de voorgestelde zorg of deze uitstelt (bijvoorbeeld omdat hij er geen behoefte aan heeft in geval van asymptomatische problemen of om andere redenen, financieel of andere), ondanks de diagnose die de zorgverleners tijdens het contact met de patiënt stellen voor andere behoeften (bijvoorbeeld tijdens een screening op een gezondheidsprobleem waar men zich niet bewust van was).
 - Als de behoefte ook niet wordt geïdentificeerd door professionals (bijvoorbeeld screening op functionele beperkingen bij oudere personen).

De toegang tot gezondheidszorg kan dus als volgt worden gedefinieerd: het is het verkrijgen van een behandeling (in brede zin) in geval van een objectieve behoefte aan zorg vanuit klinisch oogpunt⁷. Het invullen van de behoeften komt overeen met de laatste fase van de levering van de behandeling die de realisatie van verschillende voorbereidende stappen vereist, afhankelijk van verschillende voorwaarden, zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde (zie Figuur 1).

4. Ter vereenvoudiging wordt het verzoek van patiënten in de rest van de tekst het verzoek genoemd.

5. Merk op dat figuur 1 geen rekening houdt met de categorie van de behoeften aan gezondheidszorg die door niet-klinisch objectieve patiënten worden waargenomen. Het is inderdaad geen probleem van toegang tot gezondheidszorg vanuit een theoretisch oogpunt (zoals hierboven gedefinieerd).

6. Het verkrijgen van een behandeling kan gedeeltelijk zijn in de zin dat de patiënt gedeeltelijk afstand doet van bepaalde zorg. Daarnaast is het ook mogelijk dat de diagnostische stap door patiënten kan worden uitgesteld of opgeschort als het nodig is om diagnostische tests of aanvullende raadplegingen uit te voeren.

7. In werkelijkheid kan de objectieve behoefte moeilijk te identificeren zijn: wanneer het klinische voordeel van de behandeling moeilijk vast te stellen is of wanneer de baten-risicobalans niet gunstig is. Er moet ook op gewezen worden dat de kwestie van de autonomie van de patiënt bij de keuze van de behandeling (op basis van de beoordeling door de patiënt van de verhouding tussen risico's en voordelen of andere persoonlijke criteria) geen kwestie is die rechtstreeks verband houdt met het domein van de toegang tot gezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor de bredere kwesties van respect voor levensdoelen en participatie van de patiënt in de zorg. Deze kwesties vallen buiten het bestek van dit artikel en zullen niet worden besproken.

Figuur 1: Problemen van verstoring tussen de objectieve behoefte, de vraag en de effectieve toegang tot de gezondheidszorg



3.3. De dimensies van de toegang tot de gezondheidszorg

De toegang tot gezondheidszorg is een complex dynamisch proces dat afhankelijk is van de kenmerken van het gezondheidssysteem en die van de bevolking die door deze diensten wordt bediend. De conceptuele kaders verschillen tussen de auteurs, met name in het aantal dimensies dat wordt gebruikt om de factoren te categoriseren die de toegang beïnvloeden. Volgens Penchansky kan de toegang tot de gezondheidszorg alleen worden bereikt als het aanbod voldoende is aangepast aan de bevolking: “De ‘toegang’ wordt hier gedefinieerd als een concept dat de mate van ‘concordantie’ tussen patiënten en het systeem vertegenwoordigt” (Penchansky & Thomas, 1981). Levesque definieert toegang als ‘het vermogen om gezondheidsbehoeften te identificeren, gezondheidszorgdiensten te zoeken, gezondheidszorgbronnen te bereiken, gezondheidszorgdiensten te verkrijgen of te gebruiken en effectief diensten aangeboden krijgen die zijn afgestemd op de behoeften aan gezondheidszorg’ (Levesque, Harris, & Russel, 2013, eigen vertaling).

Het onderstaande theoretische model is geïnspireerd op het model van Levesque. Het belang hiervan is om te erkennen dat toegang zowel wordt bepaald door de kenmerken van vraag als aanbod (Raynaud, 2015; Cu, Meister, Levebvre, & Ridde, 2021). De hier voorgestelde classificatie van de determinanten

van toegang geeft een normatieve definitie van elk van de gekozen dimensies. In elk van de dimensies worden de factoren die de toegang bepalen aan zowel de vraag- als de aanbodzijde verder ontwikkeld. Het model verschilt met name van het Levesque-model in het erkennen van de rol van zorgverleners bij het identificeren van behoeften aan gezondheidszorg en het activeren van toegang in het geval van patiënten die geen behoeften aan gezondheidszorg waarnemen (zie deel 3.2). De laatste dimensie die Levesque voorstelde met betrekking tot de geschiktheid van zorg, werd niet behouden omdat het een reeks kwesties omvat die te talrijk zijn en niet direct verband houden met die van de toegang tot de gezondheidszorg. De oefening werd ook uitgevoerd op basis van toegangsproblemen die in België of andere landen werden vastgesteld.

Elke dimensie verschilt in termen van zorgaanbod en vraag van de patiënten naar gezondheidszorg.

3.3.1. De gevoeligheid voor behoeften aan gezondheidszorg

Gevoeligheid is de eerste dimensie van toegang tot de gezondheidszorg die overeenkomt met het vermogen om objectieve behoeften vanuit een klinisch oogpunt te identificeren.

Aan de aanbodzijde is het essentieel om te erkennen dat het initiatief voor de toegang tot de gezondheidszorg niet volledig

op de patiënten rust wegens de niet-perceptie van bepaalde objectieve behoeften (in afwezigheid van symptomen of in geval van verwaarlozing of ontkenning). De zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om deze behoeften te detecteren en secundaire toegang te initiëren: het is de geïnduceerde vraag naar gezondheidszorg. Deze verantwoordelijkheid omvat niet alleen de fase van identificatie van het gezondheidsprobleem of -risico (bijvoorbeeld door vroegtijdige screening), maar ook de secundaire toegang tot de gezondheidszorg, d.w.z. het initiëren van het opnemen van de zorg. Deze stap is vooral belangrijk wanneer er verschillende zorgverleners, diensten of organisaties bij betrokken zijn. De organisatie van de communicatie tussen de verschillende diensten en organisaties moet ervoor zorgen dat de follow-up goed wordt geïnitieerd in geval van screening van een ziekte.

Aan de vraagzijde zal de identificatie van de behoeften aan gezondheidszorg afhangen van het vermogen van mensen om hun behoeften waar te nemen. Dit wordt niet alleen beïnvloed door het niveau van de gezondheidsvaardigheden, persoonlijke overtuigingen, maar ook door het sociale netwerk bij de persoon. Alleenstaande oudere personen hebben bijvoorbeeld meer kans om een gezondheidsprobleem te missen dan degenen die deel uitmaken van een koppel of een sociaal netwerk hebben. De identificatie van behoeften hangt ook af van het oordeelvermogen op basis van persoonlijke omstandigheden, dat wil zeggen, het niveau van onoplettendheid van mensen van hun gezondheid. De soms talrijke problemen waarmee mensen op andere domeinen te maken hebben - professioneel, familiaal, financieel of andere - zijn een oorzaak van onachtzaamheid verwaarlozing van de behoeften aan gezondheidszorg. Sociaal-economische kwetsbaarheid is ongetwijfeld de situatie die het grootste risico op onachtzaamheid met zich meebrengt, omdat de behoeften aan gezondheidszorg worden gemaskeerd door andere, meer dringende behoeften waaraan dagelijks moet worden voldaan, zoals huisvesting of voedsel. In deze gevallen kan bagatellisering of ontkenning van gezondheidsproblemen worden waargenomen (Cès & Baeten, 2020).

3.3.2. De beschikbaarheid

De beschikbaarheid van diensten komt overeen met het feit dat de diensten op redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor mensen met beperkte mobiliteit. Het omvat ook de beschikbaarheid van het aanbod voor mensen die fysiek of wettelijk niet in staat zijn om zich te verplaatsen: dringende en niet-dringende zorg aan huis of in een collectief verblijf (woonzorgcentra, gevangnissen, psychiatrische ziekenhuizen). Deze dimensie betreft enerzijds de kwantitatieve kwestie van de regulering van het aanbod

van zorgverleners volgens de behoeften van de bevolking en anderzijds de organisatorische en praktische aspecten van de uitvoering van gezondheidsdiensten (de gemakkelijheid).

Aan de aanbodzijde veronderstelt de beschikbaarheid twee belangrijke voorwaarden: enerzijds het bestaan van een toereikend en fysiek toegankelijk aanbod en anderzijds het ontbreken van enige vorm van discriminatie die de toegang tot diensten verhindert of afremt (bijvoorbeeld: patiënten met een betalingsachterstand voor hun ziekenhuisfactuur worden soms geweigerd in het ziekenhuis of zorg wordt geweigerd om diverse andere redenen zoals het feit van seropositief te zijn (Pezeril, 2012)). Beschikbaarheid wordt beïnvloed door een combinatie van factoren: de geografische spreiding op het grondgebied, de ontwikkeling van een mobiel dienstenaanbod, de openingstijden, de manier waarop het maken van een afspraak is georganiseerd, de manier waarop diensten met patiënten communiceren via kanalen die toegankelijk en bruikbaar zijn voor de hele bevolking, inclusief communicatie om de diensten bekend te maken.

Aan de vraagzijde, zelfs als diensten voldoende beschikbaar worden gesteld, vereist de toegang tot deze diensten dat mensen deze kunnen bereiken. Toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor behandeling, dat wil zeggen dat men tijd kan besteden (inclusief transporttijd, tijd doorgebracht in de wachtkamer en voor afspraken) die soms ten koste gaat van tijd die moet worden besteed aan dwingende activiteiten, zoals werktijd, kinderopvang of mantelzorg, enz. Familiale verantwoordelijkheden laten niet altijd tijd toe om tijd vrij te maken om naar consultaties te gaan of om in het ziekenhuis te worden opgenomen (bijvoorbeeld voor sommige éénoudergezinnen die geen sociaal netwerk hebben) (Cès & Baeten, 2020). De materiële levensomstandigheden zijn ook van invloed op het vermogen om diensten te bereiken, met name de beschikbare vervoer- en communicatiemiddelen. De algemene gezondheid van mensen heeft ook invloed op de mogelijkheden om diensten te bereiken. Een slechtere gezondheidstoestand impliceert een verminderd vermogen om zich te verplaatsen (om een medisch onderzoek te doen of om naar een specialist te gaan). Oudere personen, kwetsbare personen en/of chronisch zieken hebben meer risico om moeilijkheden in deze dimensie te ondervinden vanwege een lager vermogen om diensten te bereiken die praktische problemen verergeren (mobiliteitsproblemen, fysieke vermoeidheid, toegang tot informatie, enz.). Sommige geestelijke gezondheidsproblemen kunnen ook het vermogen belemmeren om diensten te bereiken, het gezondheidssysteem te begrijpen, toegang te krijgen tot informatie, contact op te nemen, zorg te regelen, enz. (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021). In deze dimensie is het krijgen van een éénmalige of regelmatige ondersteuning van familieleden soms essentieel om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg. (Cès, et al., 2017).

3.3.3. De betaalbaarheid

De betaalbaarheid komt overeen met het feit dat de persoonlijke bijdragen van de patiënten voldoende beperkt zijn om, langs de ene kant, het gebruik van zorg niet te ontmoedigen wanneer men deze nodig heeft en, langs de andere kant, te beschermen tegen financiële problemen wanneer patiënten beroep doen op de gezondheidszorg.

Aan de aanbodzijde hangt de betaalbaarheid in de eerste plaats af van het recht op dekking van de verplichte ziekteverzekering. Personen die niet voldoen aan de criteria om in aanmerking te komen, dragen de volledige kosten van de gezondheidszorg (bij afwezigheid van een privé verzekering). Voor personen die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, hangt de financiële toegang af van de financiële voorwaarden die zijn gesteld om gebruik te maken van gezondheidszorg. Er bestaan verschillende soorten bijdragen:

- de rechtstreekse betalingen: de betalingen voor gezondheidszorg of -diensten die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen (eventueel (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- het persoonlijk remgeld: een deel van de kosten voor gezondheidszorg die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, blijft ten laste van de patiënt (eventueel (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- de supplementen op de honoraria: dit zijn kosten die kunnen worden aangerekend bovenop de remgelden die zijn gedefinieerd in de regelgeving voor gezondheidszorg die wordt verleend door zorgverleners die niet (of niet volledig) geconventioneerd zijn (mogelijk (deels) gedekt door een aanvullende verzekering);
- Het feit dat de terugbetaalbare gezondheidskosten moeten worden voorgeschoten, heeft ook invloed op de toegang tot gezondheidszorg.

De financiële bijdrage van patiënten voor zorg die door de ziekteverzekering wordt gedekt, is gerechtvaardigd in de hypothese van moreel risico *ex post*. Afgezien van het gewenste verzekeringseffect, dat wil zeggen de solvabiliteit van de vraag naar essentiële en dure zorg door het poolen/samenbrengen van het financiële risico, is een bepaald deel van de zorgvraag vanuit klinisch oogpunt niet gerechtvaardigd en komt het overeen met een verspilling van gezondheidszorg, dat wil zeggen, die geen gezondheidsvoordeel oplevert. Het remgeld is dus een financiële prikkel om de sociaal verze-

den te responsabiliseren. Deze deelname zou het dubbele voordeel hebben dat de consumptie van gezondheidszorg wordt gematigd en tegelijkertijd een financieringsbron wordt voor gezondheidszorg die door de ziekteverzekering wordt gedekt. Er moet echter worden opgemerkt dat het risico van overmatig gebruik op initiatief van de patiënt beperkt blijft tot bepaalde gezondheidszorg die rechtstreeks toegankelijk is voor patiënten (Bardey, Couffinhal, & Grignon, 2002) zoals consultaties en huisbezoeken of de spoedgevallendienst. Bovendien hangt het gewenste beperkende effect van het remgeld af van de hoogte van het inkomen van de personen: mensen met een laag inkomen riskeren dat ze geen beroep zullen doen op de gezondheidszorg, ook niet in gerechtvaardigde gevallen, terwijl mensen met betere financiële middelen weinig prikkels zullen hebben om hun gebruik van de gezondheidszorg te veranderen. Sommige indicatoren bevestigen het toegenomen gebruik van bepaalde gezondheidszorg door begoede personen: het aantal bezoeken aan specialisten is gemiddeld beduidend hoger bij mensen met een hoog inkomen, ongeacht de gezondheidstoestand (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Het remgeld wordt ook gebruikt om het gebruik van bepaalde gezondheidszorg aan te moedigen of te ontmoedigen. De effectiviteit van de financiële prikkel als instrument om gedrag te beïnvloeden is echter niet duidelijk vastgesteld. Het voorbeeld van de trajecten voor mondzorg illustreert het falen van de financiële prikkel om het gebruik van preventieve tandheelkundige zorg onder sociaal-economisch kwetsbare mensen te vergroten. (Vandeleene & Lambert, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Hoewel bijkomende facultatieve privéverzekeringen de gezondheidskosten ten laste van patiënten kunnen verminderen, voldoen deze niet aan de behoefte aan financiële bescherming voor kwetsbare sociaaleconomische groepen en voor personen met een hoog gezondheidsrisico. Enerzijds varieert de hoogte van de premies volgens de aard van het contract (bijvoorbeeld collectief, onderhandeld door de werkgever dan wel individueel). Anderzijds kan het bedrag afhankelijk zijn van het niveau van gezondheidsrisico: de premies stijgen met het gezondheidsrisico en vooral met de leeftijd. Wanneer dat niet het geval is, is ook het forfait van de premie minder toegankelijk voor mensen met beperkte financiële middelen. Deze methoden voor de berekening van de premie zijn in strijd met het beginsel van de billijkheid dat heerst in de gezondheidsstelsels op Europees niveau: de garantie van gelijke toegang voor iedereen volgens de behoeften, ongeacht de financiële draagkracht⁸ (zie deel 1). De ontwikkeling van de privéverzekeringsmarkt om de essentiële gezondheidszorg te dekken, dreigt zo de ongelijkheden in de toegang tot zorg tussen de

8. In Europa wordt de noodzaak van de progressiviteit van de verschillende financieringsbronnen van de gezondheidszorg (bijdragen stijgen met het inkomensniveau) algemeen aanvaard: "De belangrijkste rechtvaardiging voor de berekening van deze progressiviteitsmaatregelen door economen is de quasi-consensus (ten minste in Europa) over het feit dat de financiering van de gezondheidszorg niet gebaseerd moet zijn op het principe van winst, maar op dat van de draagkracht" (Shokkaert & Van de Voorde, 2014, eigen vertaling).

begunstigde groepen en de kwetsbare groepen te vergroten en de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied verder te vergroten.

Daarom is het van essentieel belang om, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, een voldoende ruime dekking van de gezondheidszorg te garanderen voor de ganse bevolking, niet alleen op vlak van de keuze van de essentiële zorg die vergoed wordt, maar ook op vlak van de hoogte van het remgeld. De verplichte ziekteverzekering maakt het immers mogelijk om een billijke financiële toegang te garanderen door middel van een dubbel solidariteitsmechanisme (Jusot, Legal, Louvel, Pollak, & Shmueli, 2016): Mensen met een laag gezondheidsrisico dragen door het verplichte karakter bij aan de financiering van de gezondheidszorg en daarmee aan de verdeling van risico's tussen zieken en personen in goede gezondheid (solidariteit ex post tussen risicoklassen). Het feit dat bepaalde verplichte heffingen voor financiering van de ziekteverzekering progressief zijn, maakt het mogelijk om ex-ante een herverdeling tussen inkomensniveaus te realiseren (berekend voor 2015, is dit de solidariteit tussen inkomensniveaus ex-ante) (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Budgettaire keuzes in het kader van de verplichte ziekteverzekering hebben niet alleen directe gevolgen voor de hoogte van de eigen bijdragen van patiënten, maar ook voor de ontwikkeling van de markt van private ziektekostenverzekering. Dit leidt tot impliciete maatschappelijke keuzes op het gebied van sociale rechtvaardigheid. Door een jaarlijkse reële groeinorm vast te stellen voor van de gezondheidszorgbegroting die lager ligt dan de "natuurlijke" stijging van de gezondheidszorguitgaven (voornamelijk ten gevolge van de vergrijzing, de evolutie van de prevalentie van chronische ziekten en de medische vooruitgang) (Lambert, 2020), bestaat met name het risico dat de toegang tot gezondheidszorg en de billijkheid van het gezondheidszorgsysteem op een duurzame en significante manier achteruit gaan.

Aan de vraagzijde omvat het vermogen om te betalen het vermogen om de kosten te dragen van de gezondheidszorg, de vervoerskosten en de kosten die verband houden met eventueel inkomstenverlies (voor tijd doorgebracht voor de gezondheidszorg). Het inkomensniveau en de dekking van gezondheidszorg zijn bepalende factoren, maar niet de enige, want ook het sociale en familiale netwerk spelen een rol, in het bijzonder in het geval van een ernstig gezondheidsprobleem. Binnen families kan financiële solidariteit tussen de leden op regelmatige of punctuele basis tussenkomen in de betaling van de gezondheidskosten (Cès & Baeten, 2020). Dit is de reden waarom alleenstaande mensen die geen sociaal netwerk hebben, meer risico lopen op financiële problemen om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Ze hebben minder directe financiële draagkracht (slechts één beschikbaar inkomen) en ze genieten niet van familiale solidariteit in geval van grote nood aan gezondheidszorg. Er moet echter op worden gewezen dat sociaaleconomische ongelijkheden blijven be-

staan als het gaat om familiale solidariteit: het economisch en financieel kapitaal op gezinsniveau is ongelijk verdeeld tussen de begoede en de kwetsbare groepen. De mogelijkheden voor financiële steun in de kansarme groepen dreigen beperkter te zijn dan in de meer financieel welgestelde categorieën.

3.3.4. De aanvaardbaarheid

De aanvaardbaarheid verwijst naar het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg.

Wat betreft de vraagzijde, wordt deze adequaatheid bereikt wanneer de voorwaarden voor de verlening van gezondheidszorg voldoen aan bepaalde maatschappelijke behoeften:

- de noodzaak om bepaalde sociale normen te respecteren, bijvoorbeeld de beleefdheidsregels of bepaalde culturele en spirituele verwachtingen kunnen in bepaalde levensfasen, zoals tijdens de bevalling of aan het einde van het leven, belangrijker zijn;
- de noodzaak om bepaalde keuzes met betrekking tot de praktische organisatie van de zorg of de zorgverlening zelf (bv. voor thuiszorg) te respecteren;
- de noodzaak om voldoende communicatie te ontvangen die is aangepast aan de individuele situatie, d.w.z. zowel begrijpelijk als volledig (met betrekking tot de gezondheidsrisico's, gezondheidsvaardigheden, de noodzaak van aanvullende onderzoeken, diagnose, mogelijkheden van preventieve en curatieve behandelingen, baten/risicoverhouding, kosten van behandeling en andere kosten, enz.) om de therapietrouw te bevorderen en mogelijkheden voor aanpassing te identificeren. Deze behoefte omvat niet alleen de noodzaak om toegang te krijgen tot relevante informatie, maar ook om voldoende te worden gehoord om een kwaliteitsinteractie tussen zorgverleners en patiënten te waarborgen, aangezien niet alle patiënten hetzelfde vermogen hebben om over hun gezondheidsproblemen of op andere gebieden te communiceren. Meer inspanningen leveren in de communicatie is des te belangrijker naarmate de moeilijkheden in de andere dimensies aanzienlijk zijn (bijvoorbeeld in het geval van een dure behandeling voor de patiënt of voor een gezondheidsprobleem dat niet door de patiënt wordt gevoeld).

Andere elementen betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen ook worden overwogen, zoals de noodzaak om vertrouwen te hebben in de deskundigheid van zorgverleners, de kwaliteit van apparatuur, of de noodzaak om een minimum aan comfort te hebben (subjectief waargenomen), enz.

Aan de aanbodzijde wordt de aanvaardbaarheid beïnvloed door een diverse reeks factoren, zoals de kwaliteit van in-

infrastructuur en apparatuur, opleiding van zorgverleners, met name betreffende de wijze van communicatie met de patiënten en het bewustzijn van de strijd tegen discriminerend gedrag, mogelijkheden om verschillend te handelen afhankelijk van het profiel van de patiënten, in het bijzonder, de mogelijkheid om meer tijd te besteden aan bepaalde patiënten tijdens de contacten. Dit is een bijzonder belangrijke dimensie voor mensen met chronische gezondheidsproblemen of verlies van zelfredzaamheid (bijvoorbeeld verpleegkundige verzorging thuis met het probleem van de uurregeling van de zorgverlening die soms moeilijk te combineren is met het levensritme van afhankelijke oudere personen) (Cès, et al., 2017).

Deze dimensie verwijst naar de noodzaak om vooral een vertrouwensrelatie tussen zorgverleners en patiënten te waarborgen, zodat de rol van elkeen op zijn best kan worden uitgeoefend om de toegang tot zorg te verbeteren. Afgezien van de kwestie van de strategische gezondheidskeuzes die mensen moeten kunnen maken (deze kwestie overstijgt het kader van dit artikel), is het vermogen van zorgprocessen om zich aan te passen aan bepaalde specifieke behoeften een grote uitdaging voor het gezondheidssysteem, omdat het gaat om het implementeren van een kader dat flexibel genoeg is om de behandeling op basis van de patiënten te kunnen onderscheiden, en soms zelfs het aanpassen van de middelen die worden besteed aan het profiel van de mensen. Dit komt neer op het erkennen van het feit dat patiënten met gelijke zorgbehoeften niet gelijk worden behandeld volgens overwegingen die verder gaan dan de medische sfeer. Deze mogelijkheid moet niet alleen uitdrukkelijk worden erkend, maar ook worden beoordeeld, met name de belemmeringen voor het minimale aanpassingsvermogen dat vereist is om voldoende aanvaardbare zorg te verlenen aan alle soorten publiek. Er moet echter worden opgemerkt dat aanvaardbaarheid verschilt van tevredenheid in de zin dat het overeenkomt met de minimale tevredenheidsdrempel waaronder geen gezondheidszorg zal worden gevraagd.

4. Manieren om de toegang in elke dimensie te verbeteren

4.1. De verschillende niveaus om de factoren te bepalen die de toegang beïnvloeden

Het gezondheidssysteem is op een complexe manier georganiseerd met veel beslissingsorganen die elkaar wederzijds beïnvloeden. Niettemin is het mogelijk om drie hoofdniveaus te identificeren waar de factoren die van invloed zijn op de toegang tot de gezondheidszorg zullen worden bepaald (belemmeringen of facilitators van toegang): het macro-, meso- en microniveau (andere vormen van overheidsbeleid kunnen de toegang tot de gezondheidszorg indirect ook aanzienlijk beïnvloeden, maar dit vormt niet het onderwerp van dit artikel).

Het macroniveau betreft beslissingen met betrekking tot het gezondheidssysteem, het mesoniveau betreft de organisatie van de gezondheidszorg op lokaal niveau waarbij vooral zorgorganisaties en -verleners betrokken zijn en het microniveau betreft het niveau van interactie tussen patiënten en zorgverleners (Wereldgezondheidsorganisatie, 2003).

Op macroniveau zijn verschillende factoren van invloed op de vraag en het aanbod van gezondheidszorg. Aan de aanbodzijde zullen verschillende beslissingen een directe invloed hebben op de toegang tot gezondheidszorg, in de eerste plaats op het niveau van de begrotingsmiddelen die aan de sector van gezondheidszorg worden toegewezen of op de regelgeving die is genomen om de toegang tot zorgverleners te reguleren. Deze vragen hebben betrekking op collectieve keuzes die afhankelijk zijn van het soort sociale beschermingsystemen dat historisch is aangenomen. Deze keuzes zijn voortdurend onderhevig aan aanpassingen door enerzijds druk op de noodzaak om medische vooruitgang toegankelijk te maken, het aanbod aan te passen aan de veranderende gezondheidsbehoeften van de bevolking en voldoende financiële dekking van de gezondheidszorg en anderzijds van deze gezondheidsuitgaven te financieren.

Op mesoniveau kunnen zorgverleners en zorgorganisaties de toegang tot gezondheidszorg ook aanzienlijk belemmeren, bijvoorbeeld door expliciete discriminatiemaatregelen in te voeren om bepaalde patiënten met een bepaald profiel uit te sluiten (bijvoorbeeld bij achterstallige ziekenhuisfacturen of bij het ontbreken van een aanvullende verzekering) (Cès & Baeten, 2020)), met een laag sociaaleconomisch niveau of met sociale moeilijkheden of met psychische problemen, enz. Omdat deze kenmerken elkaar niet uitsluiten, heeft een bijzonder kwetsbaar publiek een verhoogd risico op minder toegang tot de gezondheidszorg.

Het microniveau is het niveau van directe interactie tussen patiënten en zorgverleners. Op dit niveau wordt de toegang tot gezondheidszorg beïnvloed door individuele factoren die verband houden met patiënten en zorgverleners.

De verbeterpistes voor de toegang in de vier dimensies die hierna worden voorgesteld, zijn niet exhaustief. Ze gaan uit van de belangrijke problemen van toegang tot gezondheidszorg die in het gezondheidssysteem door middel van studies zijn geïdentificeerd. Deze kunnen worden gekenmerkt op basis van de niveaus waarop ze worden bepaald.

4.2. Verbeteren van de gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg

De gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg is een voorwaarde voor de toegang tot de gezondheidszorg die expliciet moet worden erkend, bestudeerd en geïntegreerd in het gezondheidsbeleid. De inzet van de gevoeligheid is het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen en risico's

om de toegang tot behandeling of preventieve zorg te activeren op basis van individuele gezondheidsrisico's.

Aan de aanbodzijde verwijst het in de eerste plaats naar de strijd tegen vooroordelen en discriminerend gedrag ten opzichte van bepaalde sociale groepen of individuen. Een recent rapport benadrukte het feit dat mensen in psychiatrische instellingen het slachtoffer zijn van vooroordelen en stigmatisering (Jespers, Christiaens, Kohn, & Savoye, 2021). Het risico op niet-detectie van somatische gezondheidsproblemen bij deze patiënten is hoog, vooral omdat zorgverleners moeite hebben met het herkennen van somatische gezondheidsproblemen bij deze patiënten. Lichamelijke klachten kunnen worden toegeschreven aan psychische stoornissen. Buiten de psychiatrische context leidt de stigmatisering van psychiatrische patiënten tot uitstel van zorg: deze patiënten zijn niet prioritair of ze kunnen het slachtoffer zijn van bepaalde veronderstellingen bij specialisten met betrekking tot hun vermogen om zich aan behandelingen te houden. Omdat deze lager zouden zijn dan bij andere patiënten, worden behandelingen niet voorgesteld. Dit probleem is al vastgesteld in verschillende contexten en voor verschillende doelgroepen: vrouwen van Aziatische afkomst in Londen hadden minder frequente screening op baarmoederhalskanker. De geïnterviewde artsen hadden, ten onrechte, verwacht dat deze vrouwen zich niet zouden laten screenen. (Lang, 2009). Homoseksuelen ondervinden ook moeilijkheden bij de toegang tot zorg. Met name op preventief gebied wordt bij homoseksuele vrouwen minder screening waargenomen op baarmoederhalskanker en borstkanker in vergelijking met heteroseksuele vrouwen (Albuquerque, et al., 2016).

Een andere oorzaak van het niet detecteren van gezondheidsproblemen is het gebrek aan aandacht voor de patiënt, hetzij omdat artsen niet voldoende onderzoeken voorbij de hoofdreden van de raadpleging, zoals het risico van het niet screenen van de behoefte aan hulp bij ouderen door huisartsen (bijvoorbeeld voor dagelijkse verzorging) (Cès, et al., 2017; Cès, et al., 2020), of omdat artsen niet over voldoende kennis of vaardigheden beschikken om de gevoelens van patiënten te ontcijferen. De ervaring van patiënten met een zeldzame ziekte illustreert dit probleem van gevoeligheid bijzonder goed. Voor dit type ziekte kan de tijd tussen het verschijnen van de eerste symptomen en de diagnose erg lang zijn (soms meerdere jaren) vanwege het gebrek aan gevoeligheid van zorgverleners voor de symptomen (vanwege ontkenning, onwetendheid van de ziekte, minimalisering van symptomen) met rampzalige gevolgen voor patiënten (psychisch leed, vertraging in de behandeling, pijnbestrijding, enz.) (Loridan & Noirhomme, 2020).

Een andere mogelijke piste voor het verbeteren van de gevoeligheid is meer rekening houden met sociale (psychosociale/

sociaaleconomische) risicofactoren voor de ziekte. Het biomedische paradigma, vooral gericht op medische en biologische variabelen, waarop zorgprotocollen gericht zijn, sluit de sociale component van de ziekte uit. Sommige sociale kenmerken echter zijn minstens zo belangrijk in termen van risico als biomedische factoren. Er is op die manier sprake van een systematische structurele onderschatting van risico's in sociaaleconomisch kwetsbare groepen door zorgverleners. Late opsporing of gebrek aan preventieve zorg bij een bewezen risico draagt bij aan de toename van sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg. Zo worden kwetsbare personen onvoldoende gescreend op basis van hun verhoogde risico op hart- en vaatziekten. (Lombrail, 2010). In België raadplegen rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming⁹ (VT) de huisarts op dezelfde manier als gemiddeld binnen de bevolking, maar zij hebben minder toegang tot bepaalde preventieve zorg (zoals borstkankerscreening). (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Mann spreekt over de socioparesie van de volksgezondheid (Mann, 1998) om te verwijzen naar het onvermogen om de sociale determinanten van gezondheid te integreren om sociale ongelijkheden in de gezondheid aan te pakken. De erkenning van de sociale constructie van ongelijkheid in de gezondheidszorg biedt niettemin een kader voor reflectie om de praktijken van zorgverleners te verbeteren. Een betere integratie van de verschillende soorten kennis uit disciplines die a priori minder doordrigend zijn, de biomedische, epidemiologische en sociale wetenschappen is een piste die moet worden bekeken om de zorgprotocollen en de medische praktijk te verbeteren. Deze vaststelling vraagt ook om een reflectie betreffende de normatieve criteria die worden gebruikt om de performantie van het gezondheidsstelsel te beoordelen. Het gelijk gebruik van bepaalde gezondheidszorg bij een vergelijkbare gezondheidstoestand, met name op het gebied van screening, mag niet worden geïnterpreteerd als een wenselijk resultaat, omdat het de verschillen in gezondheidsrisico's volgens sociale gradiënt zou verdoezelen.

Aan de vraagzijde moeten patiënten in staat zijn om hun behoeften aan gezondheidszorg te identificeren. Dit vermogen wordt niet alleen beïnvloed door de context van het leven van mensen (zie hieronder, het sociale netwerk of de problemen en zorgen die zich op andere gebieden voordoen), maar meer in het algemeen door het niveau van de gezondheidsvaardigheden. "Het vermogen van een persoon om informatie over zijn gezondheid te vinden, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken, zodat hij vervolgens keuzes en beslissingen kan nemen in zijn dagelijks leven om zijn gezondheid en kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren" (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broucke, & Kohn, 2019). Daarom moet het vermogen om iemands gezondheidsbehoeften waar te nemen expliciet worden geïntegreerd als een afzonderlijk onderdeel van de gezondheidsvaardigheden. De gevoeligheid voor de percep-

9. Sommige categorieën verzekerden met een laag inkomen betalen minder remgeld, op basis van een status die "verhoogde tegemoetkoming" wordt genoemd.

tie van de behoeften aan gezondheidszorg kan in de eerste plaats op microniveau worden verbeterd als onderdeel van interacties met zorgverleners. Meer in het algemeen spelen ook andere actoren een belangrijke rol in de gezondheidsvoorlichting (bv. school, werk, diensten voor de promotie van de gezondheid en patiëntenvoorlichting, de sociaal-culturele sector, jeugdbewegingen, hulp aan het jonge kinderen (ONE/Kind&gezin), de media, enz.). In 2019 tonen de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête aan dat het niveau van gezondheidsvaardigheden onvoldoende of problematisch is voor 33% van de bevolking (representatieve steekproef van de Belgische bevolking). Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden onder de bevolking is een collectieve, maatschappelijke en politieke verantwoordelijkheid (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013). Het moet op nationaal niveau worden gecoördineerd, waarbij de veelheid aan betrokken actoren wordt geïntegreerd. (Rondia, Adriaenssens, Van Den Broeck, & Kohn, 2019).

4.3. Verbetering van de beschikbaarheid van gezondheidszorg

De beschikbaarheid van hulp aan huis is een gekend probleem (Cès & Baeten, 2020). Het aanbod van thuiszorg kan in sommige geografische gebieden beperkter zijn. Aanbieders die instemmen met huisbezoeken kunnen om verschillende redenen schaars worden in bepaalde landelijke of economisch kwetsbare gebieden: onvoldoende vergoeding om de vervoerskosten te compenseren, met inbegrip van de kosten van de tijd die aan het vervoer wordt besteed en mogelijke negatieve gevolgen zoals vermoeidheid. De ontwikkeling van een lokaal zorgaanbod dicht bij huis en ambulante blijft de komende jaren een grote uitdaging. Enerzijds leidt de vergrijzing tot een snelle toename van de vraag naar zorg en ondersteunende diensten (door de snelle toename van het aantal afhankelijke oudere personen en de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven) (Cès, et al., 2017). Aan de andere kant, met de verkorting van de duur van het verblijf in het ziekenhuis, moet een reeks gezondheidsdiensten (ambulant en thuis), thuishulpdiensten en sociale diensten beter kunnen worden gemobiliseerd om de continuïteit van de zorg na een ziekenhuisopname te waarborgen. Dit impliceert zowel een toename van het volume van de zorgcapaciteit voor dit type diensten als een snellere reactiviteit (de terugkeer naar huis moet sneller worden georganiseerd).

Met de ontwikkeling van digitale technologieën zijn de modaliteiten voor de levering van het aanbod van zorg op afstand ge diversifieerd¹⁰. Deze diensten die op afstand van de patiënt worden geleverd, zijn een innovatief alternatief om een be-

tere beschikbaarheid van gezondheidszorg mogelijk te maken, zowel aan de aanbodzijde van de zorg als aan de vraag door bepaalde beperkingen weg te nemen: het elimineren van verplaatsingen naar de plaats van de zorgverlening, voor zorgverleners en patiënten (met name voor mensen in een collectieve verblijfsvorm of die mobiliteitsproblemen hebben), het verkorten van de tijd die nodig is voor andere activiteiten (bijvoorbeeld voor mantelzorg of alleenstaande ouders), het gemak van snel contact tussen de zorgverlener en de patiënt. Uit feedback van patiënten tijdens de lockdown op teleconsultatie blijkt dat deze vorm van contact nuttig kan zijn voor bepaalde vragen zoals het voorschrijven van medicatie, administratieve vragen en de opvolging van chronische ziekten. Het kan echter in veel gevallen geen direct contact vervangen (Avalosse, et al., 2020). De digitalisering van administratieve diensten is ook een kans voor aanzienlijke verbetering, vanwege de snelheid, het gemak van de stromen en de besparingen op de middelen. Het normaliseren van uitwisselingen op digitale wijze, beperkt echter de mogelijkheid van administratieve behandeling van complexe of atypische individuele situaties.

Deze innovaties leveren toegangsproblemen van een andere aard op. Het gebruik van digitale interfaces tussen gebruikers en diensten genereert nieuwe vormen van uitsluiting van doelgroepen die minder goed uitgerust zijn met digitale apparatuur (29% van de huishoudens met een laag inkomen heeft geen internetverbinding) of in termen van kennis die nodig is voor gebruik (40% van de Belgen heeft weinig of geen digitale kennis) (Brotcorne & Mariën, 2020). Daarom blijft de mogelijkheid van directe en snelle interactie via communicatiekanalen die door iedereen kunnen worden gebruikt, een essentiële voorwaarde die moet worden gegarandeerd en gecontroleerd. De huidige trend naar digitalisering van openbare diensten, versneld door de COVID-19-pandemie, vormt echter een groot risico voor de toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare groepen. Volgens het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad wordt de impact van deze digitalisering voor iedereen onderschat, met name in verband met het risico dat geen beroep wordt gedaan op de sociale rechten (Noël, 2021; Desprez, Noël, & Solis Ramirez, 2020).

Een andere reflectiepiste betreft de beschikbaarheid van het ambulante aanbod. De recente projecties van de medische demografie laten de komende jaren een daling van het aantal huisartsen zien (-3% tussen 2021 en 2026) terwijl de prognoses een toename van de vraag naar het aantal contacten voorzien (+7,1% tussen 2020 en 2025) (Lefèvre & Gerken, 2021). Het tekort aan geconventioneerde zorgverleners impliceert een aanzienlijke wachttijd om een afspraak te krijgen bij een zorgverlener die werkt aan conventietarief, vooral in derma-

10. De digitale zorg neemt verschillende vormen aan: Teleconsultatie (het overleg op afstand tussen de zorgverlener en de patiënt per telefoon, video, chat of e-mail), telemonitoring ("een zorgverlener controleert en bewaakt op afstand de gezondheidsparameters van een patiënt"), tele-bijstand ("de arts stuurt (of voert) op afstand een medische interventie uit, zoals een beeldvormend onderzoek of operatie) en tele-expertise ("zorgverleners raadplegen op afstand over een specifieke patiënt, zonder dat het aanwezig is") (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020).

tologie (niveau van conventionering van 25%), oogheelkunde (33%), tandheelkunde (29%), gynaecologie (44%) (De Wolf, et al., 2020).

4.4. Verbetering van de betaalbaarheid

De kosten ten laste van patiënten brengen twee problemen met zich mee: het uitstel of niet gebruik maken van gezondheidszorg en catastrofale uitgaven, die ook de toegang op een later tijdstip kunnen belemmeren (Thomson, Cylus, & Evetovits, 2019). Doordat deze gezondheidsuitgaven de budgetten van de huishoudens aanzienlijk belasten, zullen deze waarschijnlijk van invloed zijn op het vermogen van huishoudens om te voldoen aan andere even essentiële behoeften voor gezondheid (bv. voedsel, huisvesting, verwarming, enz.) en de gezondheidstoestand beïnvloeden (met name vanwege psychologische stress) (Cès & Baeten, 2020).

Anderzijds tonen de resultaten van de OSE-studie duidelijk het directe oorzakelijk verband tussen het uitstellen van zorg om financiële redenen en de aanzienlijke verslechtering van de gezondheidstoestand bij sommige patiënten op de spoed-gevallendienst. Deze gevallen van levensbedreigende nood-situaties zijn slechts het zichtbare deel van een grotere groep patiënten die - als gevolg van uitstel of afzien van zorg - lijden aan een minder gemakkelijk waarneembare, maar niettemin significante verslechtering van hun gezondheidstoestand (bijvoorbeeld verlies van overlevingskans in het geval van late diagnose of vermijdbare gezondheidsproblemen die in de loop van de tijd aanhouden). Deze financiële toegankelijkheidsproblemen dragen aanzienlijk bij tot de verergering van de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied.

In België is de zorg moeilijker toegankelijk voor sociaaleconomisch kwetsbare mensen: 6,4% van de mensen met een laag inkomen geeft aan om financiële redenen onvervulde behoeften te hebben aan medische zorg¹¹ (vergeleken met 0% voor de hoogste inkomenscategorie in 2018) (zie Eurostat-site). Daarmee behoort België tot de landen in Europa met de grootste ongelijkheid in financiële toegang tot zorg.

Er zijn meerdere belangrijke financiële hindernissen geïdentificeerd (Cès & Baeten, 2020).

- Het gebrek aan gezondheidsdekking onder de bevolking, die 1% vertegenwoordigt van de mensen die officieel in België wonen in 2017 (OECD, 2017), is een belangrijke barrière voor de toegang voor een aanzienlijk aantal mensen.

Daarnaast zijn er een aantal individuele situaties die van deze schatting zijn uitgesloten, met name mensen die hun recht op de verplichte ziekteverzekering langer dan twee jaar hebben verloren, zwartwerkers, gedetacheerde buitenlandse werknemers die niet gedekt zijn in hun land van herkomst en mensen die niet officieel in België wonen (bv. personen zonder papieren, personen die ten onrechte uit het bevolkingsregister zijn geschrapt).

- het voorschieten van terugbetaalbare gezondheidskosten vormt een belangrijke belemmering voor bepaalde groepen met een geringe financiële draagkracht.
- een geheel aan gezondheidszorg met een aanzienlijke therapeutische meerwaarde die niet of weinig wordt vergoed (bv. verzorgingsmateriaal voor wonden, bepaalde medicatie, brillen, gehoorapparaten, tandprothesen).
- het remgeld: Hoewel ze niet de enige bron van financiële moeilijkheden zijn, toont de OSE-studie aan dat ze een financieel obstakel vormen voor een sociaaleconomisch kwetsbare bevolking. Er bestaan twee financiële beschermingsmaatregelen om het remgeld te beperken: het statuut van de verhoogde tegemoetkoming en de Maximumfactuur¹² (MAF). De effectiviteit van deze twee maatregelen bij het beschermen van mensen tegen buitensporige kosten kan echter worden verbeterd, te beginnen met de automatisering van het VT statuut om het probleem van non take-up op te lossen (Baeten, 2021).
- De ziekenhuiskosten ten laste van patiënten zijn ook problematisch voor sommige patiënten met aanzienlijke gezondheidsproblemen en/of beperkte financiële middelen (41% van de ziekenhuisopnames in algemene ziekenhuizen met minstens één overnachting op een twee- of meerpersoonskamer kost patiënten meer dan 200 euro) volgens het AIM-IMA-rapport. (De Wolf, Di Zinno, Dolphens, Landtmeters, & Lona, 2021).
- De problemen van de kosten voor vervoer tussen ziekenhuizen en regelmatige ambulante vervoerskosten zijn ook oorzaken van buitensporige uitgaven ten opzichte van de financiële draagkracht van patiënten.

Maatregelen om de financiële toegankelijkheid te verbeteren kunnen snel worden uitgevoerd (een lijst wordt voorgesteld na een enquête onder een aantal actoren in het gezondheidsstelsel (Baeten, 2021)): de uitbreiding van de derde betaler, of de verlaging van het plafond van de maximumfactuur voor

11. De referentiepopulatie omvat ook mensen die geen behoefte hadden aan medische zorg en sluit bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen uit. Dit percentage zou daarom theoretisch hoger zijn als het alleen zou worden berekend op basis van de populatie die in de afgelopen 12 maanden ten minste één medische behoefte heeft gehad.

12. Boven een bepaald plafond is het remgeld dat op jaarbasis is gecumuleerd niet langer sociaal aanvaardbaar omdat ze een financiële last worden die te hoog wordt. Bij overschrijding van het plafond (afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen) wordt het remgeld terugbetaald.

de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, het schrappen van remgeld voor minderjarigen, een betere dekking voor bepaalde materialen of apparatuur. Het verbeteren van de financiële toegankelijkheid moet worden ondersteund door een reeks evenwichtige maatregelen om zowel de financiële toegang te verbeteren voor mensen met het statuut verhoogde tegemoetkoming, maar ook om financiële toegankelijkheidsproblemen voor de rest van de bevolking te voorkomen. De financiële toegankelijkheidsproblemen zullen waarschijnlijk een breed scala van de bevolking treffen (vooral mensen die niet werken of met chronische gezondheidsproblemen). De noodzaak om de financiële toegang te verbeteren is des te sterker omdat de economische context bijzonder ongunstig is.

4.5. De verbetering van de aanvaardbaarheid

De eerste prioriteit in deze dimensie is de strijd tegen discriminerend gedrag of bepaalde verkeerde voorstellingen ten opzichte van bepaalde sociale minderheidsgroepen die andere kenmerken vertonen dan de rest van de bevolking, hetzij vanuit het oogpunt van gezondheid (bijv. mensen met een psychische stoornis, kwetsbare oudere personen, mensen met een handicap) of vanuit sociaal oogpunt (kwetsbare personen, met verschillende seksuele geaardheid, van buitenlandse afkomst, prostituees, enz.). Er moet op worden gewezen dat de factoren van discriminatie elkaar niet uitsluiten. Het is immers mogelijk om verschillende kenmerken te combineren die tot discriminatie kunnen leiden (dit is de intersectionaliteit (Crenshaw, 1989)); deze kunnen cumulatief zijn of van nog andere aard zijn dan degene die betrekking hebben op één enkele discriminatiefactor. Sommige jongeren in preciaire situaties melden dat ze te maken kregen met racistische of agressieve opmerkingen door gezondheidswerkers (Maes, 2021).

In de eerste plaats gaat het om het bestrijden van negatieve houdingen van zorgverleners die zich daar niet altijd van bewust zijn. Als het bijvoorbeeld gaat om het uitstellen van zorg, zijn preciaire mensen bang om negatief beoordeeld te worden door gezondheidswerkers vanwege hun vermeende onvermogen om de economische en sociale problemen waarmee ze worden geconfronteerd te begrijpen (Maes, 2021). Dit kan gaan via de opleiding van professionals, maar ook om het implementeren van participatieve kwaliteitsverbeteringsprocessen waarbij patiënten betrokken zijn. Naast discriminerend gedrag is het aanpassen van het gedrag van zorgverleners op basis van het patiëntenprofiel min of meer eenvoudig, afhankelijk van de sociale afstand tot de patiënt.

Anderzijds is het noodzakelijk om te erkennen dat het vermogen om het zorgaanbod aan te passen structureel wordt beperkt door diverse vereisten, of het nu gaat om financiële, organisatorische, ethische, praktische, enz. Patiënten met een meer atypisch profiel lopen meer risico op problemen in deze dimensie (zoals de niet-gefinancierde tijd om beter te

communiceren met bepaalde patiënten) of vanwege de starheid van de organisatie van de zorgproces (zoals bijvoorbeeld de uurregeling). Er zijn veel mogelijkheden voor onderzoek die leiden tot innovatieve oplossingen en transformaties van het zorgproces om de aanvaardbaarheid te verbeteren (bijvoorbeeld door te vertrouwen op participatieve benaderingen zoals de Service Design methode). (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019)).

Het gaat er ten slotte om te erkennen dat het probleem van de aanvaardbaarheid een gebied op zich is. In het bijzonder moet dit worden overwogen in het kader van beleid ten voordele van patiëntgerichte zorg vanuit de drie potentiële actieniveaus (macro, meso, micro), met als risico dat deze problematiek herleid wordt tot het microniveau. Zodoende wordt het alleen nog mogelijk om een informele aanpassing van de interactie te concretiseren tussen de zorgverlener en de patiënten. Om de aanvaardbaarheid te verbeteren, moet het beginsel van gestandaardiseerde behandeling in vraag worden gesteld, met name door extra middelen toe te wijzen om bepaalde kwetsbare groepen beter te bereiken.

4.6. Synthese van de vier dimensies

Het resultaat van deze analyse bevestigt in de eerste plaats het feit dat de toegangsproblemen niet gelijkmatig over de bevolking zijn verdeeld. De moeilijkheden stapelen zich op en versterken zich in de verschillende dimensies voor bepaalde kwetsbare subgroepen (zie Tabel 1). Dit laat toe om ook de aandacht te vestigen op de complexiteit van de mechanismen die leiden tot het uitstellen van gezondheidszorg en het risico van een vicieuze cirkel onder kwetsbare mensen: een minder goede gezondheid kan een negatief effect te hebben op de sociaaleconomische status, wat een verslechtering van de situatie op verschillende gebieden van het leven impliceert (materiële omstandigheden, gezinsleven, werk, enz.), wat dan weer gevolgen zal hebben voor de toegang tot gezondheidszorg en de gezondheidstoestand van mensen op termijn verder kan verslechteren. Deze vaststellingen maken het mogelijk om de hardnekkigheid van ongelijkheid in de toegang tot zorg beter te begrijpen, een andere dimensie van de omgekeerde zorgwet: "De beschikbaarheid van hoogwaardige medische zorg is omgekeerd evenredig met de zorgbehoeften van de bediende bevolkingsgroep." (Hart, 1971; The Lancet, Editorial, 2021).

Het is interessant om op te merken dat moeilijkheden binnen eenzelfde dimensie soms ook worden versterkt tussen vraag en aanbod, bijvoorbeeld het risico van onderscreening van gezondheidsproblemen, als gevolg van discriminatie of onderschatting van risicofactoren aan de aanbodzijde is des te groter wanneer patiënten hun gezondheidsbehoeften aan gezondheidszorg niet waarnemen (in geval van ontkenning, afwezigheid van symptomen of verwaarlozing van de behoefte aan gezondheidszorg).

Tabel 1: Voorbeelden van problemen met de toegang tot gezondheidszorg in elk van de dimensies

Dimensie	Aanbod	Vraag
Gevoeligheid	Gebrek aan identificatie van behoeften aan gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> Onderdiagnose als gevolg van discriminatie of vooroordelen of nalatigheid (al dan niet met opzet) Onderdiagnose door geen rekening te houden met symptomen Onderschatting van risicofactoren 	Onvermogen om behoeften aan gezondheidszorg waar te nemen <ul style="list-style-type: none"> Ontkenning of bagatellisering van gezondheidsproblemen Meer acute problemen op andere gebieden (financieel, familiaal, professioneel, enz.) Niet-perceptie bij afwezigheid van symptomen (voorbeelden, hypertensie, diabetes, kanker, enz.)
	Beschikbaarheid	Onvermogen om patiënten te bereiken <ul style="list-style-type: none"> Wachlijst voor geconventioneerde zorgverleners Beperkt aanbod van aanbieders voor huisbezoeken Onthaal niet aangepast voor personen met beperkte mobiliteit Uitsluiting van sociaaleconomisch kwetsbare patiënten of andere profielen (bv. mensen zonder aanvullende verzekering of met betalingsachterstanden in het ziekenhuis)
Betaalbaarheid		Hoge persoonlijke bijdragen <ul style="list-style-type: none"> Bedrag van remgelden te hoog Voorschieten van kosten kan problematisch zijn (geen derdebetaler) Facturering van honorariumsupplementen Gebrek aan transparante factuur (bijvoorbeeld voor ambulante laboratoriumanalyses of ziekenhuisfactuur) Buitensporige facturatie van niet-terugbetaalbare kosten
	Aanvaardbaarheid	Ontoereikende kwaliteit van diensten <ul style="list-style-type: none"> Discriminerend gedrag op basis van geslacht, seksuele geaardheid, afkomst, socio-economische situatie, leeftijd, enz. Communicatie niet aangepast aan het profiel van de patiënt Niet-wijzigbaar proces of zorgvoorwaarden

Figuur 2 illustreert de onderlinge afhankelijkheid van de vier dimensies voor het bereiken van toegang en ook tussen het aanbod van zorg en de bevolking:

- Gevoeligheid voor de behoeften: identificatie van behoeften aan de aanbodzijde en waarneming van behoeften aan de bevolkingszijde
- De beschikbaarheid: het vermogen om patiënten van de aanbodzijde te bereiken en de mogelijkheid om de diensten te bereiken aan de bevolkingszijde
- De betaalbaarheid: de financiële dekking van zorg en de financiële draagkracht van de bevolking
- De aanvaardbaarheid: de minimale kwaliteit van zorg en de bereidheid van de bevolking om gebruik te maken van diensten.

Figuur 2 toont een probleem van overeenstemming in de vier dimensies (niet verbonden cirkels) met enerzijds moeilijkheden voor de bevolking in elk van de dimensies en anderzijds het aanbod dat niet voldoende is aangepast aan de moeilijkheden waarmee de bevolking wordt geconfronteerd.



5. Beleid ter verbetering van de gezondheidszorg

De diverse problemen die in de vier dimensies worden genoemd, onderstrepen dat de toegang tot gezondheidszorg in de eerste plaats een collectieve verantwoordelijkheid is door het invoeren van een beleid dat bevorderlijk is voor de toegang tot de gezondheidszorg.

5.1. Het juridisch kader

Deze uitvoering moet in de eerste plaats gebeuren door middel van wettelijke bepalingen, fundamentele mensenrechten, sociale rechten, patiëntenrechten en, meer operationeel, door middel van normen en reglementering (bijvoorbeeld met betrekking tot regels voor de ziekenhuisfacturen). In de eerste plaats moet ervoor worden gezorgd dat de nieuw vastgestelde wettelijke normen de toegang tot gezondheidszorg niet kunnen verslechteren, met name door niet in strijd te zijn met het rechtskader waarbinnen zij zijn gebaseerd of met de fundamentele beginselen en waarden van het gezondheidsstelsel (bv. gelijk tarief van gezondheidszorg op het grondgebied). En anderzijds is het essentieel om ervoor te zorgen dat dit hele regelgevend kader echt wordt toegepast door de zorgverleners, maar ook door het openbaar bestuur. Met name met betrekking tot de toepassing van sociale rechten moet worden erkend dat de automatische toekenning van die rechten volledig de verantwoordelijkheid is van de openbare diensten.

De strijd tegen discriminatie moet uitdrukkelijk worden erkend in het kader van beleid inzake toegang tot gezondheidszorg, voornamelijk in drie dimensies (gevoeligheid, beschikbaarheid en aanvaardbaarheid). De diversiteit van actoren en onderliggende mechanismen vereist benaderingen op verschillende niveaus. In de opleiding en bewustmaking van zorgverleners moet deze kwestie expliciet worden opgenomen om discriminerend gedrag te voorkomen waarvan men zich niet noodzakelijkerwijs bewust is, met name tegenover kwetsbare mensen. Forichon spreekt van "latente discriminaties van professionals en instellingen" (Forichon, 2005) die wijd verspreid zouden zijn in organisaties, waarbij sociale hiërarchieën worden gereproduceerd binnen de ziekenhuisorganisatie, wat sociale verschillen in de zorg zou veroorzaken. Stroomafwaarts spelen ook initiatieven, ontplooid in het kader van kwaliteitszorg een rol bij het waarborgen van kwaliteit een rol bij het voorkomen van discriminerend gedrag. Het eerbiedigen van grondrechten om gelijke behandeling te garanderen en discriminatie te voorkomen, is een van de principes die het vaakst naar voren worden gebracht in acties om de kwaliteit te waarborgen in de langdurige zorg in Europa (Cès & Coster, 2019). De betere controle van bepaalde praktijken in de beschikbaarheidsdimensie (bijvoorbeeld om de selectie van patiënten te voorkomen) zou nuttig zijn om de uitsluiting van bepaalde patiënten met een minder wenselijk profiel vanuit sociaal of financieel oogpunt te bestrijden. Een klachtenregistratiesysteem of discussieforum

zou bijvoorbeeld nauwkeurige gegevens over dit gedrag verstrekken om gerichte acties te ondernemen. Het Interfederaal Gelijkekansencentrum beveelt “een gecoördineerde aanpak en de ontwikkeling van gegevens over gelijkheid en discriminatie” aan (inclusief op vlak van toegang tot gezondheidszorg (zie unia.be).

5.2. Identificatie van groepen die risico lopen op toegangsproblemen

Een tweede reflectiepiste richt zich op de erkenning van subgroepen van de bevolking met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg dewelke meer risico lopen op toegangsproblemen in de vier dimensies. Enerzijds moet dit verlopen via de identificatie van de diverse doelgroepen, de moeilijkheden bij de toegang en de onderliggende oorzaken ervan en anderzijds via de opbouw van een theoretische en praktische kennis van deze specifieke doelgroepen die wordt gedeeld door zorgverleners. De organisatie van de eerstelijnszorg in de vorm van wijkgezondheidscentra is onder meer een mogelijk antwoord. Het maakt het mogelijk om knowhow en interpersoonlijke kennis op te bouwen om aan de specifieke behoeften van deze subgroepen van de bevolking te voldoen (Cès & Baeten, 2020). Meer in het algemeen zou bevolkingssegmentatie meer diepgaande reflecties mogelijk maken over hoe de doelgroepen kunnen worden bereikt die meer risico lopen op toegangsproblemen.

Het beginsel van proportioneel universalisme is een interessante piste die verder moet worden ontwikkeld om de toegang tot gezondheidszorg te bevorderen en rekening te houden met de verschillen in de risico's van toegangsproblemen. De te nemen maatregelen moeten beter worden afgestemd op de behoeften van elk individu. Binnen screeningsprogramma's zouden acties van verschillende intensiteit bijvoorbeeld het probleem van de gevoeligheid (het probleem van het detecteren van behoeften aan gezondheidszorg) voor de kwetsbare bevolking aanpakken.

5.3. Ontwikkeling van een aanbod aangepast aan de behoeften van de bevolking

Een derde reflectiepiste is de vraag naar investeringen en maatregelen die moeten worden genomen om een zorgaanbod te ontwikkelen dat is aangepast aan de behoeften van de bevolking. De ontwikkeling van een aanbod dat zowel beschikbaar als financieel toegankelijk is, blijft een grote uitdaging (Cès & Baeten, 2020; De Wolf, et al., 2020; Lefèvre & Gerkens, 2021). In sommige disciplines dreigt de schaarste aan zorgverleners, in combinatie met een lagere conventioneeringsgraad de ongelijkheden in toegang verder te vergroten, met enerzijds een geconventioneerd aanbod, maar niet binnen een redelijke termijn toegankelijk en anderzijds gedeconventioneerde geneeskunde, temporeel snel toegankelijk maar financieel ontoegankelijk voor een groot deel van de bevolking.

Een vierde reflectiepiste vloeit voort uit de vaststelling dat de cumulatie van moeilijkheden op individueel niveau de noodzaak creëert om te worden geholpen bij de stappen die ondernomen moeten worden voor de toegang tot de gezondheidszorg. Vanwege de complexiteit van het gezondheidssysteem en individuele situaties zijn sommige mensen niet in staat om hun gezondheidszorg te organiseren (Cès & Baeten, 2020; Cès, et al., 2017). Dit probleem is des te acuter voor mensen met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg (chronisch zieken, met psychische problemen, afhankelijke oudere personen), of tijdelijk, op bepaalde specifieke momenten wanneer mensen niet over het fysieke en / of mentale vermogen beschikken om hun gezondheidszorg te organiseren (bijvoorbeeld: tijdens de follow-up na hun ziekenhuisopname). Deze belangrijke rol bij het organiseren van de gezondheidszorg wordt vaak informeel overgenomen door mantelzorgers wanneer ze aanwezig zijn. (Cès, et al., 2017). Voor sommige groepen met aanzienlijke behoeften aan gezondheidszorg (bijvoorbeeld voor afhankelijke oudere personen) wordt dit type ondersteuning al geïmplementeerd (sous forme de projets pilotes) door thuiszorgcoördinatie of casemanagement (merk op dat deze diensten bredere taken hebben dan toegang tot zorg) (Van Durme, Schmitz, Cès, & Macq, 2015; Cornelis, Desmedt, Chevalier, Camaly, & Christiaens, 2021). Het zou echter nodig zijn om dit soort ondersteuning uit te breiden naar iedereen die niet in staat is, tijdelijk of chronisch, om zijn gezondheidszorg te organiseren (bijvoorbeeld in het geval van een depressieve episode). Daarnaast vereist deze aandacht ook voor kwetsbare mensen een betere systematische en proactieve betrokkenheid van sociale diensten, min of meer intensief afhankelijk van individuele situaties (bijvoorbeeld pilootprojecten CommunityHealth Workers voor kwetsbare groepen).

De beleidsbeslissingen ten gunste van de toegang tot de gezondheidszorg moeten beter worden afgestemd met de actoren (vertegenwoordigers van zorgverleners, mutualiteiten en patiëntenverenigingen). De complexiteit van de mechanismen die de toegang bepalen, vereist inderdaad een voorkeur voor benaderingen die meer gebaseerd zijn op participatie en ervaring (bijvoorbeeld via methoden zoals Service Design of participierend leiderschap). Deze stellen een reeks principes voor die ervoor zorgen dat nieuwe voorstellen voor veranderingen en transformaties om de toegang tot zorg te bevorderen en dat deze uitgetest kunnen worden (World Health Organisation, 2021; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

Tot slot is het van essentieel belang om de toegang tot de gezondheidszorg voortdurend te monitoren om de maatregelen die moeten worden genomen vroegtijdig aan te passen en zo een verslechtering van de toegang tot gezondheidszorg te voorkomen die schadelijk is voor de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Daartoe worden administratieve gegevens over het gebruik van de gezondheidszorg al diepgaand gebruikt en worden de resultaten van de analyses openbaar gemaakt via verschillende regelmatig gepubliceerde rapporten. Het zou echter nuttig zijn om een bredere reflectie uit

te voeren om deze beoordeling te voltooien. Enerzijds zouden, om bepaalde dimensies van toegang nauwkeuriger te kunnen beoordelen, meer specifieke indicatoren (bv. berekening van de financiële lasten) kunnen worden berekend en regelmatig worden bijgewerkt op basis van reeds verzamelde gegevens. En anderzijds zou het ook nodig zijn om andere gegevens te verzamelen om een volledige beoordeling te krijgen van alle problemen rond de toegang tot gezondheidszorg, meer bepaald om een evaluatie te maken van het uitstel van zorg.

6. Besluit

Toegang tot de gezondheidszorg is een bezorgdheid die historisch geworteld is in de opbouw van sociale bescherming en de verzorgingsstaat. Doordat het gezondheidssysteem niet in staat was om de noodtoestand op zich te nemen, heeft de COVID-19-pandemie de kwestie van de toegang tot gezondheidszorg weer centraal gesteld in het publieke debat. Deze crisis heeft het belang benadrukt van wat de samenleving bereid is op te offeren om de toegang tot gezondheidszorg voor de hardst getroffen te waarborgen. Na deze crisis moet het recht van toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen worden verdedigd als een fundamentele waarde van het gezondheidsstelsel en zich profileren als een constitutieve voorwaarde voor elk gezondheidsbeleid. Het is in deze filosofie dat CM zich inzet voor de verdediging van de eerbiediging van dit fundamentele mensenrecht in het kader van haar diverse mandaten als ziekenfonds en voor de uitvoering van de onder-

steunende diensten voor de leden die nodig zijn om de effectieve verwezenlijking ervan te waarborgen.

Door middel van de vier dimensies benadrukt het conceptuele model mogelijke acties in de breedte om de toegang te verbeteren door alle determinanten ervan zo uitgebreid mogelijk op te nemen. In het bijzonder worden twee minder bekende, maar niet minder essentiële dimensies benadrukt voor het bereiken van toegang: gevoeligheid voor de behoeften aan gezondheidszorg en aanvaardbaarheid van de zorg. Het toont ook de onderlinge afhankelijkheid van elk van de actoren bij het bereiken van toegang als een dynamisch proces, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde van de zorg.

Hoewel er veel determinanten zijn van sociale gezondheidsongelijkheden, dragen de aanhoudende moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg voor de kwetsbare bevolking aanzienlijk bij tot de verslechtering van de ongelijkheden op gezondheidsgebied in België (Cès & Baeten, 2020). Het biedt dus een completer kader voor reflectie om alle factoren die ongelijkheden in toegang verklaren beter te begrijpen. Gezien de diversiteit aan mechanismen die de toegang tot gezondheidszorg beïnvloeden en de complexiteit van de onderlinge afhankelijkheden tussen alle componenten van toegang, moet het beleid voor universele gezondheidsdekking holistisch en participatief worden beschouwd. (World Health Organisation, 2021; World Health Organisation, Open mindsets Participatory Leadership for Health, 2016) in de vorm van een uitgebreid plan, zodat de gezondheidszorg meer van de mensen kan bereiken die dit het meest nodig hebben en de sociale ongelijkheid in gezondheid aanzienlijk kan verminderen.

Bibliografie

- Albuquerque, G. A., De Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Juscinnaide Henrique Alves, M., Moreira Belém, J., Winter dos Santos Figueiredo, F., . . . Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2).
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Baeten, R. (2021). *Analyse van de bevraging van experts en belanghebbenden. Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Syntheserapport*. Brussel: Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE).
- Bardey, D., Couffinal, A., & Grignon, M. (2002). *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé*. Bulletin d'information en économie de la santé. Parijs: Centre de Recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 53.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 334 D/2020/10.273/30.
- Brotcorne, P., & Mariën, I. (2020). *Barometer digitale inclusie*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Carlier, M. (1980). La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 7-8(872-873), 1-48.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussel: Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE).

- Cès, S., & Coster, S. (2019). *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report*. European Social Policy Network (ESPN). Brussel: Europese Commissie.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Cès, S., Lambert, A.-S., Mello, J., Declercq, A., Speybroek, N., Annemans, L., & Macq, J. (2020). The direct cost of disability of community-dwelling older persons in Belgium. *Ageing and Society*, 41(10), 2214-2241.
- Cornelis, J., Desmedt, M., Chevalier, E., Camaly, O., & Christiaens, W. (2021). Zorintegratie bij kwetsbare ouderen in België : een evaluatie van de derde fase van Protocole 3. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE reports 346As.
- Council of the European Union. (2006). *Council Conclusions on Common Values and principles in European Union Health System*. Official Journal of the European Union, C 146.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Cu, A., Meister, S., Levebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(116).
- De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., Landtmeters, B., & Lona, M. (2021). *État des lieux des coûts hospitaliers à charge, Données 2019*. Brussel: IMA-AIM.
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement*. Brussel: IMA-AIM.
- Desprez, A., Noël, L., & Solis Ramirez, F. (2020). «Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie». Fédération Wallonie-Bruxelles IWEPSS Observatoire de la Santé et du Social/Observatorium voor gezondheid en welzijn brussels.
- Dourgnon, P., Jusot, F., & Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 28-29(1-2).
- Forichon, E. (2005). Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? *Empan*, 4(60), 86-90.
- Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying and understanding of complexity to medicine. *Journal of primary health care*, 9(4), 258-261.
- Hart, T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Jaspers, V., Christiaens, W., Kohn, L., & Savoye, I. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 338 D/2021/10.273/4.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., & Shmueli, A. (2016). A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, XXXI(4), 15-62.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy The solid facts*. World Health Organisation.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-informatie*, 281, 4-22.
- Lang, T. (2009). Populations vulnérables et accès aux soins de santé Principes et réalités. In I. Poirot-Mazères (dir.) *L'accès aux soins. Principes et réalités* (pp. 221-227). Toulouse: Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole.
- Lefèvre, M., & Gerkens, S. (2021). *Evaluatie van de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem op basis van projecties – Aanvulling bij "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019"*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 341A D/2021/10.273/12.
- Levesque, J.-F., Harris, M., & Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Lombrail, P. (2010). Le système de soins et les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, 24(73).
- Lombrail, P., & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39.
- Loridan, J., & Noirhomme, C. (2020). *Analyse de terrain des trajets existants des patients atteints de maladie rares dans l'EMR*. Euregio Meuse-Rhin: Projet EMRaDi.
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue nouvelle*, 6, 2-5.
- Mann, J. (1998). Santé publique : éthique et droits de la personne. *Santé publique*, 10(3), 239-250.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease*. Health Services Research (HSR). Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 328 D/2020/10.273/03.
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 3(215), 129-148.
- Noël, L. (2021). Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise/Niet-gebruik van rechten en bestaansonzekerheid in het Brussels Gewest. (B. studies, Éd.) *La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles/ Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel*.
- OECD. (2017). Couverture des soins de santé. *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE*. Parijs: OECD Publishing.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care*, 9(2), 127-140.
- Pezeril, C. (2012). *Premiers résultats de l'enquête «Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles)»*. Plateforme Prévention Sida (PPS), Observatoire du sida et des sexualités (OSS).
- Raynaud, J. (2015). *Inégalités d'accès aux soins Acteurs de san-*

té et territoires. Paris: Economica Anthropos.

- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries?* Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports 322 D/2019/10.273/63.
- Shokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2014). Équité du système de santé belge. *Revue française d'économie*, XXIX(4), 129-172.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Tajani, A., Ratas, J., & Juncker, J. (2017). *Les 20 principes clés du socle européen des droits sociaux*. Gothenburg: Sommet Social pour des emplois et une croissance équitables.
- The Lancet, Editorial. (2021). 50 years of the inverse care law. *The Lancet*, 397.
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for healthcare? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Verenigde Naties. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Verenigde Naties. (1948). *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens*.
- Van Acker, A. (1944). Rapport au Régent précédant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. *M.B. du 30 décembre 1944*, p.1730.
- Van Durme, T., Schmitz, O., Cès, S., & Macq, J. (2015). Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé conjugée*, 72.
- Vandeleene, G., & Lambert, L. (2019). Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld. *MC-informatie*, 276, 4-17.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2003). *Résumé d'orientation Des soins novateurs pour les maladies chroniques*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (2016). *Open mindsets Participatory Leadership for Health*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2021). *Voice, agency, empowerment Handbook on social participation for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organisation.

De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening en geneesmiddelen voor psychische problemen

Svetlana Sholokhova, Clara Noirhomme, Ann Morissens, Rebekka Verniest – Studiedienst
Met dank aan Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse en Sophie Cès

Samenvatting

De genomen maatregelen om de COVID-19 pandemie in te dijken, hebben een grote impact gehad op onze samenleving en niet in het minst op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Er waren diverse noodkreten en oproepen om meer rekening te houden met deze groep en meer ondersteuning te voorzien.

In dit artikel richten we ons op de verstrekte geestelijke gezondheidszorg voor CM-leden jonger dan achttien jaar op basis van beschikbare facturatiegegevens. Het gaat dan over ambulante psychiatrische en psychologische zorg, psychiatrische ziekenhuisopnames en spoedeisende psychiatrische hulp in ziekenhuizen. Daarnaast nemen we de voorschriften voor geneesmiddelen voor psychische problemen onder de loep. Tot slot, gaan we na of er sprake is van sociale ongelijkheid in het gebruik van zorg en geneesmiddelen.

De resultaten van onze studie zijn alarmerend. Wat de hospitalisaties betreft, tonen de gegevens over opnames in de psychiatrie, na een daling in het tweede en derde semester van 2020, een stijgende trend. Vanaf 2021 zien we een belangrijke stijging voor het beroep doen op dringende psychiatrische hulpverlening. Wat het gebruik van geneesmiddelen voor psychische problemen betreft, is de meest opvallende bevinding de sterke toename van het volume, gemeten als DDD (de dagelijkse gedefinieerde dosis), in combinatie met een daling van het aantal patiënten.

De studie deed ook een opvallende vaststelling over het zorggebruik bij kwetsbare groepen. Zowel het risico om opgenomen te worden, als het risico om antipsychotica te gebruiken, is hoger voor kinderen en jongeren die in wijken wonen met een laag mediaan inkomen, in vergelijking met hun leeftijdsgenoten in wijken met een hoger mediaan inkomen. Voor de toegang tot de minder ingrijpende ambulante zorg zien we het omgekeerde. Er is dus een sociale gradiënt in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

We sluiten af met enkele aandachtspunten. Deze hebben betrekking op de ontoereikendheid van kwantitatieve gegevens, de aanzienlijke sociale ongelijkheid in het gebruik van de zorg en het voorschrijven van antipsychotica, het grotere risico voor de kwetsbare groepen om een beroep te doen op curatieve in plaats van preventieve zorg en de plaats van teleconsultaties voor jongeren.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, COVID-19, psychologische raadplegingen, psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisopname op psychiatrische afdelingen, ziekenhuisopname in psychiatrische ziekenhuizen, geneesmiddelen voor psychische problemen, kwantitatieve analyse

1. Inleiding

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie en het voorjaar dat daarop volgde, werd veel aandacht besteed aan het onderwerp geestelijke gezondheid, en vooral de gezondheid van kinderen en jongeren. De media, politici en onderzoekers hebben gekeken hoe de maatregelen, genomen om de pandemie in te dijken, de geestelijke gezondheid van jongeren hebben verzwakt en hun algehele welzijn hebben verminderd. Deze aandacht was een reactie op de alarmerende signalen van talrijke diensten voor geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulpverlening die soms melding maakten van dramatische situaties binnen hun dienst: lange wachtlijsten voor zowel ziekenhuisopnames als raadplegingen, gebrek aan plaatsen en personeel om een kwaliteitsvolle opvolging te garanderen van de vele nieuwe en bestaande patiënten met ernstigere klinische profielen dan in het verleden (Un collectif de psychiatres et des pédopsychiatres, 2021).

De CM-studiedienst besloot na te gaan welke invloed de COVID-19-pandemie had op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor jongeren onder de 18 jaar, door gebruik te maken van gegevens over zorggebruik waarover CM als beheerder van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging beschikt. Het onderwerp van onze studie is dus de medische en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor alle jongeren, ongeacht of zij getroffen werden door COVID-19. In die zin zijn het de COVID-19-pandemie en de sociale crisis die erdoor veroorzaakt is en de maatregelen die genomen zijn om ze in te dijken die centraal staan in deze studie, en niet de mogelijke gevolgen van het ziek zijn van COVID-19 voor de geestelijke gezondheid van het individu.

We wijzen erop dat onze analyse niet toelaat met zekerheid te stellen of de geestelijke gezondheid van jongeren al dan niet is verslechterd door toedoen van de pandemie. Geestelijke gezondheid kan, net als gezondheid in het algemeen, is niet beperkt tot het medische domein en dus tot het gebruik van gezondheidszorg. Geestelijke gezondheid is afhankelijk van meerdere factoren (biologische, economische, sociale, omgevingsfactoren) die op verschillende niveaus (individu, samenleving, land, wereld) van invloed zijn. De analyse die wij hier voorstellen stelt ons niettemin in staat te begrijpen of er zich, sinds het begin van de pandemie, opmerkelijke veranderingen hebben voorgedaan in het gebruik van gezondheidszorg. Op basis van deze veranderingen werden een aantal hypothesen geformuleerd over de manier waarop kinderen en jongeren hebben gereageerd op de crisis die door de COVID-19-pandemie is veroorzaakt. Deze hypothesen moeten dan met andere methoden worden onderzocht.

Deze kwantitatieve studie vormt de basis voor een kwalitatief onderzoek over hetzelfde onderwerp dat momenteel door de auteurs wordt uitgevoerd. De resultaten van laatstgenoemd onderzoek zullen in juli 2022 worden gepubliceerd als onderdeel van het themanummer gewijd aan geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in België.

2. Stand van zaken van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België

2.1. De organisatie van de zorgverlening

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België is hertekend na de laatste hervorming die in 2015 werd opgestart. Deze langverwachte hervorming was het resultaat van de vaststelling van verschillende knelpunten in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren. Zo publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2012 de resultaten van een participatief onderzoek dat tot doel had na te denken over de richting die de hervorming van deze sector moet inslaan. In 2015 ondertekende de Interministeriële Conferentie volksgezondheid (IMC) de “Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid, voor kinderen en jongeren”, die vervolgens het referentiedocument werd voor de hervorming van de sector¹.

Een van de centrale conclusies van de KCE-analyse was de vaststelling van “extreme versnippering en compartimentering tussen organisaties, sectoren, beroepen en confessionele pijlers” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 37). Het risico van versnippering van de zorg is dat zorggebruikers moeilijk hun weg vinden in het zorgsysteem, maar ook dat zij niet altijd een gecoördineerde en consistente opvolging krijgen van de verschillende betrokkenen. Als antwoord op dit probleem was de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren gericht op de territoriale verankering van de zorg door een systeem van netwerken te creëren waarin verschillende diensten en professionals gemakkelijker kunnen samenwerken. Elk netwerk is verantwoordelijk voor een bepaald gebied en heeft als functies vroegdetectie, screening en oriëntatie, diagnose, behandeling, inclusie in alle levensdomeinen en de uitwisseling en valorisatie van expertise. Het Belgisch grondgebied wordt vandaag dus gevat door elf netwerken die samenvallen met het grondgebied van de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

1. De totstandkoming van de gids werd voorafgegaan door verschillende fasen van het voorbereidende werk dat in 2012 werd gelanceerd met de Gezamenlijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en circuits van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

De hervorming was ook een antwoord op een andere conclusie van het KCE, namelijk de “belangrijke leemtes in het dienstenaanbod, vooral op het vlak thuiszorg en gemeenschapsdiensten” en de ontoereikendheid van “*respite care*, die kortstondige, tijdelijke verlichting brengt voor mantelzorgers” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 30). In lijn met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen die in 2010 begon², was het doel om psychiatrische ziekenhuisbedden te ‘bevriezen’ en het vrijgekomen personeel en middelen te gebruiken in het kader van alternatieve zorg, met name in ambulante en buurtdiensten. Deze omzetting volgt de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, waarvoor België, ondanks zijn officiële aansluiting, achterblijft op andere Europese landen.

In de geestelijk gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zijn er vandaag 51 ziekenhuizen, waaronder 25 psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en 26 algemene ziekenhuizen (die psychiatrische diensten binnen hen hebben (PAAZ)), bedden voor residentiële ziekenhuisopname, daghospitalisatie of nachthospitalisatie (687 bedden in totaal, respectievelijk 414, 202 en 71) (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 29).

Een van de aanbevelingen van het KCE is ook de oproep om “de capaciteit [te] versterken om toegankelijke, gerichte en doeltreffende crisis- en urgentiezorg te geven voor kinderen en jongeren” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Het KCE heeft inderdaad vastgesteld dat er een tekort is aan urgentie- en crisiscapaciteit. Om op dit tekort in te spelen, zou het volgens het KCE echter ook nodig zijn om psychiatrische urgentiezorg te beschouwen als een “afzonderlijke ‘functie’ eerder dan als een specifieke dienst/afdeling” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 27). Net als de reconversie van bedden, accentueert deze wijziging in perspectief in de aanpak van dringende hulp de prioriteit van niet-residentiële zorg die het mogelijk maakt om hulp dichterbij de bevolking te brengen (Deboutte, et al., 2010). Het is ook met dit doel dat multidisciplinaire mobiele teams zijn opgezet. Hun snelle interventie maakt het mogelijk om de behandeling in de thuisomgeving van de patiënt te starten en zo mogelijk een ziekenhuisopname te voorkomen (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 36).

Spoedeisende psychiatrische hulp (SEPH) voor kinderen en jongeren met psychische problemen wordt nu aangeboden door drie sectoren: de gezondheidszorg, de sociale bijstand en de justitie. De SEPH wil vooral de veiligheid van de patiënt garanderen en het gevaar voor de persoon en/of zijn omgeving beheersen. Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties

waarin de persoon een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen (met moorddadig of suïcidaal gedrag, daden van zelfdestructie, agressiviteit), of wanneer hij of zij wordt blootgesteld aan mishandeling, of lijdt aan acute psychose, enz. De procedure omvat meestal registratie, advies, stabilisatie, evaluatie, behandeling en verwijzing naar andere professionals. Een klinische beoordeling speelt een centrale rol in het proces, omdat het helpt om de behoeften van de persoon te identificeren en de zorg te organiseren op een manier die daarop aansluit.

2.2. Gegevens over de behoeften en het aanbod op vlak van geestelijke gezondheidszorg

In een rapport van 2012 benadrukte het KCE een reële moeilijkheid om de vraag naar geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen en te kwantificeren: “gegevens van goede kwaliteit over het type en de frequentie van de zorgvraag ... nauwelijks beschikbaar” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 34). Een kwalitatieve studie van het KCE gebaseerd op getuigenissen van belanghebbenden wijst erop “dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg van kinderen, jongeren en hun families toeneemt” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 15) en op het bestaan van lange wachtlijsten om toegang te krijgen tot diensten. Toch ontbreken er nog precieze gegevens over het aantal personen en de wachttijd. De beoordeling van de toegankelijkheid en doeltreffendheid van het bestaande aanbod die mogelijk was geweest als dergelijke gegevens beschikbaar waren, is moeilijk door het gebrek aan nauwkeurige kennis van de reële objectieve behoeften van kinderen en gezinnen, of het nu gaat om psychosociale, strikt medische of therapeutische behoeften.

De moeilijkheid om de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg correct in te schatten en ervoor te zorgen dat het aanbod toereikend is, blijft een relevant probleem. Daarom ligt de focus bij deze kwantitatieve studie meer op een analyse van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Volgens gegevens van de FOD Volksgezondheid is het aantal verblijven in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren (alle soorten ziekenhuisopnames, residentieel of enkel dag- of nachtopnames) de voorbije jaren sterk gestegen. In 2005 waren er 3.076 verblijven in psychiatrische ziekenhuizen, in 2008 waren dat er al 3.745; voor de psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen was de stijging nog groter: van 2.242 verblijven in 2005 tot 3.452 verblijven in 2018 (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 31).

2. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen wordt vaak aangeduid als “Project 107”, verwijzend naar artikel 107 van de Ziekenhuiswet, waarin staat dat “de Koning specifieke financieringsmiddelen kan verstrekken om, op experimentele basis en voor een beperkte periode, prospectieve en geprogrammeerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken”.

Als we opnames per leeftijdscategorie analyseren, zien we niet alleen dat “de meerderheid van de opnames zich in de leeftijdscategorieën 10-14 en 15-18 jaar bevindt”³, maar dat deze groepen “in toenemende mate residentiële psychiatrische zorg nodig hebben”: voor de eerste categorie is er een toename van het aantal verblijven van 1.602 in 2005 tot 2.178 in 2018, en voor de tweede van respectievelijk 2.177 naar 3.176 (SPF Santé publique, 2021, pp. 32-33, eigen vertaling). Wat betreft de verblijfsduur in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), “is de duur van meer dan 80% van alle voltooide verblijven van kinderen en jongeren in PZ en PAAZ minder dan drie maanden. 2,4% blijft er langer dan een jaar” (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 33).

Wat betreft crisissituaties benadrukte het KCE al in een rapport van 2010 de toegenomen behoefte aan spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren als gevolg van het toenemend aantal mensen dat zich op de spoedafdelingen aanbiedt (Deboutte, et al., 2010). Het klopt dat er sinds enkele jaren een algemene toename is van opnames op de psychiatrische crisisafdeling en spoedeisende hulp van ziekenhuizen. “Maar, zoals reeds opgemerkt door studies uitgevoerd aan de Cliniques universitaires Saint-Luc voor de jaren 2011-2013 – ondanks deze toename in absolute waarden van alle volwassen en minderjarige populaties, neemt het percentage opgenomen minderjarigen toe, in verhouding tot het totale aantal psychiatrische noodsituatie”⁴ (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5, eigen vertaling). Bovendien laten de cijfers voor de jaren 2011-2013 in vergelijking met de gegevens voor de jaren 2005-2007 “een toename zien van het aantal vragen om dringende hulpverlening bij de jongste jongeren en kinderen sinds 2007” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5, eigen vertaling). We moeten evenwel voorzichtig zijn bij het interpreteren van deze bevindingen omdat, zoals professionals in de sector aangeven, deze toename niet alleen kan worden gezien als “het gevolg van talrijke maatschappelijke en culturele veranderingen, maar ook als een weerspiegeling van een oververzadiging van het ambulante en residentiële netwerk, dat niet binnen een redelijke termijn zorg kan verlenen” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 7, eigen vertaling).

Een van de meest voorkomende redenen waarom jongeren op psychiatrische spoedafdelingen terechtkomen, zijn zelfdodingsgedachten en zelfdodingspogingen (Deboutte, et al., 2010, p. 26, eigen vertaling). “Met een gestandaardiseerd sterftecijfer door zelfdoding per 100.000 inwoners van bijna 18,3 in 2019, ligt België boven het Europese gemiddelde, geschat op 11 per 100.000 inwoners in 2016”: volgens Statbelgegevens is zelfdoding onder jongeren nu de belangrijkste doodsoorzaak⁵.

2.3. Impact van de COVID-19 pandemie op het GGZ-aanbod voor jongeren

Met de komst van het SARS-CoV-2-virus is de geestelijke gezondheidszorg onder druk komen te staan en zeker de zorg voor kinderen en jongeren⁶. Sinds het begin van de pandemie, en vooral vanaf het najaar van 2020, meldden onder meer professionals, werkzaam in Belgische psychiatrische afdelingen, “een toename van hulpaanvragen van jongeren tussen 17 en 20 jaar oud”. Ze verwijzen hierbij onder meer naar “lockdown, COVID-19 en de hiermee gepaard gaande ongerustheid, schooluitval en sociale ontwrichting” als oorzaken (Klaric, 2020, eigen vertaling). In termen van geestelijke gezondheid vormen de jongeren, in het licht van de pandemie, inderdaad een van de meest kwetsbare doelgroepen. Jongeren hebben immers meer last van de eenzaamheid die de gezondheidsmaatregelen met zich meebrengen, omdat ze, meer dan andere leeftijdsgroepen, interactie met hun leeftijdsgenoten nodig hebben voor een goede psychologische ontwikkeling (Loades, et al., 2020). Een studie bevestigt ook de prevalentie van psychische problemen in België bij jongeren van 15 tot 24 jaar in vergelijking met andere oudere groepen tijdens de pandemie (Lorant, Smith, Seeber, Van den Broeck, & Nicaise, 2021).

Professionals zaten toen met veel vragen, zowel met betrekking tot de reeds gevolgde mensen als met betrekking tot de opvang van nieuwe patiënten: “Hoe zal de lockdown zijn voor gezinnen met kinderen met ernstige aandoeningen? Zonder therapeutische opvolging meerdere keren per week waarbij de zorgtijd structuur biedt, en zonder de nodige therapeutische processen? Welke impact zullen we zien op de symptomen en de evolutie van aandoeningen op middellange termijn?” (Benoit, 2020, p. 8, eigen vertaling).

3. Hoewel jongeren vanaf 15 jaar kunnen worden opgenomen in de volwassenenpsychiatrie, wordt nog steeds vaak gekozen voor een dienst voor kinderen en jongeren (K, K1 of K2). In sommige gevallen blijft een patiënt ook na zijn of haar 18e verjaardag opgenomen op een psychiatrische afdeling voor kinderen en jongeren. Er wordt aangenomen dat deze overgangleeftijd aanvaardbaar is tot de leeftijd van 23 jaar (FOD Volksgezondheid, 2021, p. 32).
4. “Het evolueert van 2,02 naar 3,32 en vervolgens 6,40%, voor respectievelijk de jaren 2011, 2012 en 2013. Evenzo merken we in de twee subgroepen die uit de populatie van jonge minderjarigen worden geëxtraheerd, allereerst onder 14 jaar, een toename van 0,49 naar 1,13 en vervolgens 1,79% van de totale psychiatrische noodsituaties voor respectievelijk de jaren 2011, 2012 en 2013. Bij de -12-jarigen steeg het percentage van respectievelijk 0,31 naar 0,93 en vervolgens 1,13%, respectievelijk in 2011, 2012 en 2013, maar het is de groep tussen 14 en 17 jaar die de grootste toename doormaakt.” (Koener, Deschietere, & de Becker, 2015, p. 5).
5. Zie <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterftecijfer+en+levensverwachting/doodsoorzaken> en <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/zelfmoordgedrag>.
6. Tot op heden beschikken we niet over veel wetenschappelijke literatuur over de impact van de pandemie op de vraag naar en het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Sommige strikt Belgische bronnen kunnen worden aangevuld met artikelen gepubliceerd in Frankrijk en andere Europese landen die we in dit deel zullen citeren.

Tijdens de eerste lockdown waren teleconsultaties al snel een van de oplossingen om, binnen het kader van nieuwe gezondheidsregels, de band met patiënten te behouden. Deze praktijk werd vervolgens veralgemeend en opgenomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met de invoering van specifieke nomenclatuurcodes. Deze beslissing werd ook ingegeven door het feit dat teleconsultaties in het algemeen in de wetenschappelijke literatuur gezien worden als een nuttig hulpmiddel bij de opvolging van patiënten (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). In de praktijk hebben professionals deze tool ook snel gebruikt als de enige die de continuïteit van de zorg kon garanderen, vooral in de context van de algemene lockdown die kenmerkend was voor de 'eerste golf' van de pandemie.

Toch hebben professionals ook gewezen op de beperkingen van tele- en videoconferenties. Vooreerst moeten teams, om opvolging op afstand effectief te kunnen garanderen, beschikken over de nodige apparatuur, en zijn vandaag niet alle diensten op dezelfde manier uitgerust (Catheline, et al., 2021, p. 1). Verder kunnen raadplegingen op afstand ineffectief of zelfs contra-effectief zijn, afhankelijk van de aard van de aandoening van de zorgvrager. Zo is het "moeilijk om een telefonische opvolging te garanderen bij een persoon die denkt dat zijn telefoon of computer wordt gecontroleerd door de geheime diensten of de maffia" (Deschietere, et al., 2020, pp. 346, eigen vertaling). Over het algemeen is het moeilijk om één visie over de kwestie te ontwikkelen. De zorgverleners merken op dat "de [telefonische en online] oproepen een andere inhoud hebben", omdat "contacten voor ondersteuning meestal geen echte mobiliserende momenten zijn zoals een gewone therapie-setting". Tegelijkertijd merken ze op dat "vooral sommige jongeren het op prijs stelden om alleen een mondeling contact te hebben zonder gezien te hoeven worden" (Catheline, et al., 2021, p. 2, eigen vertaling).

2.4. Sociale ongelijkheid en gebruik van geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheid, zoals gezondheid in het algemeen, is grotendeels afhankelijk van factoren die het strikt medische kader overstijgen. Er is een sociale gradiënt waarbij gezondheidsindicatoren de neiging hebben te verslechteren naarmate de sociaaleconomische positie verzwakt. Dit is een vicieuze cirkel waarbij gezondheid niet gelijk verdeeld is in de samenleving en ze zo terug de sociaaleconomische status beïnvloedt. Mensen die in een minder gunstige sociaaleconomische context leven, verkeren in een slechtere gezondheid, maar door een slechtere gezondheid heeft een persoon een hoger risico op sociale uitsluiting en verzwakt het zijn economische situatie (Patel, et al., 2010, p. 124).

Sociale ongelijkheden blijven ook niet beperkt tot het economische domein en hebben evenzeer betrekking op de sociale omgeving van het individu. Dit laatste is echter minder objec-

tief omdat het een analyse vereist niet in termen van absoluut inkomen, maar in termen van relatief inkomen (waarbij de persoon het niveau van zijn inkomen evalueert in verhouding tot het inkomen van zijn omgeving of zijn opname in een sociaal netwerk) (Couffinhal, Dourgnon, Grignon, Jusot, & Naudin, 2004). Dit maakt dit soort determinanten niet minder objectieverbaar, ook al vereist het de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om maatschappelijke problemen zoals systemisch racisme aan te pakken (Azria, et al., 2020), de ongelijkheid op basis van geslacht (Piccinelli & Wilkinson, 2000), het stigma rond psychische problemen, enz.

In 2019 publiceerde het Inter mutualistisch Agentschap (IMA) een studie die sociale ongelijkheden in gezondheid onder de Belgische bevolking wilde meten (Avalosse, et al., 2019). Deze studie bevat enkele indicatoren over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg: psychiatrische ziekenhuisopnames en het gebruik van antidepressiva en antipsychotica. In tegenstelling tot onze studie, analyseerde het AIM wel de situatie voor de gehele Belgische bevolking, alle leeftijdsgroepen samen. De werkwijze bestond erin bepaalde indirecte gezondheidsindicatoren (zoals administratieve of zorgconsumptie-informatie) te koppelen aan een sociale stratificatieschaal (fiscale gegevens over de statistische sectoren waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen). Deze schaal werd opgesteld aan de hand van bestaande fiscale statistieken van de FOD Economie op het niveau van de statistische sectoren (dit zijn administratieve geografische eenheden waarvan statistische gegevens over de belastbare inkomens gekend zijn). Het zijn de mediane inkomens van de inwoners die hun belastingaangiften invullen die zijn gebruikt om onderscheid te maken tussen vijf klassen van statistische sectoren, variërend van minder (sector 1) tot de rijkste (sector 5). In het geval van de IMA-studie was het referentiejaar 2016.

De resultaten van het IMA-onderzoek zijn alarmerend. Wat betreft de ziekenhuisopnames, wijzen de onderzoekers op het bestaan van een zeer uitgesproken sociale gradiënt: "personen uit de laagste klasse (klasse 1) blijken in 2016 een bijkomend risico van 149% (= [157,8/63,3]-1) te vertonen op een psychiatrische ziekenhuisopname dan mensen die tot de hoogste klasse (klasse 5) behoren" (Avalosse, et al., 2019, p. 48). De situatie is vergelijkbaar voor het gebruik van antidepressiva en antipsychotica: personen in de laagste klasse hebben een bijkomend risico van 18% op het gebruik van antidepressiva en een bijkomend risico van 112% op het gebruik van antipsychotica in vergelijking met die in de rijkste klasse.

Deze aanwijzingen over de omvang van de sociale ongelijkheid in geestelijke gezondheid doen vermoeden dat de impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van jongeren vooral groot zou zijn voor kinderen en jongeren uit de minst gegoede milieus. Ten eerste werd al snel duidelijk dat deze jongeren, ondanks het feit dat het SARS-CoV-2-virus een epidemie veroorzaakte die een aanzienlijk deel van de wereldbevolking kon treffen, er niet uniform aan werd blootgesteld,

enerzijds door de risico's van potentiële comorbiditeiten die zijn geïdentificeerd (biologisch oogpunt), anderzijds vanwege de sociale ongelijkheden die kenmerkend zijn voor de hedendaagse samenleving.

Ten tweede kwam bovenop de verslechterende sociaaleconomische situatie als gevolg van de pandemie en de maatregelen die zijn genomen om deze in te dammen, de hierboven besproken vicieuze cirkel, waardoor de sociale ongelijkheden in de geestelijke gezondheid verder zijn toegenomen. Studies in andere landen bevestigen dit. Een studie uit Engeland toonde bijvoorbeeld aan dat, tijdens de lockdown, "kinderen van 5 tot 16 jaar met psychische problemen twee keer zoveel kans hadden om in een gezin te wonen dat moeite had met het betalen van rekeningen, huur of hypotheek krediet in vergelijking met kinderen van wie de gezinnen geen moeite hadden om hun rekeningen te betalen" (Newlove-Delgado, et al., 2021, eigen vertaling).

3. Analyse van de CM-gegevens: doel, methode en beperkingen van de studie

3.1. Doelstellingen

Het doel van onze studie is om de impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België te objectiveren. We willen eerst vaststellen of er sinds het begin van de pandemie veranderingen waren in het gebruik van psychologische en psychiatrische raadplegingen, ziekenhuisverblijven en dringende psychiatrische hulpverlening en het voorschrijven van geneesmiddelen. We willen zo nagaan in hoeverre statistieken over het gebruik van dit soort zorg de alarmsignalen van GGZ-werkers kunnen bevestigen. Vervolgens willen we nagaan of sociale ongelijkheden dezelfde impact hebben op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren als op de gezondheid van volwassenen. Lopen jongeren uit sociaal achtergestelde milieus meer risico om een beroep te doen op geestelijke gezondheidszorg? Zijn er verschillen in het soort zorg dat ze het meest gebruiken? Tot slot willen we de veranderingen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren sinds het begin van de pandemie analyseren in het licht van sociale ongelijkheden.

3.2. Methode

Onze analyse heeft betrekking op de facturatiegegevens van gezondheidszorg die voor CM-leden terugbetaald is. We hebben de CM-leden ingedeeld in vier leeftijdsgroepen: 0 tot 5 jaar, 6 tot 11 jaar, 12 tot 14 jaar en 15 tot 17 jaar. Wanneer we het in dit artikel hebben over CM-leden, bedoelen we steeds de CM-leden jonger dan 18 jaar, tenzij we expliciet aangeven

dat het over alle CM-leden gaat. Alle cijfers, tabellen en figuren die in de rest van dit artikel worden voorgesteld, zijn gebaseerd op de CM-gegevens van leden tussen 0 en 17 jaar oud.

De CM-leden vertegenwoordigen momenteel ongeveer 40% van de Belgische bevolking (36,4% bij de 0-17-jarigen), maar de socio-demografische verdeling van de CM-leden is niet volledig identiek aan deze van de Belgische bevolking. De VT-rechthebbenden zijn ondervertegenwoordigd onder CM-leden jonger dan 18 jaar in vergelijking met de totale Belgische bevolking uit dezelfde leeftijdsgroep (in 2020 is 15% van de CM-leden VT-rechthebbende tegenover 21% bij de Belgische bevolking onder de 18 jaar). Om die reden kan een eventuele extrapolatie van onze cijfers naar de Belgische bevolking dus enigszins afwijken van de realiteit en dus een (onder)schatting vormen.

Om de evolutie vast te stellen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door kinderen in België, keken we naar de facturatiegegevens van CM-leden in drie sectoren: de ambulante psychiatrische en psychologische opvolging, de ziekenhuisopnames en dringende psychiatrische hulpverlening en de geneesmiddelen.

3.3. Ambulante psychiatrische en psychologische opvolging sector

We hebben alle ambulante verstrekkingen met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg geselecteerd die worden terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Hoewel huisartsen ook kunnen instaan voor de opvolging op vlak van geestelijke gezondheid, laten de facturatiegegevens dit niet toe dit te identificeren (de reden van een bezoek bij een huisarts staat niet op het zorgattest terugbetaald door de verzekeringsinstelling). Daarom valt de activiteit van huisartsen buiten het bestek van onze analyse. Vóór de invoering van de terugbetaling van psychologische raadplegingen in het kader van de hervorming van de "eerstelijnspsycholoog" in 2020, omvatten de geselecteerde ambulante verstrekkingen voornamelijk de prestaties van de psychiaters, namelijk:

- raadplegingen in de spreekkamer van de neuropsychiater en psychiater (categorie 1 in onderstaande tekst);
- psychotherapeutische behandeling in de spreekkamer van de psychiater (categorie 2);
- kinder- en jeugdpsychiatrie (categorie 3).

Deze laatste categorie omvat de psychotherapeutische behandeling van kinderen of jongeren onder de 18 jaar door de geneesheer-specialist in de psychiatrie, door middel van mediatietherapie. Deze verstrekkingen moeten altijd gepresteerd worden in aanwezigheid van een of meer volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding van het betrokken kind (deze laatste kan al dan niet aanwezig zijn).

Voor de psychotherapeutische behandeling van het kind zelf, zijn de prestaties opgenomen in categorie 2. Categorie 3 omvat ook psychiatrische evaluaties⁷, multidisciplinair overleg (al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding) en overleg tussen de psychiater en de psycholoog of orthopedagoog over de ambulante behandeling van de patiënt (zonder zijn aanwezigheid)⁸. Als gevolg van de lockdown in het kader van de COVID-19-pandemie, kunnen psychiaters deze prestaties nu via videoconferentie verrichten.

Sinds 1 april 2020 is het toepassingsgebied van de hervorming in de eerstelijnspsycholoog uitgebreid tot personen onder de 18 jaar. In het kader van deze hervorming wordt op voorschrift van de huisarts een terugbetaling van raadplegingen bij psychologen of orthopedagogen toegestaan voor depressieve, externe, sociale of angstproblemen, tot acht consulten per jaar. Ook deze prestaties worden meegenomen in de analyse.

3.4. Ziekenhuisopnames in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ)⁹ en spoedeisende psychiatrische hulp in ziekenhuizen

Om de evolutie van psychiatrische ziekenhuisopnames te analyseren, bekijken we de verblijven in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de verblijven in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). In algemene ziekenhuizen onderscheiden we voor onze analyse twee soorten psychiatrische diensten. Kinderafdelingen zijn bedoeld voor patiënten jonger dan 18 jaar, maar kunnen patiënten tot 23 jaar opnemen om de overgang naar diensten voor volwassenen mogelijk te maken. Deze meerderjarige patiënten vormen een zeer kleine minderheid en zijn niet opgenomen in onze analyse. Afdelingen voor volwassenen nemen dan weer minderjarige patiënten op vanaf 15 jaar.

Er zijn ook verschillende soorten plaatsen/bedden: residentiële ziekenhuisbedden (K-bedden voor kinderafdelingen), bedden voor daghospitalisatie (k1) en bedden voor nachthospitalisatie (k2). Deze verschillende verblijfstypes zijn allemaal opgenomen in onze analyse.

Bij een klassieke analyse van de evolutie van ziekenhuisopnames, kijken we naar de nieuwe opnames en de duur van ziekenhuisverblijven. Dit laat echter niet toe om de bezettingsgraad in deze diensten te beoordelen, hoewel het aantal plaatsen bekend en beperkt is. Daarom stellen wij hier een aanvullende analyse voor van de bezetting van de beschikbare bedden/plaatsen in PZ en PAAZ. Om deze statistiek te berekenen, bepaalden we het aantal CM-leden dat elke dag van het jaar werd geregistreerd (tussen hun opname- en ontslagdatum) en ook het gemiddelde per maand en vervolgens per jaar.

Voor de evolutie in het gebruik van dringende psychiatrische hulpverlening, hebben we ons gebaseerd op de facturatie van de erelonen voor het onderzoek in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de (neuro)psychiatrie opgeroepen door de arts die daar instaat voor de permanentie. Ook hebben we gekeken naar dringende psychiatrische interventies door psychiaters voor patiënten jonger dan 18 jaar (wetende dat deze door een behandelend arts moeten worden aangevraagd en plaatsvinden op een zaterdag, zondag, feestdag of na 21 uur en niet plaatsvinden op de dag van een ziekenhuisopname). Dit geeft dus slechts een gedeeltelijk beeld van dringende geestelijke gezondheidszorg, omdat in veel gevallen, hoewel de noodsituatie psychiatrisch van aard is, deze niet als zodanig wordt geregistreerd (bijvoorbeeld wanneer een psychiatrische ziekenhuisopname direct wordt overwogen na contact met de behandelende arts).

3.5. Geneesmiddelen voorgeschreven voor psychische aandoeningen

We analyseerden voor deze studie de gegevens over de geneesmiddelen voorgeschreven voor psychische aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden terugbetaald. We keken naar twee groepen geneesmiddelen van het tweede niveau volgens het anatomisch, therapeutisch en chemisch classificatiesysteem (*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System*)¹⁰: psychoanaleptica (N06) en psycholeptica (N05). We waren hier vooral geïnteresseerd in het aantal CM-leden voor wie dit soort medicatie is voorgeschreven en het volume van

7. De diepgaande psychiatrische beoordeling omvat, per sessie, ten minste één persoonlijk contact van ten minste 60 minuten met het kind of de jongere en/of de persoon(en) die verantwoordelijk is(en) voor zijn of haar opleiding en dagelijkse begeleiding. Het kan ook worden gebruikt voor mogelijke contacten voor de heteroanamnese van derden en voor het geven van instructies aan derden (huisarts, onderwijsinstellingen, opvangcentrum) en voor de supervisie en gemeenschappelijke interpretatie van de noodzakelijke psychologische tests. De diepgaande psychiatrische beoordeling omvat, naast het diepgaand onderzoek van het kind of de jongere jonger dan 18 jaar, het opstellen van een gedetailleerd behandelplan, een of meer opiniegesprekken met de volwassene(s) die verantwoordelijk is(en) voor onderwijs en dagelijks toezicht en het starten van de behandeling (RIZIV, 2018).
8. Voorafgaand aan het consult specificeerde de psychiater de rol van de psycholoog of de orthopedagoog in een behandelplan dat werd opgesteld tijdens een grondige psychiatrische beoordeling, bemiddelingstherapie of ziekenhuisopname op een afdeling neuropsychiatrie van kinderen (afdeling K).
9. Zowel residentiële ziekenhuisopnames als dag- of nachthospitalisaties worden meegenomen in de analyse.
10. De ATC-classificatie categoriseert geneesmiddelen op basis van vijf niveaus: het eerste niveau of ATC1 classificeert geneesmiddelen volgens het orgaan waarop zij werken en het tweede niveau of ATC2 volgens de belangrijkste therapeutische eigenschappen. Het derde en vierde niveau of ATC3 en ATC4 komen overeen met chemische, farmacologische of therapeutische subgroepen, en op het vijfde niveau of ATC5 worden geneesmiddelen ingedeeld volgens een bepaalde chemische stof.

deze voorschriften, uitgedrukt in gedefinieerde dagelijkse doses (DDD), dit is de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is om een volwassen patiënt te behandelen voor de primaire indicatie voor dat geneesmiddel (zoals bepaald door de WHO).

3.6. Sociale ongelijkheden

Twee proxy's werden gebruikt om rekening te houden met sociale ongelijkheden en hun invloed op de geestelijke gezondheid:

- Het statuut "rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming" (VT) dat toelaat mensen met een laag inkomensniveau te identificeren;
- Fiscale gegevens over de statistische sectoren waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen, waarbij de methodologie van de in punt 2.4 bedoelde IMA-studie gebruikt wordt. (Avalosse, et al., *Inégalités sociales et santé*, 2019). De fiscale gegevens van 2018 (dit zijn de meest recente beschikbare gegevens) laten dus toe om het gemiddelde inkomensniveau van de woonsectoren te identificeren en vijf klassen te creëren. De sectoren "laagste", "laag", "midden", "hoog" en "hoogste" komen daarom overeen met het welvaartsniveau van de woonplaats van de leden.

3.7. Beperkingen van de studie

We kozen voor de gegevens over het gebruik van psychiatrische ambulante en ziekenhuiszorg en geneesmiddelen voor psychische problemen omdat dit in feite de belangrijkste (volledige en betrouwbare) gegevens zijn waarover ziekenfondsen beschikken. Maar alle zorg die niet terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, is ook niet opgenomen in onze gegevens. Hierdoor hebben we geen zicht op het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld slaap- en kalmeermiddelen) en zorg, zoals die van psychologen in de privépraktijk.

Onze gegevens bevatten ook geen informatie over bepaalde zorgvoorzieningen zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en de Services de santé mentale (SSM) die vallen onder en gefinancierd worden door de regionale¹¹ overheden. De CGG/SSM helpen in totaal 70.000 nieuwe mensen per jaar (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019) en zijn belangrijke spelers in geestelijke gezondheid. Ze bestaan uit multidisciplinaire teams (psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers) die gespecialiseerde ambulante zorg bieden, namelijk de opsporing, vroegdetectie en behandeling van psychische problemen (Mommerency, et al., 2011).

Op de eerstelijns wordt geestelijke gezondheidszorg ook geboden door huisartsen, het Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Kind en Gezin en door de centres psycho-médicosociaux (CPMS) / Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) en de wijkgezondheidscentra. Het is echter niet mogelijk om de geestelijke gezondheidsinterventies van deze organisaties en aanbieders te meten omdat ze ingebouwd zijn met in meer algemene praktijk. Er bestaan ook andere initiatieven waarvan we het gebruik niet kunnen kwantificeren, zoals TeJo in Vlaanderen, een vereniging die het tekort aan specialisten wil opvullen die jongeren toegankelijke en (gratis) professionele hulp bieden. In 2019 ondersteunden de vrijwilligersprofessionals van TeJo in Vlaanderen 2.528 jongeren onder de 20 jaar (TeJo, 2019).

De berekening van het gebruik van terugbetaalde zorg betekent dat het gebruik van een deel van het aanbod wordt gemeten, maar stelt ons niet in staat de vraag zoals uitgedrukt door de patiënt of zijn werkelijke behoeften te evalueren. Enerzijds beschikken wij immers niet over kwantitatieve indicatoren over de wachtlijsten die de omvang van de vraag zouden kunnen aangeven. Anderzijds kan de reële behoefte groter zijn dan de vraag, met name door het stigma dat nog steeds rust op de geestelijke gezondheid of de financiële ontoegankelijkheid van bepaalde diensten, waardoor patiënten en hun familie geen hulp zoeken. Ook bestaat het risico dat sommige behoeften door de mensen zelf niet worden gevoeld, bijvoorbeeld omdat ze worden ontkend.

4. Ambulante psychologische en psychiatrische opvolging

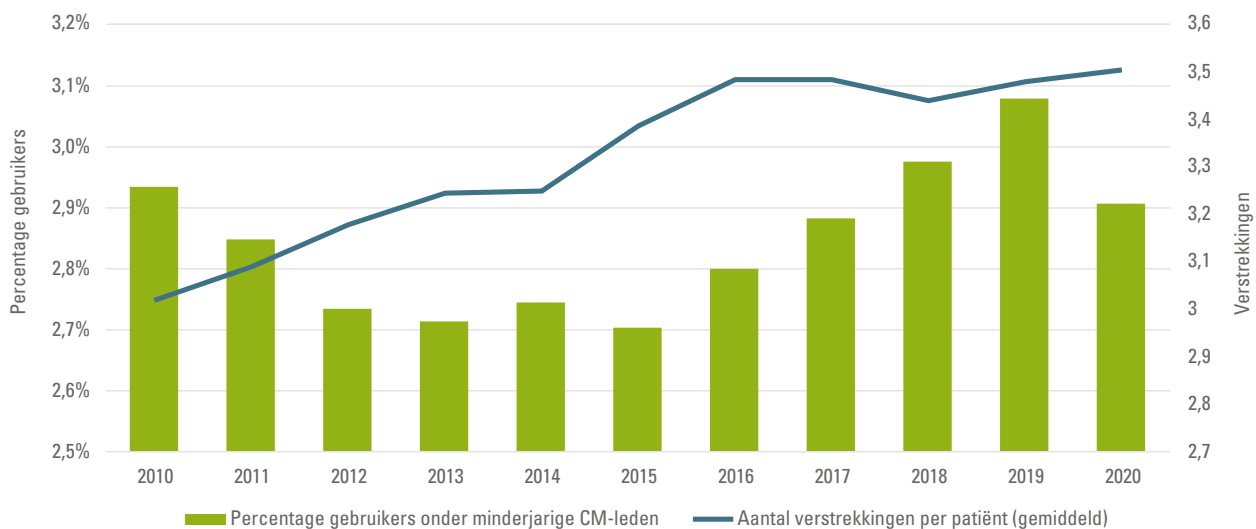
4.1. Evolutie van het aanbod aan en het gebruik van ambulante zorg door de psychiater in de afgelopen tien jaar

Om het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg te analyseren, hebben we rekening gehouden met het percentage patiënten dat deze zorg ontvangt onder CM-leden jonger dan achttien. Dit maakt het mogelijk om na te gaan of de aldus geïdentificeerde trends niet te maken hebben met veranderingen in het aantal CM-leden, dat van jaar tot jaar kan verschillen.

Wanneer we alle verstrekkingen analyseren die beschouwd kunnen worden als ambulante opvolging door een psychiater tussen 2010 en 2020, zien we een reeks belangrijke variaties (zie Figuur 1). Deze figuur laat toe de evolutie over tijd te zien van de gegevens op de twee verticale assen. De linker as geeft het aandeel CM-leden weer dat ambulante zorg ontvangt. De rechter as geeft het gemiddeld aantal verstrekkingen per pa-

11. Er zijn 65 CGG in Wallonië, 20 in Vlaanderen, 27 in Brussel (5 voor COCOF, 22 voor GGC) en één centrum in de Duitstalige Gemeenschap.

Figuur 1: Evolutie van het percentage CM-leden dat gebruik maakt van ambulante (neuro) psychiatrische opvolging en het gemiddelde aantal verstrekkingen per patiënt tussen 2010 en 2020 (0-17 jaar)



tiënt per jaar. Allereerst zien we dat het aandeel CM-leden dat gebruik maakt van dit soort zorg van 2010 tot 2013 afneemt, en vervolgens vanaf 2015 continu toeneemt. Daarnaast zien we dat het gemiddelde aantal verstrekkingen per patiënt gedurende de periode toeneemt, van 3 verstrekkingen per jaar in 2010 tot 3,5 in 2019 - de mediaan blijft stabiel met 2 verstrekkingen per patiënt per jaar.

De fluctuatie in figuur 1 tussen 2010 en 2015 is veeleer te wijten aan veranderingen in het aanbod van geestelijke gezondheidszorg dan aan veranderingen in de vraag. Na de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2015 en de invoering van nieuwe kinder- en jeugdpsychiatrische verstrekkingen vanaf 2013 (met name die voor overleg tussen artsen), zien we dus een aanzienlijke toename van de volumes in deze categorie (onafgebroken tussen 2010 en 2019) met meer evaluaties, mediatietherapieën en multidisciplinair overleg. Daar tegenover staat een gestage afname van de verstrekkingen die alleen in de spreekkamer van de psychiater worden uitgevoerd (consultaties en psychotherapeutische sessies). Deze fluctuatie is dan ook te wijten aan de hervorming van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, met meer omvattende en geïntegreerde zorg, die aandacht besteedt aan de goede samenwerking tussen de verschillende actoren en de entourage van kinderen en jongeren (FOD Volksgezondheid, 2015).

In 2020 is er echter, zoals te zien is in figuur 1, sprake van een afname van het aandeel patiënten met toegang tot psychiatrische ambulante zorg.

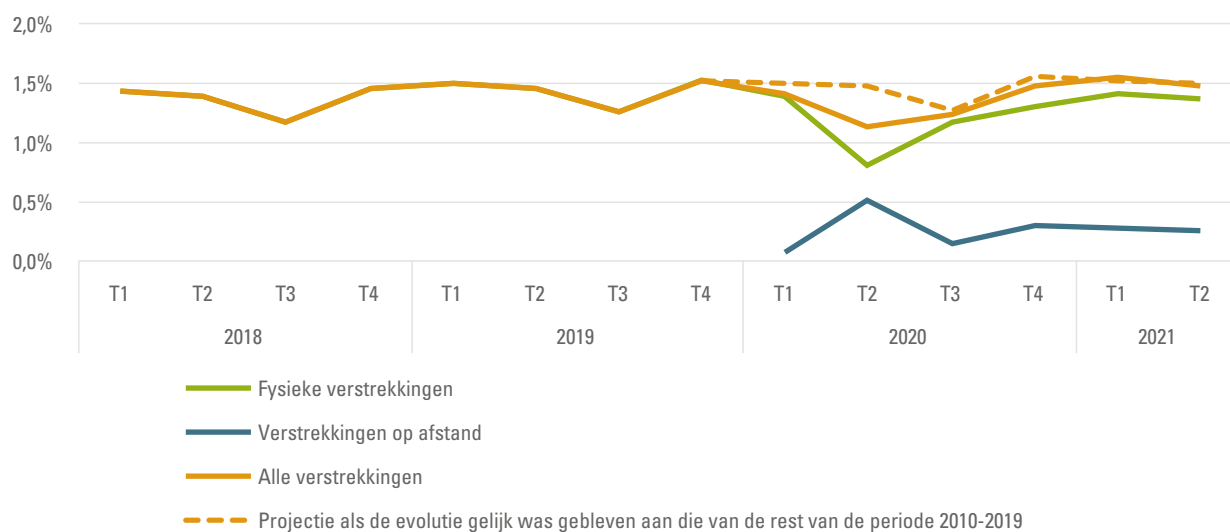
4.2. Evolutie van het gebruik van ambulante zorg in tijden van COVID-19

Figuur 2 laat per kwartaal de evolutie zien van het percentage CM-leden dat tussen 2018 en 2021 ambulant opgevolgd wordt bij de psychiater. Vanaf het eerste kwartaal van 2020, de periode die overeenkomt met het begin van de COVID-pandemie (medio maart 2020), is er een daling van het percentage patiënten dat zorg ontvangt in vergelijking met een prognose die is gemaakt voor de situatie waarbij de evolutie vergelijkbaar zou zijn gebleven met die van de periode 2010-2019.

Er is dan een grote kloof tussen deze projectie en het percentage patiënten dat toegang heeft tot zorg in het tweede kwartaal van 2020, wat overeenkomt met de periode van de eerste golf van de gezondheidscrisis in België, toen de overheden strikte inperkingsmaatregelen namen. Het verbod op niet-essentiële verplaatsingen, de angst bij de mensen zelf om zich te verplaatsen (vooral voor consultaties in ziekenhuizen), het besluit om "niet-dringende" zorg uit te stellen, kunnen allemaal factoren zijn die de drastische daling van het aantal patiënten met fysieke consultaties bij de psychiater, kunnen verklaren. Deze hypothesen moeten echter verder worden onderzocht.

De overheden hebben snel gereageerd door de terugbetaling van teleconsultaties in de verplichte verzekering toe te staan ter compensatie van de onmogelijkheid om naar de psychiater te gaan. In het 2^e kwartaal van 2020 hadden hierdoor 4.248 patiënten, of 0,5% van de CM-leden jonger dan 18 jaar, toegang

Figuur 2: Evolutie van het percentage CM-leden dat van 2018 tot 2021 gebruik maakt van ambulante opvolging, per kwartaal (0-17 jaar)



tot opvolging op afstand. Dit maakte het evenwel niet mogelijk om het gat met de projectie te dichten, zoals te zien is in figuur 2. Mogelijk hadden bijna 3.000 patiënten in deze periode geen toegang tot zorg.

Aan de andere kant sluit het percentage patiënten met toegang tot zorg vanaf het derde kwartaal van 2020 zich aan bij de prognose (schoolvakantieperiode en pandemische stilte). Dit is ook zo in het vierde kwartaal van 2020 wanneer nieuwe maatregelen met betrekking tot de pandemie zijn genomen. In het eerste kwartaal van 2021 overtreft het percentage patiënten dat zorg ontvangt lichtjes de voorspelling.

Ondanks de alarmerende oproepen van de vele geestelijke gezondheidsdiensten over de toegenomen behoefte aan geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren, bevestigen deze cijfers echter niet de hypothese van een explosie van de vraag als gevolg hiervan. Als enerzijds het aanbod niet uitgebreid wordt, of er is een tekort aan plaats en personeel in diensten, kan dit verklaren waarom de toename van de vraag niet wordt weerspiegeld in de gegevens. Anderzijds is het feit dat de lockdown de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk heeft verminderd een belangrijke beperking voor de interpretatie van gegevens van zorggebruik in relatie tot de veranderende vraag.

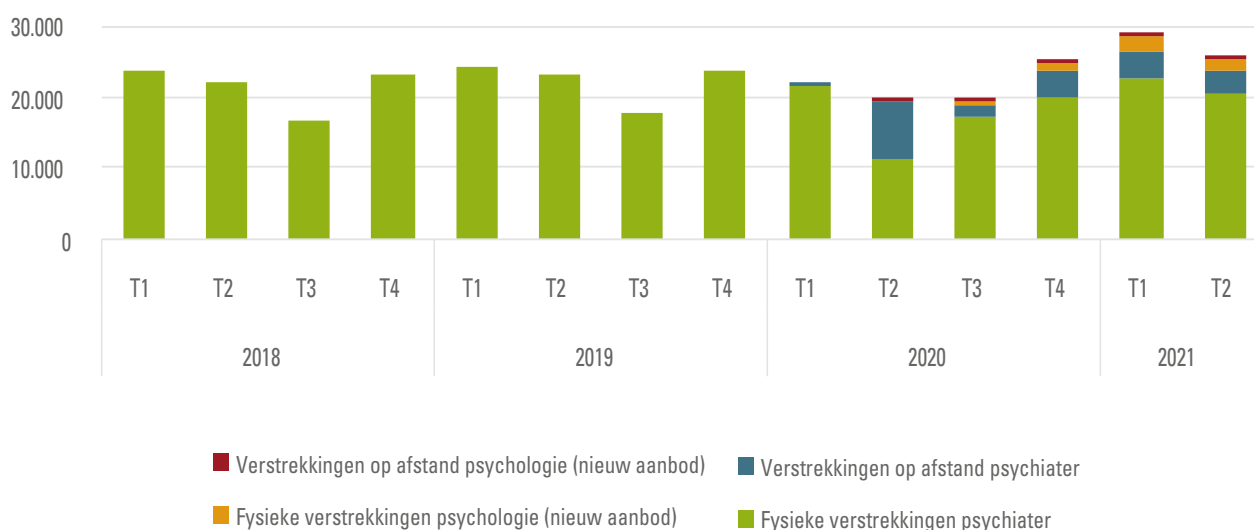
Gelijktijdig met de COVID-19-crisis is, in april 2020, de toepassing van de hervorming van de eerstelijnspsychologie uitgebreid tot de minderjarigen. Dit opende de mogelijkheid om onder een reeks voorwaarden de terugbetaling van psycholo-

gische consultaties te verkrijgen. Voor 18-jarigen worden momenteel echter weinig verstrekkingen geregistreerd, met 466 patiënten voor 1.888 (tele)consultaties in 2020 en 1.009 patiënten voor 4.328 (tele)consultaties in de eerste helft van 2021.

In het algemeen maken de invoering van nieuwe psychologische consultaties en de mogelijkheid van teleconsultatie voor zowel psychologische als psychiatrische consultaties, het niet mogelijk om het niveau van voorgaande jaren te bereiken, met een bijzonder duidelijk verschil in het tweede kwartaal (zie Figuur 3). Als de toename van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg gelijk was gebleven aan die in de periode 2010-2019, had er in het eerste kwartaal van 2020 een toename van het volume aan verstrekkingen met 1,6% moeten zijn ten opzichte van hetzelfde kwartaal van het voorgaande jaar. Er was echter een daling met 8,7%. De bevinding is hetzelfde voor het tweede kwartaal van 2020: er was een daling met 16,6% in plaats van een stijging met 2,1%. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat dit nieuwe verstrekkingen zijn en er een zekere 'opstarttijd' nodig is. Wanneer hervormingen worden doorgevoerd, vraagt het tijd voordat het aanbod bekend is bij het grote publiek en voordat zorgverleners bereid zijn om deze diensten aan te bieden. Ook op het vlak van teleconsultaties is een zekere aanpassing nodig aan de kant van de zorgverleners, die er misschien niet bij iedereen onmiddellijk is.

Daarentegen is er vanaf het einde van de lockdown in de zomer 2020, en dankzij de invoering van nieuwe geestelijke gezondheidsverstrekkingen, in het derde kwartaal van 2020 een

Figuur 3: Evolutie van het volume van verstrekkingen die worden terugbetaald in het kader van een ambulante opvolging tussen 2018 en 2021, per kwartaal (CM-leden 0-17 jaar)¹²



toename van het volume verstrekkingen in de ambulante GGZ met 8,7%, met 5,8% in het vierde en ook in het eerste kwartaal van 2021. De totale toename bedraagt 17,9%. In het eerste kwartaal van 2021 hebben in totaal 13.463 patiënten toegang tot dit type zorg, een stijging met 8,7% ten opzichte van 2019. We merken dan ook dat wanneer het aanbod van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg zich uitbreidt, we in onze gegevens meer patiënten tellen met een ambulante opvolging.

5. Ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening

5.1. Psychiatrische ziekenhuisopnames

Volgens cijfers van de FOD Volksgezondheid is het aantal verblijven in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren de voorbije jaren sterk gestegen, zowel in algemene ziekenhuizen als in psychiatrische ziekenhuizen (FOD Volksgezondheid, 2021).

Onze cijfers leiden tot dezelfde vaststelling met, tussen 2010 en 2019, een toename van nieuwe opnames met 20,9% in psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en met 34,7% in psychiatrische

afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) (zowel residentiële ziekenhuisopnames als dag- of nachthospitalisaties zijn opgenomen in de analyse). In dezelfde periode is er een fluctuatie in de verblijfsduur met een afname van de mediane duur in PZ en een toename van de mediane duur bij kinderen in PAAZ. Er is echter geen significante verandering tussen 2019 en 2020: de mediane verblijfsduur in PZ neemt toe van 40 tot 41 hospitalisatiedagen per jaar per patiënt en blijft stabiel in kinder-PAAZ met 53 dagen. Wat betreft het aantal nieuwe opnames was er een grote daling in het tweede en vierde kwartaal van 2020, gevolgd door een stijging in het eerste kwartaal van 2021. Met de cijfers kunnen we dus een toenemend gebruik observeren, maar ze laten ons niet toe de beschikbaarheid van diensten te meten.

Voor onze studie keken we ook naar het gemiddelde aantal CM-leden jonger dan 18 jaar dat gelijktijdig in het ziekenhuis is opgenomen, wat overeenkomt met de gemiddelde bezetting van bedden/plaatsen tijdens het jaar (zie Figuur 4). We zien een gestage toename van het aantal bezette bedden/plaatsen. Waar we in 2020 een lichte daling waarnemen, die kan worden toegeschreven aan de COVID-19-crisis, zien we echter dat in 2021 een recordbezetting wordt bereikt met een gemiddelde van 249 (PZ) en 210 (PAAZ) bedden/plaatsen die per dag worden bezet door CM-leden. We wijzen erop dat de gegevens

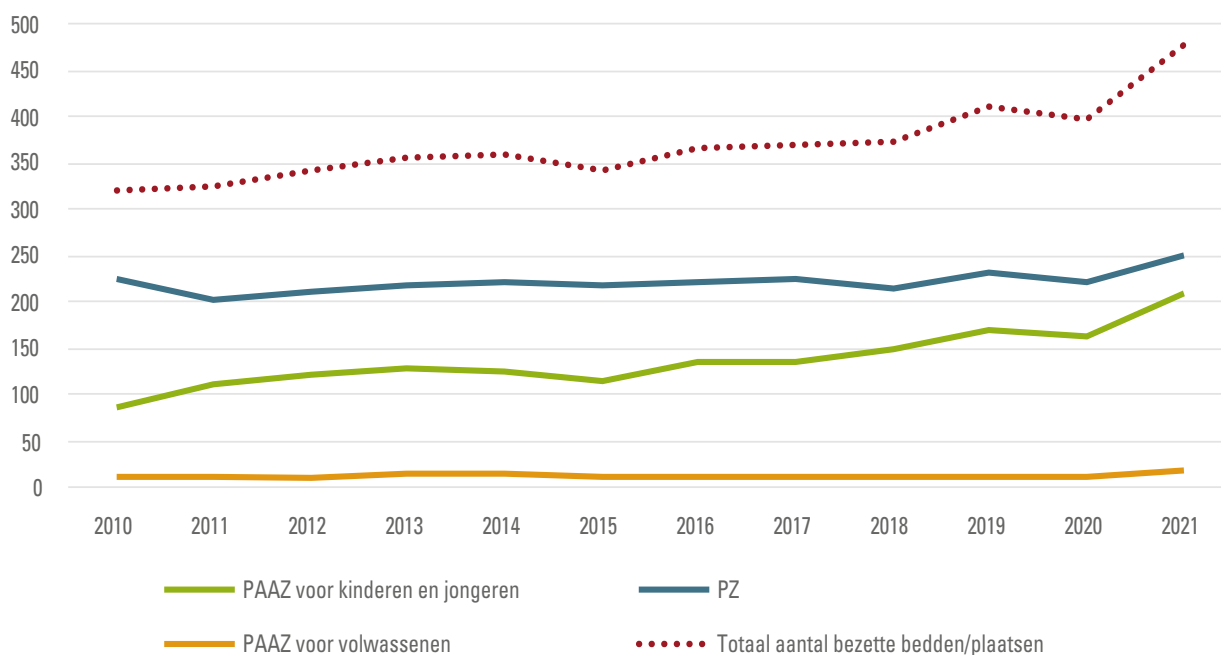
12. Wat betreft de raadplegingen is er een duidelijke trend tussen 2010 en 2019 tussen de verschillende kwartalen. Over het jaar is het aantal patiënten altijd lager tijdens het derde trimester, wat overeenkomt met de zomervakantieperiode, en hoger tijdens het vierde trimester, wat overeenkomt met de terugkeer naar school.

voor het jaar 2021 nog onvolledig zijn en kunnen variëren wanneer alle informatie beschikbaar is over ziekenhuisopnames en deze wordt opgenomen in onze databases. Tegelijkertijd wijzigt ook het aantal beschikbare bedden/plaatsen in PZ en PAAZ van 961 in 2010 naar 1.289 in 2020 (644 in Vlaanderen, 391 in Wallonië, 254 in Brussel) (FOD Volksgezondheid, 2021).

Hoe moeten we de CM-gegevens lezen? Op één januari 2020 bedraagt het aantal beschikbare bedden in de PZ in België voor kinderen jonger dan 18 jaar 687 en in de PAAZ 602 (FOD Volksgezondheid, 2021). In 2020 zien we echter dat gemiddeld 220 bedden bezet zijn door CM-leden in de PZ en 164 in de PAAZ. Wetende dat onze leden van 0 tot 17 jaar 36,4% van de Belgische patiënten van dezelfde leeftijdsgroep vertegenwoordigen (cijfers 2020), dat personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) ondervertegenwoordigd zijn onder CM-leden in vergelijking met de volledige Belgische bevolking in deze leeftijdsgroep en dat deze bezettingscijfers gemiddelden zijn over het jaar, betekent dit dat op een bepaalde dag, er een zeer groot risico is dat de beschikbare bedden/plaatsen allemaal bezet zullen zijn en dat patiënten die een psychiatrische ziekenhuisopname nodig hebben, niet zullen kunnen worden opgenomen. Zo bereiken we in 2020 een maximum op 28 januari met 250 bezette bedden/plaatsen in de PZ en op 26 november met 204 bezette bedden/plaatsen in de PAAZ door CM-leden.

Wanneer we de bezetting van de bedden/plaatsen op de afdelingen kinder(neuro)psychiatrie van algemene ziekenhuizen nader bekijken, zien we een significante afname tijdens de lockdown van maart tot mei 2020 (zie Figuur 5). Vanaf het derde kwartaal van 2020 tot het tweede kwartaal van 2021 neemt de bezetting gestaag toe. Deze ontwikkeling doorbreekt de trend van voorgaande jaren, gekenmerkt door een daling van de bezette bedden/plaatsen in het derde kwartaal. Deze periode komt overeen met de zomervakantie en vanuit dit oogpunt volgen ziekenhuisopnames het schooljaar. In het derde kwartaal van 2020 zien we een dergelijke daling echter niet. Integendeel, we zien een toename, die zou kunnen worden geïnterpreteerd als een inhaalbeweging van zorg die niet werd verleend tijdens de lockdown in het tweede trimester. De zeer sterke toename van bezette bedden/plaatsen in 2021 kan ook een aanwijzing zijn voor een toegenomen zorgbehoefte. Deze toename is zorgwekkend en kan een weerspiegeling zijn van de gevolgen van de COVID-19-crisis voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren, evenals het gevolg van een tijdelijke afname van de ambulante opvolging.

Figuur 4: Gemiddeld aantal CM-leden gelijktijdig opgenomen in het ziekenhuis tussen 2010 en 2021 (0-17 jaar)



Figuur 5: Gemiddeld aantal CM-leden dat in 2020 en 2021 gelijktijdig in het ziekenhuis is opgenomen in kinder-PAAZ (0-17 jaar)



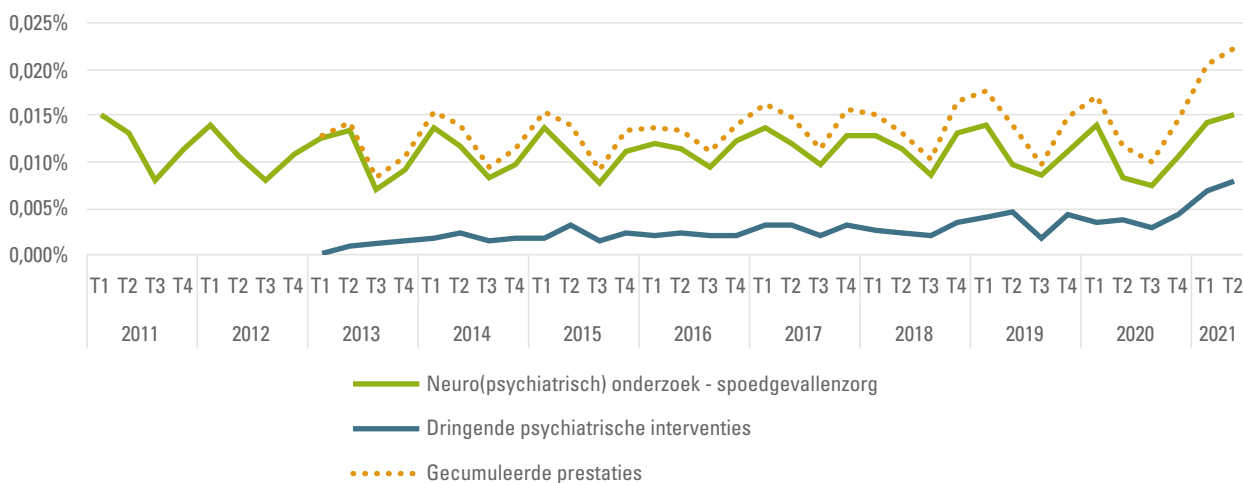
5.2. Dringende psychiatrische hulpverlening

Onder de CM-leden is er in 2020 een daling van het aantal patiënten dat op de spoeddienst wordt opgenomen en een (neuro) psychiatrisch onderzoek krijgt. Voor het ganse jaar gaat in totaal om 316 patiënten. Deze daling is vooral in het tweede en derde kwartaal opvallend (zie Figuur 6). Aan de andere kant is er in de eerste helft van 2021, hoewel de cijfers nog onvolledig kunnen zijn, al een duidelijke toename van spoedopnames, zowel wat betreft het aantal opnames als het aantal patiënten,

om vervolgens aantallen te bereiken die sinds 2011 niet meer zo hoog waren.

Daarnaast zijn dringende psychiatrische interventies door psychiaters in 2013 in de nomenclatuur opgenomen. Opgeteld bij de spoedopnames zien we dat de totale toename van het gebruik van dringende psychiatrische hulpverlening in 2021 zeer significant is (zie Figuur 6). Dit is ook wat we zagen bij de ziekenhuisopnames.

Figuur 6: Evolutie van het percentage CM-leden dat tussen 2010 en 2021 dringende psychiatrische hulp kreeg, per kwartaal (0-17 jaar)



6. Voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen

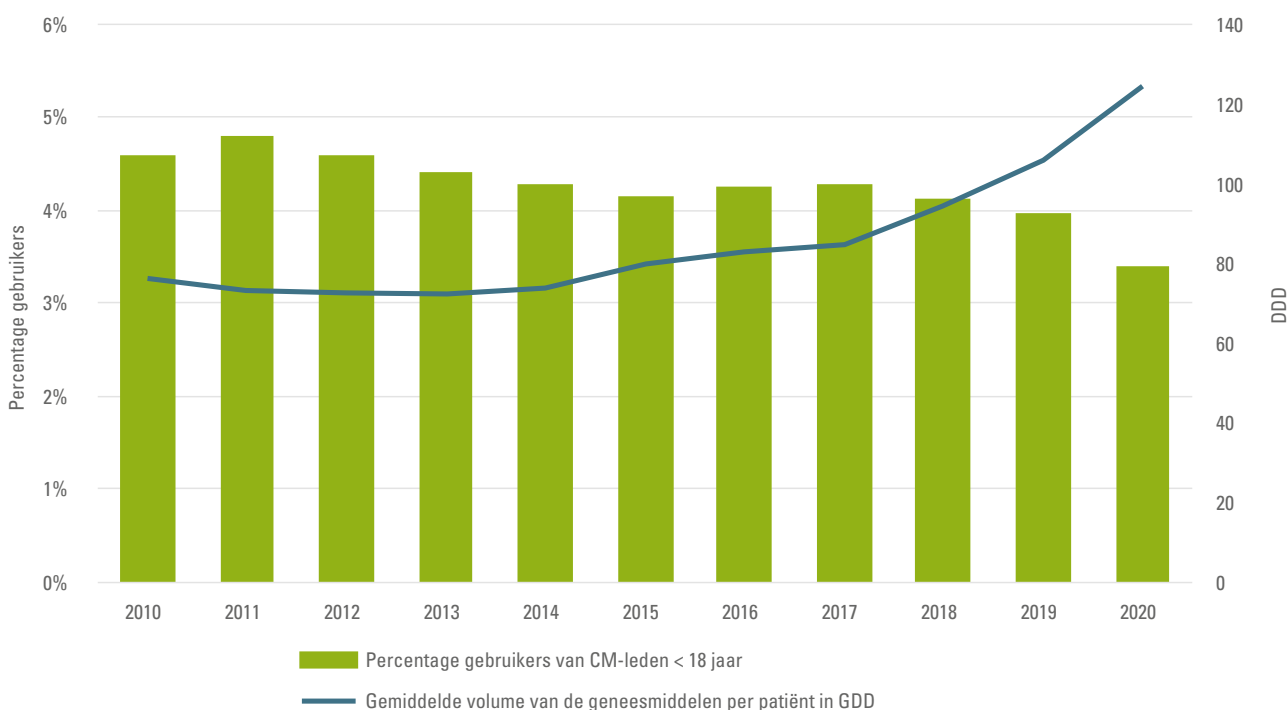
Wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen voor psychische problemen in 2020, zien we in de eerste plaats een voorspelbare daling van het aantal patiënten dat in de eerste helft van het jaar voorschriften krijgt. De cijfers bereiken een zeer laag niveau in het tweede kwartaal van dat jaar en stijgen vervolgens aanzienlijk in de winter, zonder echter het niveau van voorgaande jaren te bereiken. In 2020 zien we ook eerst een afname en vervolgens een toename van het totale volume van voorgeschreven geneesmiddelen, dat wil zeggen het totale volume van gedefinieerde dagelijkse dosissen (DDD). Deze trend volgt echter niet helemaal het afgenomen aantal patiënten aan wie deze geneesmiddelen worden voorgeschreven. Integendeel, het totale volume van de voorgeschreven dosissen blijft in 2020 vergelijkbaar met voorgaande jaren met een lichte stijging in het vierde kwartaal. Deze discrepantie tussen het aantal patiënten en het volume van de geneesmiddelen die aan hen zijn voorgeschreven, resulteerde in een toename van het gemiddelde volume van de geneesmiddelen die per patiënt worden voorgeschreven: het aantal patiënten neemt af, maar het volume van voorschriften neemt toe. Zo laat figuur 7 zien dat het gemiddelde volume per patiënt in 2020 met 17,3% toeneemt ten opzichte van 2019, ondanks de daling van het percentage CM-leden dat medicatie kreeg voorgeschreven voor psychische problemen (% gebruikers).

Wat betekent deze toename van het gemiddelde volume in de praktijk als het aantal patiënten afneemt of stabiel blijft? Dit kan betekenen dat geneesmiddelen voor een langere periode worden voorgeschreven en/of de voorgeschreven dosis wordt verhoogd. Voor patiënten die al worden gevolgd, kan dit een indicatie zijn voor een verslechtering van hun situatie. Voor nieuwe patiënten, kan dit betekenen dat er, in vergelijking met het verleden, een ernstiger klinisch beeld is op het moment dat geneesmiddelen worden voorgeschreven. Het klopt dat er een jaarlijks stijgende trend is wat het aantal voorschriften betreft: Het jaargemiddelde voor 2019 ligt 6% hoger dan dat van 2018. Toch overtreft de stijging in 2020 het verschil tussen de jaren 2019 en 2018. Dit suggereert een aanzienlijke impact van de pandemie op het toenemend aantal voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen.

In wat volgt kijken we naar de meer gedetailleerde gegevens voor het jaar 2020. Bij de geneesmiddelen die voor jonge patiënten werden voorgeschreven, richten we ons op:

- psychoanaleptica (met name psychostimulantia en antidepressiva): qua volume aan DDD zijn dit de meest voorgeschreven geneesmiddelen in België (in 2020 maken ze 80% uit van het totale volume aan geneesmiddelen dat wordt voorgeschreven aan jongeren onder de 17 jaar);

Figuur 7: Evolutie over de laatste tien jaar van het voorschrijven van geneesmiddelen voor psychische problemen (openbare en ziekenhuisapotheken; CM-leden 0-17 jaar)



- psycholeptica (antipsychotica, hypnotica en kalmerende middelen en anxiolytica): in 2020 kreeg gemiddeld 35% van de gebruikers van geneesmiddelen voor geestelijke gezondheidsproblemen dit soort geneesmiddelen voorgeschreven.

Voor *psychoanalectica* kunnen we in 2020 een lichte stijging van het gemiddelde volume in DDD per patiënt vaststellen, vooral voor antidepressiva. Voor de voorgaande jaren kan echter een soortgelijke stijging worden vastgesteld. Zoals het KCE ook opmerkt, "hoewel in heel Europa een stijging wordt waargenomen van het aantal voorschriften van antidepressiva, blijven de Belgische cijfers beduidend hoger dan in andere Europese landen" (Devos, et al., 2019, p. 71).

Het zijn de *psycholeptica* die in 2020 meer worden voorgeschreven dan in voorgaande jaren in vergelijking met andere geneesmiddelen. In 2020 stijgt het gemiddelde volume voorschriften per patiënt met 37% ten opzichte van 2019. Terwijl het aantal patiënten met 23% daalt ten opzichte van het voorgaande jaar, stijgt het totale volume voorschriften met 6%.

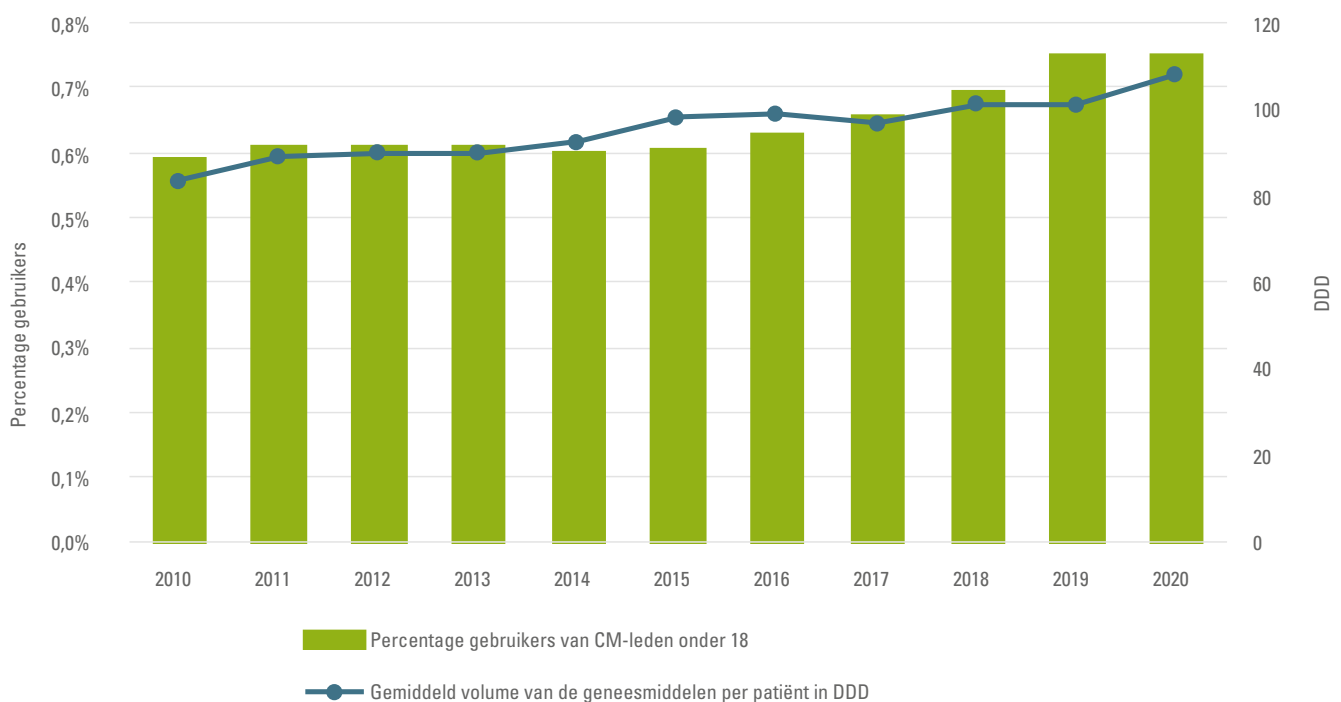
a) Bij psycholeptica gaat het vooral om *hypnotica en kalmerende* middelen. Het aantal patiënten dat dit soort geneesmiddelen krijgt voorgeschreven, is in 2020 met 33% drastisch gedaald ten opzichte van 2019, terwijl de gemiddelde hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen per patiënt met

bijna 7% toeneemt. Volgens onze gegevens worden dit soort geneesmiddelen door ziekenhuisapotheken verstrekt aan ziekenhuispatiënten en ambulante patiënten. Waarschijnlijk weerspiegelen deze cijfers de aanzienlijke daling van het aantal ziekenhuisopnames in 2020. Merk op dat we het hier niet hebben over noodsituaties waarbij de situatie vergelijkbaar bleef met voorgaande jaren tot het laatste kwartaal van 2020, toen het gemiddelde volume hypnotica en kalmerende geneesmiddelen dat per patiënt werd voorgeschreven aanzienlijk steeg.

b) Het lijkt ons ook belangrijk om de evolutie in het voorschrijven van de andere groep psycholeptica - de *antipsychotica* te benadrukken. Dit type geneesmiddel wordt in principe voorgeschreven bij ernstige psychische problemen zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen, ASS en pervasieve ontwikkelingsstoornissen, evenals het syndroom van Tourette en chronische motorische tics. Uit CM-gegevens blijkt dat het gemiddelde DDD-volume per patiënt toeneemt met bijna 7%, terwijl het aantal patiënten in 2020 nauwelijks verandert (zie Figuur 8).

Elke verandering in het voorschrijven van antipsychotica vereist speciale aandacht, vooral bij kinderen en jongeren. Dit zijn zware medicamenteuze behandelingen met aanzienlijke bijwerkingen, die in ernstige (vaak chronische) gevallen worden voorgeschreven en waarvan de invloed op de gezondheid

Figuur 8: Evolutie van het aantal voorschriften voor antipsychotica in de afgelopen tien jaar (openbare en ziekenhuisapotheken; CM-leden 0-17 jaar)



en het leven van mensen in het algemeen niet mag worden onderschat. Daarom is de stijging van het gemiddelde volume antipsychotica dat per patiënt wordt voorgeschreven in vergelijking met het jaar daarvoor des te opvallender, aangezien volgens een rapport van het RIZIV op basis van gegevens van 2019, “de stijgende trend in DDD-consumptie [van alle leeftijden] die al enige tijd wordt waargenomen, sinds 2017 is afgevlakt”, en “antipsychotisch gebruik is de afgelopen drie jaar niet significant veranderd”, waarbij het aantal patiënten en het aantal DDD stabiel bleven (Directie Farmaceutisch Beleid, 2020, pp. 97-100).

De stijging van de gemiddelde hoeveelheid antipsychotica per patiënt is te zien voor alle leeftijdsgroepen van 0 tot 17 jaar, maar het is voor kinderen jonger dan 6 jaar en jongeren van 15 tot 17 jaar dat de sprong in 2020 het grootst was. Zo kan worden vastgesteld dat het gemiddelde volume de laatste drie jaar met bijna 50% is gestegen voor de eerste groep en met 30% voor de tweede.

Wat betreft het type voorschrijver zien we geen significante veranderingen in het jaar 2020. Over het algemeen is 60% van de voorschrijvers van antipsychotica in België huisarts en 40% specialist. In termen van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen (in DDD), schrijven specialisten echter in totaal 1,5 keer meer volume geneesmiddelen voor dan huisartsen. Dit wordt uiteraard verklaard door het feit dat specialisten meerdere patiënten volgen, terwijl een huisarts gemiddeld aan één patiënt per jaar antipsychotica voorschrijft. In 2020 waren het vooral specialisten in neurologie en psychiatrie die meer dan voorheen moesten voorschrijven. Kijken we naar de plaats van aflevering van de geneesmiddelen, worden de meeste antipsychotica via de publieke apotheken aan CM-leden bezorgd.

7. Sociale ongelijkheid en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg

7.1. Klassen van statistische woonsectoren

[Ambulante opvolging](#)

De analyse van de relatie tussen het gebruik van alle prestaties ambulante zorg met opvolging door een psychiater en de gegevens over statistische sectoren voor het jaar 2018 wijst op een sociale gradiënt. In de statistische sectoren met hoge inkomens, is de kans dat men gebruik maakt van zorg groter. Kinderen in de hoogste klasse hebben dus 12% meer kans om gebruik te maken van deze zorg ($= [102,1/91,6] - 1$) in vergelijking met kinderen in de laagste klasse. (zie Figuur 9). Het verschil is het meest zichtbaar in de statistische sectoren met de laagste inkomens, wat erop wijst dat financiële toegang een reëel probleem is in statistische sectoren waar de aangegeven inkomens onder het gemiddelde liggen. Boven een bepaald inko-

mensniveau is er geen verschil meer in gebruik van ambulante zorg.

Er dient ook opgemerkt te worden dat er ook een sociale gradiënt is in het voorkomen van psychische problemen, maar daar zien we net het tegenovergestelde. Hoe zwakker de sociaaleconomische positie, hoe meer gezondheidsindicatoren de neiging hebben te verslechteren (zie punt 2.4). Hoewel de minst gegoede mensen net degenen zijn die deze zorg het meest nodig hebben, hebben ze minder kans om er gebruik van te maken. De omgekeerde wet van de zorg die het gebrek aan rechtvaardigheid in het zorgstelsel beschrijft, geldt dus ook voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (50 years of the inverse care law, 2021).

[Ziekenhuisopnames en dringende hulpverlening](#)

Zoals we in punt 2.4. hebben gezien, toont een studie van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) het bestaan aan van een uitgesproken sociale gradiënt voor psychiatrische ziekenhuisopnames voor de hele Belgische bevolking in 2016, met een extra risico van 149% voor personen die tot de laagste klasse behoren in vergelijking met personen die tot de hoogste klasse behoren (Avalosse, et al., 2019). We hebben deze oefening herhaald voor CM-leden jonger dan 18 jaar. De resultaten tonen dat er voor kinderen in de armste klasse een verhoogd risico van 32% is op ziekenhuisopname is ($= [116,6/88,5] - 1$) en dat dit risico, gezien het lineaire karakter van de relatie van de index met de klasse van statistische sectoren, bovendien sterk afhankelijk is van het inkomen van de bevolking (zie Figuur 10).

Aan de andere kant lijkt voor dringende psychiatrische hulpverlening de frequentie van het gebruik van de spoeddiensten en dringende psychiatrische interventies veeleer “egalitair” (geen gradiënt aanwezig).

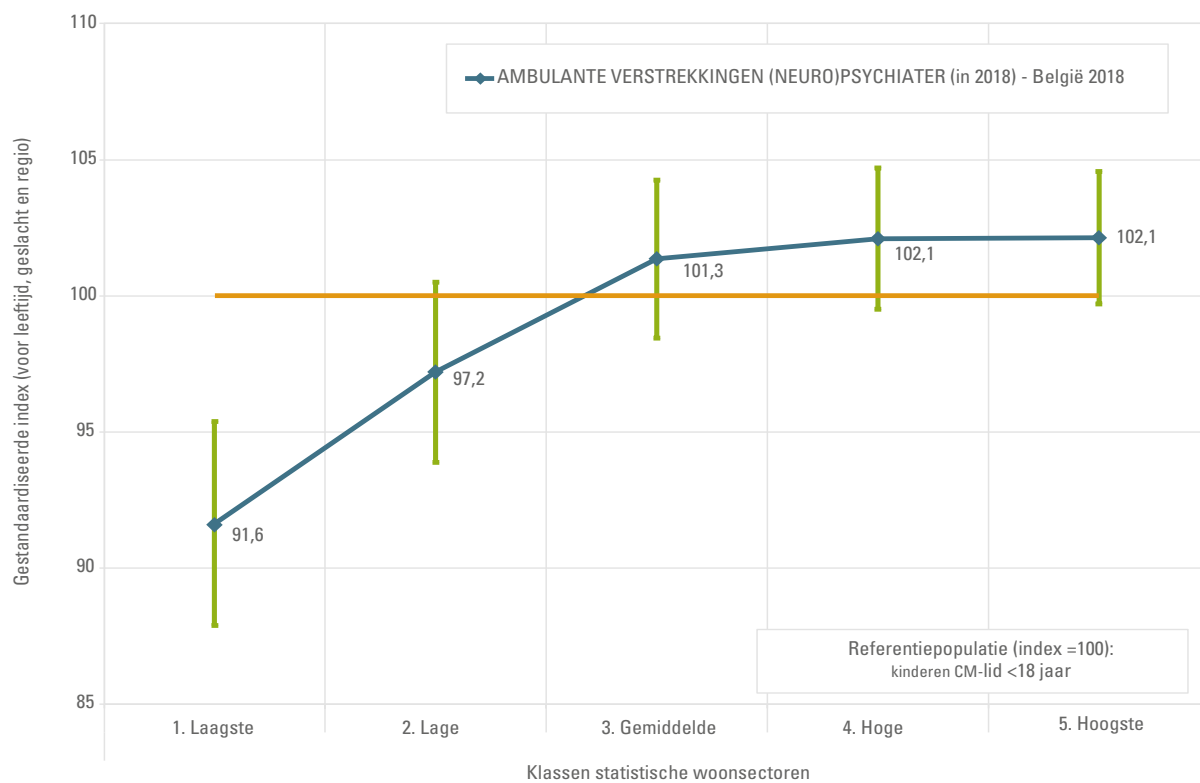
[Voorgeschreven geneesmiddelen voor psychische problemen](#)

Tot slot hebben we gekeken naar het voorschrijven van geneesmiddelen en meer specifiek van antidepressiva en antipsychotica. Daar waar de analyse niet aantoont dat er in 2018 een sociale gradiënt was voor de voorschriften voor antidepressiva voor kinderen jonger dan 18 jaar, zien we wel een aanzienlijke impact van sociale ongelijkheid op het voorschrijven van antipsychotica.

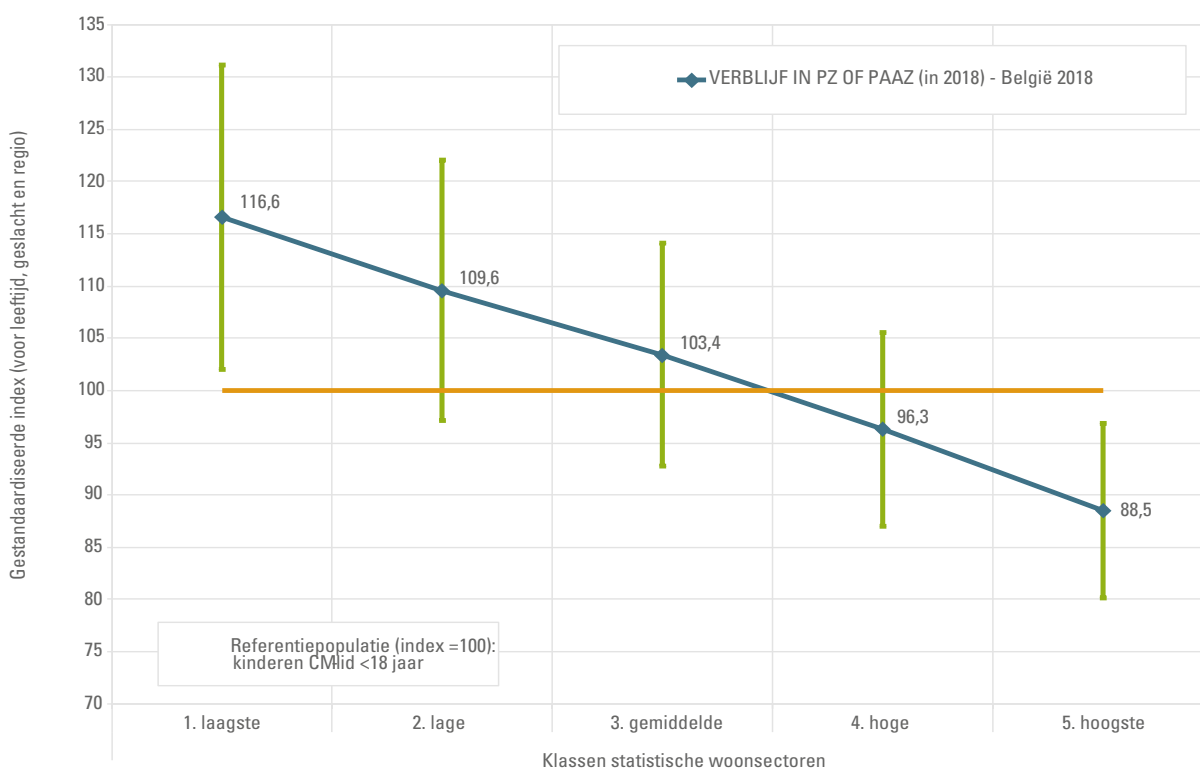
In 2018 hebben kinderen in de laagste inkomensklasse een extra risico van 37% ($[113,1/82,7] - 1$) om dit type geneesmiddel te gebruiken in vergelijking met kinderen in de hoogste klasse (zie Figuur 11). In 2016 was dit risico nog groter: 67%.

Hoewel het moeilijk is om het verschil in risico in 2020 precies te voorspellen, kan verondersteld worden dat dit verschil er nog steeds zal zijn, omdat sociale gradiënten over het algemeen zeer stabiel zijn over de tijd. Zo was in 2012 het risico

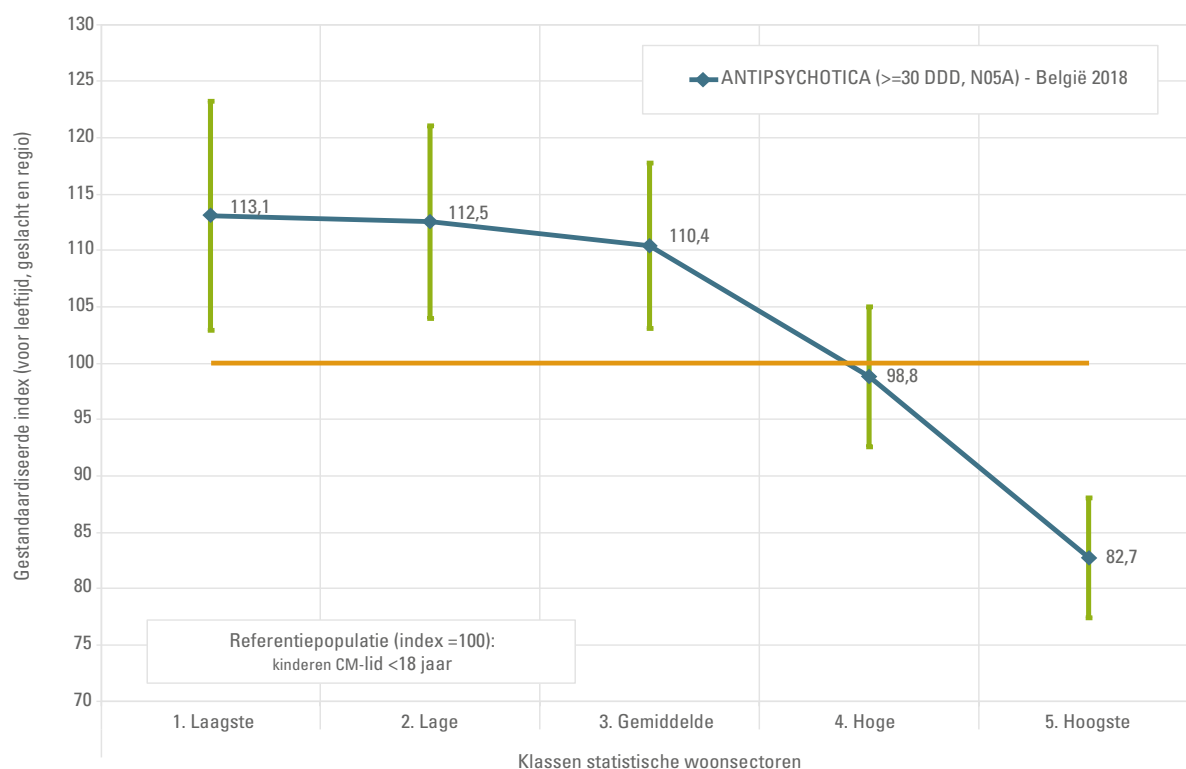
Figuur 9: Relatief risico op het gebruik maken van psychiatrische ambulante zorg per klasse van statistische sectoren (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



Figuur 10: Relatief risico om opgenomen te worden in PZ of PAAZ per statistische sector (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



Figuur 11: Relatief risico voor het gebruik van antipsychotica per statistische sector (CM-leden 0-17 jaar, gegevens 2018)



in de Belgische bevolking (alle leeftijden samen) uit de minst goedgeede klasse om antipsychotica voorgeschreven te krijgen 114% hoger dan dat van de personen uit de hoogste klasse (Avalosse, Vancorenland, & Verniest, De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan., 2015, p. 31) en in 2016 was dit risico nauwelijks veranderd (112%).

7.2. VT statuut

De tweede indicator die ons in staat stelt om de relatie tussen sociaaleconomische status en het gebruik van zorg te analyseren, is het statuut "rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming". Hierbij wordt het aantal VT-gebruikers van ambulante zorg vergeleken met het aantal niet-VT-gebruikers en het totale aantal CM-VT-leden met het aantal niet CM-VT-leden. Als het aandeel VT-leden hoger is onder de zorggebruikers dan in de populatie, betekent dit dat er een oververtegenwoordiging van leden met VT onder de zorggebruikers is en dus zij frequenter een beroep doen op deze zorg dan niet-VT-leden.

Uit de CM-gegevens blijkt dat het percentage VT-leden dat ambulante zorg consumeert niet veel hoger ligt dan het percentage VT-leden onder onze leden. Zo heeft in 2020 18% van de ambulante zorgvragers onder de 18 jaar recht op de ver-

hoogde tegemoetkoming, terwijl dit bij de CM-leden in dezelfde leeftijdsgroep 15% is (zie Tabel 1). Zoals we later zullen zien, is deze oververtegenwoordiging van leden met een verhoogde tegemoetkoming onder gebruikers van ambulante zorg gering in vergelijking met andere soorten zorg (hospitalisaties, dringende hulpverlening en consumptie van antipsychotica). We merken ook op dat het VT-statuuut geen belemmering vormt voor tele-/videoconsultaties, aangezien het aandeel VT-leden dat er toegang toe heeft vergelijkbaar is (19%).

Als we kijken naar het aandeel VT-leden onder CM-leden die opgenomen zijn in een PZ of PAAZ, zien we dat dit significant hoger is dan dat van alle CM-leden onder de 18 jaar (in 2020 29% tegenover 15%, zie Tabel 1). Dit is ook het geval voor dringende psychiatrische hulpverlening, met 25% VT-leden onder rechthebbenden in 2020. Aangezien personen met VT oververtegenwoordigd zijn onder de populatie die gehospitaliseerd is en die beroep doet op dringende hulpverlening, zou dit kunnen betekenen dat er een ongelijk risico is op het gebruik van dit soort zorg.

Wat betref het voorschrijven van geneesmiddelen, zien we dat VT-leden oververtegenwoordigd zijn en dus vaker antipsychotica gebruiken dan niet-VT-leden en dit verschil stabiel blijft.

Tabel 1: Vergelijking van het aandeel VT-leden dat gezondheidszorg gebruikt met het aandeel VT-leden binnen de CM-leden (leden van 0 tot 17 jaar, gegevens 2018, 2019 en 2020)

Jaar	Type prestatie	Aandeel VT-rechthebbenden onder gebruikers van zorg	Aandeel VT-rechthebbenden onder CM-leden
2018	Prestaties psychiater	19%	15%
	Hospitalisatie	30%	
	Dringende hulpverlening	26%	
	Voorschrijven antipsychotica	34%	
2019	Prestaties psychiater	19%	
	Hospitalisatie	30%	
	Dringende hulpverlening	26%	
	Voorschrijven antipsychotica	34%	
2020	Prestaties psychiater en psycholoog	18%	
	<i>Fysieke prestaties</i>	18%	
	<i>Prestaties op afstand</i>	19%	
	Hospitalisatie	29%	
	Dringende hulpverlening	25%	
	Voorschrijven antipsychotica	33%	

8. Aandachtspunten

8.1. Onvoldoende kwantitatieve gegevens

Zoals we in dit artikel hebben gezien, stellen de beschikbare gegevens ons in staat een reeks bevindingen over het gebruik van het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren onder de aandacht te brengen. Maar ze laten niet toe op exhaustieve wijze het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te kwantificeren. De zorggebruiksgegevens waarover CM als beheerder van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging beschikt, omvatten immers geen gegevens over niet-terugbetaalde¹³ zorg en zorg die wordt verleend door diensten, instellingen of organisaties die niet worden gefinancierd door de federale ziekteverzekering of waarvan de gegevensregistratie niet systematisch is.

Bovendien kan aan de hand van de gegevens over het gebruik van de gezondheidszorg niet worden nagegaan wat de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg zijn. Dit geldt voor elke vorm van gezondheidszorg, aangezien in het algemeen een fractie van deze behoeften om diverse redenen niet ingevuld wordt: een deel van de behoeften wordt misschien niet opgemerkt of wanneer de behoefte door patiënten wordt waargenomen, wordt deze mogelijk uitgesteld omdat deze als niet-dringend wordt beschouwd of om andere redenen (zoals een financiële drempel). Als er dus een toename van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg wordt waargenomen, kan deze niet ondubbelzinnig toegeschreven worden aan de toename van de behoeften. Dit kan immers ook te wijten zijn aan een betere toegankelijkheid van bepaalde zorg of een betere detectie van psychische problemen, evoluties in zorgvormen of ongepaste zorg (zie over dit onderwerp het artikel "Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen" in hetzelfde nummer van CM-Informatie).

13. Namelijk dat de gegevens van de aanvullende verzekering ook bij de CM worden geregistreerd, maar dat ze moeilijk te analyseren zijn omdat de voordelen in de loop van de tijd evolueren en niet uniform zijn in de regio's. Zo hebben de Franstalige CM-leden sinds januari 2017 recht op een terugbetaling van psychologische consultaties zonder beperking van sessies, tegen een tarief van 15 euro per prestatie, met een plafond van 180 euro per jaar. In Vlaanderen daarentegen worden de sessies voor kinderen en jongeren terugbetaald tegen 50% van het consulttarief (met een maximum van 30 euro) en 75% voor VT (maximum van 45 euro). In totaal kunnen 24 sessies worden terugbetaald tijdens de levensduur van het lid.

Actoren in het veld van geestelijke gezondheid klagen aan dat het bestaande aanbod voldoende is om aan de groeiende vraag te voldoen, maar de gegevens waarover we beschikken, laten niet toe om dit met zekerheid te bevestigen, vooral omdat we in onze gegevens niet beschikken over indicatoren voor psychische nood of over de geestelijke gezondheidstoestand van de minderjarige bevolking.

Uit onze analyse volgt dat het noodzakelijk is aandacht te besteden aan de aard van de gegevens die de reflecties over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België voeden. Wij zijn van mening dat voorzichtigheid geboden is met betrekking tot de beschikbare cijfers, gezien ze onvolledig zijn, niet alleen op het vlak van omvang, maar ook op vlak van de mogelijkheid om een weerspiegeling te zijn van de reële behoeften. Vanuit dit oogpunt steunen wij het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de noodzaak van de oprichting van een barometer voor de geestelijke gezondheid (Hoge Gezondheidsraad, 2021b). In 2018 nam de gezondheidsenquête van Sciensano voor het eerst kinderen en jongeren op in hun steekproef (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Toch lijkt het ons belangrijk om niet alleen kwantitatieve gegevens te verzamelen, maar ook kwalitatieve gegevens, omdat deze het mogelijk maken om de interpretatie van de statistische gegevens (beschikbaar of die we hopen te verkrijgen via een barometer) scherper te stellen en aan te vullen.

8.2. Sociale ongelijkheid in geestelijke gezondheid

Onze studie maakt het mogelijk om enkele opmerkelijke vaststellingen te doen over sociale ongelijkheden op het gebied van geestelijke gezondheid. We hebben inderdaad aanzienlijke verschillen vastgesteld in het zorggebruik. Groepen met een lagere sociaaleconomische status (dit zijn VT-leden en leden die in statistische sectoren met de laagste inkomens wonen) hebben meer kans op geestelijke gezondheidsproblemen, maar maken ook vaker gebruik van bepaalde soorten zorg. Zo is het risico op het gebruik van antipsychotica en op ziekenhuisopname (PZ en PAAZ) – dit is zware zorg – veel groter voor wie in kansarme statistische sectoren woont. Bovendien zouden de verschillen tussen sociaaleconomische groepen nog groter zijn als ze zouden worden berekend op basis van individuele gegevens (dit is op basis van de inkomens van de huishoudens zelf en niet op basis van het mediane inkomen van de verblijfsplaats). Evenzo, als we kijken naar het aandeel VT-leden onder de gebruikers van dit soort zorg, zien we dat VT-leden ruim oververtegenwoordigd zijn in verhouding tot het aandeel VT in de algemene bevolking. Zo heeft in 2020 33% van de gebruikers van antipsychotica, 29% van de gehospitaliseerde patiënten en 25% van de patiënten die dringende hulpverlening gebruiken recht op VT, terwijl dit het geval is voor slechts 15% van alle CM-leden jonger dan 18 jaar.

Anderzijds stelden we vast dat ambulante psychiatrische zorg significant minder wordt gebruikt door kinderen en jongeren

die in arme statistische woonsectoren wonen dan door kinderen en jongeren die in rijkere statistische woonsectoren wonen. Het gaat hier om individuele contacten van het kind met de psychiater in de vorm van consultaties, maar ook met de volwassenen die verantwoordelijk zijn voor de opvoeding van het kind en de prestaties die worden terugbetaald in het kader van de opvolging door de psychiater, zoals multidisciplinair overleg. Dit feit is des te alarmerender omdat de minder goedgevoelde klassen niet enkel evenveel ambulante zorg zouden moeten gebruiken als de meer goedgevoelde klassen, maar er eigenlijk meer gebruik van zouden moeten maken dan de laatste. Dit komt omdat de gezondheidsbehoeften van sociaal kwetsbare mensen groter zijn door de ongelijke verdeling van gezondheid in onze samenleving. Dit vraagt dan ook preventie initiatieven op vlak van preventie en gezondheidsbevordering met een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan de mate van sociale achterstand (beginsel van proportioneel universalisme).

Op basis van deze bevindingen kan worden verondersteld dat het de jongeren uit de lagere sociaaleconomische klassen zijn die sinds het begin van de pandemie zijn overgeschakeld op langere en/of zwaardere behandelingen. Zij zijn het die waarschijnlijk meer antipsychotica dan het jaar voordien voorgeschreven gekregen en meer in het ziekenhuis zijn opgenomen dan jongeren uit de meer goedgevoelde klassen. Met andere woorden, de gevolgen van de pandemie zijn zwaarder geweest voor jongeren die met een ongunstige sociale en economische situatie werden geconfronteerd.

8.3. Belang van de vier dimensies van preventie

De vaststelling dat de meest kansarme klassen meer risico lopen op een ziekenhuisopname of het gebruik van antipsychotica, en dat terzelfdertijd de kans kleiner is dat ze ambulant een specialist raadplegen, zijn volgens ons twee zijden van dezelfde medaille wanneer we dit feit analyseren vanuit het oogpunt van preventie. Waar preventie ontbreekt, komt er meer druk op curatieve zorg. Met preventie bedoelen we hier dus niet alleen de acties die in een vroeg stadium, bij detectie of tijdens een ziekte kunnen worden ondernomen (primaire, secundaire en tertiaire preventie), maar ook acties die rekening houden met het niet-medische kader van de situatie van de persoon (quaternaire preventie) (Sholokhova, 2020). Deze definitie van preventie volgt de brede definitie van gezondheid volgens dewelke leven in goede gezondheid afhankelijk is van meerdere factoren, waarvan de meeste, omdat ze niet door de persoon kunnen worden beheerst, niet biologisch, maar sociaal, economisch en omgevings- gebonden zijn.

Vanuit dit oogpunt kan een raadpleging met een eerstelijnszorgverlener of een specialist als preventief worden beschouwd in zoverre het enerzijds een bron van vroegtijdige opsporing van psychisch lijden kan zijn en zo mogelijks een ziekenhuisopname in de toekomst kan voorkomen (secundaire

preventie). Aan de andere kant biedt een raadpleging meer mogelijkheden om de sociale dimensie te integreren in de zorg. Omdat het een ontmoeting en uitwisseling is tussen de patiënt en de zorgverlener, stelt het de laatste in staat om zich bewust te worden van de specificiteit van de situatie van de eerste en om er later rekening mee te houden (quaternaire preventie). We kunnen ons daarom afvragen of zowel een behandeling met geneesmiddelen als ziekenhuisopname als oplossing hebben gediend waar psychotherapeutische behandeling voldoende had kunnen zijn, maar die niet kon worden aangeboden onder de omstandigheden van de gezondheids crisis. Deze hypothese, geformuleerd op basis van kwantitatieve gegevens, verdient het om kwalitatief te worden geverifieerd.

Dit geldt echter niet alleen voor kansarme bevolkingsgroepen. Zo is er sinds de 'tweede golf' van de pandemie een algemene daling van het aantal raadplegingen en een toename van ziekenhuisopnames en in het voorschrijven van antipsychotica. Hoewel het vermoeden bestaat dat dit vaker het geval is voor kwetsbare personen, lijkt het ons gerechtvaardigd te stellen dat het gebrek aan preventieve zorg geleid zou kunnen hebben tot een verhoogd risico op het gebruik van curatieve zorg in het algemeen. De trend naar meer curatieve zorg in de geestelijke gezondheidszorg, residentieel of door middel van geneesmiddelen, is echter niet zonder invloed op de levenskwaliteit van jongeren. Een behandeling met antipsychotica is een zware behandeling met heel wat bijwerkingen die de gezondheid van jongeren in de toekomst kan beïnvloeden (Cohen, et al., 2012). Een ziekenhuisopname is eveneens een ingrijpende gebeurtenis, met een aanzienlijke financiële last voor individuen en hun families.

8.4. Teleconsultaties als beperkte oplossing

Ook willen we de aandacht vestigen op het toenemend gebruik van teleconsultaties. Uit de cijfers blijkt een aanzienlijk gebruik van dit type zorg sinds het begin van de pandemie. Maar het lijkt ons belangrijk om het verschil te benadrukken tussen een teleconsultatie en een persoonlijke therapeutische ontmoeting. Hoewel teleconsultatie een waardevol instrument kan zijn voor het contact met een specifiek doelpubliek, zoals jongeren die gewend zijn aan interactie via een scherm, zijn het contact en verstandhouding met de gezondheidsprofessional die zich ontwikkelen tijdens een fysieke bijeenkomst een cruciale elementen in de opvolging van patiënten, zowel in termen van therapie en psychologisch herstel, als in termen van opvolging van een behandeling met geneesmiddelen (Fuchs, 2007). Dit geldt zowel voor de geestelijke gezondheidszorg als voor elke andere vorm van gezondheidszorg. Zo benadrukte het KCE in zijn rapport van juni 2020 dat "in de gezondheidszorg persoonlijk contact, lichamelijk onderzoek en menselijke en face-to-face communicatie immers de fundamenteën" blijven (Mistiaen, Devriese, Pouppez, Roberfroid, & Savoye, 2020, p. 25). Deze aspecten zijn des te belangrijker voor een

diagnostisch proces, omdat de diagnose niet alleen is gebaseerd op de inventarisatie van de symptomen, maar ook op de analyse van de non-verbale taal van de patiënt, het aanvoelen van de professional en de algehele sfeer van de consultatie (Pallagrosi, Fonzi, Picardi, & Bondi, 2014).

We steunen de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad dat het noodzakelijk is "om een zo laagdrempelig mogelijk zorgaanbod te versterken, waarbij professionele hulp (o.a. financieel) toegankelijk wordt voor iedereen zonder het infectierisico te vergroten" en dat "daarbij kan gedacht worden aan een online aanbod" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10). Tegelijkertijd steunen we de opmerking van de Hoge Gezondheidsraad dat "bijzondere aandacht moet uitgaan naar de meest kwetsbare groepen die hiertoe [online aanbod] niet altijd de nodige toegang hebben" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10). Uit onze analyse blijkt inderdaad dat er een sociale gradiënt is in de toegang tot consultaties bij een (neuro)psychiater: kinderen in de hoogste klasse hebben 12% meer kans om dit type specialist te raadplegen dan kinderen in de laagste klassen (zie punt 4.3 en Figuur 4). We zijn het daarom eens met de mening van de Hoge Gezondheidsraad dat "de voorkeur dus uitgaat naar het uitwerken van een gemengde aanpak: zoveel mogelijk face-to-face behouden (zeker bij kwetsbare groepen) en online waar nodig" (Hoge Gezondheidsraad, 2021a, p.10).

9. Besluit

In dit artikel gaven we eerst een stand van zaken van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Op basis van een reeks vaststellingen zoals de moeilijke toeleiding van patiënten naar het systeem, het te ziekenhuisgerichte aanbod, werd de sector onderworpen aan een hervorming die in 2015 werd geïnitieerd. Deze hervorming had tot doel organisaties, sectoren en beroepen te ontschotten en de kloof ertussen te dichten, het tekort aan thuiszorgdiensten te verhelpen en de capaciteit te versterken aan toegankelijke zorg in geval van crisis- en noodsituaties, reactief en effectief voor kinderen en jongeren.

Was de sector na deze hervorming voorbereid om te voldoen aan de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, die met de COVID-19-pandemie alleen maar is toegenomen? Eén van de bevindingen van ons onderzoek is dat het moeilijk is om deze vraag alleen aan de hand van cijfers te beantwoorden. Ten eerste missen we de middelen om de vraag in kaart te brengen en te kwantificeren. Dit geldt des te meer voor de werkelijke behoeften aan geestelijke gezondheidszorg. Het stigma rond psychische problemen en het gebrek aan bewustzijn van reële behoeften en aan aanvaardbaarheid bij de mensen zelf, zijn belangrijke barrières om tijdig professionele ondersteuning te zoeken.

Ten tweede blijven gegevens over het gebruik slechts partieel, omdat het aanbod zeer complex is. Door de complexiteit van de organisatie is het aanbod dus minder goed 'leesbaar', niet alleen voor patiënten, maar ook voor professionals.

Ondanks het meten van het gebruik aan de hand van partiële indicatoren, konden we toch veranderingen vaststellen die verband kunnen houden met de directe gevolgen van de COVID-19-pandemie voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België. Zo bewijst de onderbenutting van de terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg in het tweede kwartaal van 2020 dat heel wat patiënten geen toegang hadden tot zorg (ondanks de invoering van teleconsultaties, een lovenswaardige, maar onvoldoende oplossing). Gezien de alarmerende signalen van professionals op het terrein over de toename van de psychische nood van kinderen, zouden dit ondergebruik en het uitstel van zorg waarvan dit ondergebruik een signaal is, rampzalige gevolgen kunnen hebben. Nu al stellen we een aanzienlijke en zorgwekkende

toename vast van het aantal bezette ziekenhuisbedden, daar waar het algemene zorggebruik begin 2021 geleidelijk weer de trend van de voorgaande jaren gaat volgen. Aangezien de sociale crisis nog lang niet voorbij is, kunnen we in de toekomst ook nog vertraagde effecten op de geestelijke gezondheid van de bevolking verwachten.

Deze oefening in het kwantificeren van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren was een primeur voor de CM-studiedienst en toont aan dat het belangrijk is om hier speciale aandacht aan te besteden. Om de gevolgen van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren beter te analyseren, is het echter noodzakelijk om ook kwalitatieve gegevens te verzamelen. Dit kan onder meer door de professionals op het terrein, die in direct contact staan met kinderen te interviewen (niet alleen psychiaters en psychologen, maar ook alle personen die kinderen op school en daar buiten begeleiden).

Bibliografie

- 50 years of the inverse care law. (2021). *The Lancet*, 397(10276), 767.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Inter mutualistisch Agentschap (IMA).
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, S. (2015). De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. *CM-Informatie*(262), 26-39.
- Azria, E., Sauvegrain, P., Blanc, J., Crenn-Hebert, C., Fresson, J., Gelly, . . . Regnault. (2020). Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48, 847-849.
- Benoit, J.-P. (2020). COVID-19. La pédopsychiatrie à l'épreuve du confinement. *Enfance & Psy*, 6-9.
- Catheline, N., Berthaut, E., Bon-Saint-Côme, M., Carretier, E., Coq, J., Delvenne, V., . . . Raynaud, J. (2021). COVID 19: Comment la pédopsychiatrie s'adapte en ces temps d'adversité? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(1), 1-3.
- Cohen, D., Bonnot, O., Bodeau, N., Consoli, A., & Laurent, C. (2012). Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(3), 309-316.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie Covid-19: révision 2021*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Grignon, M., Jusot, F., & Naudin, F. (2004). *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie: sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Directie Farmaceutisch Beleid, D. v. (2020). *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses. MORSE. Rapport 2020 (gegevens 2019)*. RIZIV. Retrieved from https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE%20_apport_gegevens_tot_2019.pdf
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14-20.
- FOD Volksgezondheid. (2015). Protocolakkoord van 30 maart 2015 gesloten tussen de federale regeringen en deelstaten houdende goedkeuring van een gids voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. FOD Volksgezondheid.

- FOD Volksgezondheid. (2021). *Blikvanger Gezondheidszorg. Geestelijke Gezondheidszorg. Editie 2021*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- FOD Volksgezondheid, V. v. (2021). *Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg - Editie 2021*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2018). *Geestelijke gezondheid. Gezondheidsenquête 2018. Brussel*. Brussel: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/3. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Psychosociale opvang tijdens de COVID-19-pandemie: kinderen & jongeren*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- Klaric, M. (2020). *Coronavirus en Belgique : les unités psychiatriques surchargées*. RTBF.
- Koener, B., Deschietere, G., & de Becker, E. (2015). Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(7), 482-489.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3.
- Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2021). *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020*. UClouvain & Universiteit Antwerpen.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België*. Brussel: KCE Reports 318Bs.
- Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Mommerency, G., Van Den Heede, K., Verhaeghe, N., Swartenbroeckx, N., Annemans, L., Schoentjes, E., & Eyssen, M. (2011). *Organisation van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht*. Brussel: KCE Reports 170B.
- Newlove-Delgado, T., McManus, S., Sadler, K., Thandi, S., Vizard, T., Cartwright, C., & Ford, T. (2021). Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *Lancet Psychiatry*.
- Pallagrosi, M., Fonzi, L., Picardi, A., & Bondi, M. (2014). Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology*, 47(2), 111-118.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Kurup, *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 115-134). Geneva: World Health Organization.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression : Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- RIZIV. (2018). *Nomenclatuur van de gneeskundige verstrekkingen. Hfst.II - Art. 2 - Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen*. Brussel: Officiële coördinatie van 01-12-2018.
- Sholokhova, S. (2020). Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*(283).
- TeJo. (2019, 01 20). *Jaarverslag Tejo 2019*. Retrieved from <https://tejo.be/wp-content/uploads/2020/01/20190120-Jaarverslag-TEJO-2019.pdf>
- Un collectif de psychiatres et des pédopsychiatres. (2021, 01 27). Carte blanche: «Les adolescents sont en souffrance majeure, sans aucune perspective d'amélioration». *Le soir*.
- Vandebroek, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?

Gauthier Vandeleene, Hervé Avalosse – Studiedienst

Samenvatting

Het doel van dit artikel is om een schatting te maken van de heropnames van moeders en baby's binnen 30 dagen na hun ontslag van de kraamafdeling, en om de evolutie van deze heropnames te bestuderen. Sinds de invoering in 2015 van een maatregel om het verblijf op de kraamafdeling in te korten, is er namelijk al veel inkt gevloeid om te waarschuwen voor de mogelijke gezondheidsrisico's van deze maatregel voor moeder en kind.

Aan de hand van onze gegevens onderzoeken we daarom de evolutie van het heropnamepercentage van moeders en baby's over 10 jaar (2010-2019). Voor moeders lijkt het heropnamepercentage laag: van 2010 tot 2014 bedraagt het ongeveer 1,1% en van 2015 tot 2019 stijgt het licht tot 1,3%. Voor baby's daarentegen zijn de heropnamepercentages hoger en nemen ze aanzienlijk toe: van 4,8% (periode 2010-2014) tot 5,9% (periode 2015-2019).

We onderzoeken verder ook het mogelijk verband van bepaalde factoren (uit de literatuur) met het risico op heropname: statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut), risicozwangerschappen, type bevalling, verblijfsduur en postnatale opvolging. De aanwezigheid van het VT-statuut, een risicozwangerschap of een bevalling via keizersnede zijn factoren die gerelateerd zijn aan hoger risico op heropname, zowel voor de baby als de moeder. De analyse van de verblijfsduur is wat subtieler. Hoewel volgens de literatuur heropnames frequenter zijn bij korte verblijven (één of twee dagen op de kraamafdeling na de bevalling), blijkt uit onze gegevens dat het ook interessant is om te kijken naar middellange en lange verblijven in combinatie met het type bevalling. Tenslotte blijkt ook dat postnatale opvolging een rol speelt bij de heropname van moeders en baby's.

De kwestie van heropname is complex en onze gegevens laten geen definitieve conclusie toe over de impact van de in 2015 ingevoerde maatregel. Niettemin lijken de genoemde factoren van cruciaal belang om een beter inzicht te krijgen in de stijging van het aantal heropnames in de afgelopen jaren, zeker wat baby's betreft. De resultaten van de studie roepen ook op tot voorzichtigheid in de opvolging van baby's na de geboorte: een heropnamepercentage van 5,9% bij baby's (7,7% in geval van het VT-statuut) is immers niet te verwaarlozen.

Sleutelwoorden: Geboorte, heropname, zwangerschap, verblijfsduur, postnatale opvolging

1. Inleiding

Terugkeren naar het ziekenhuis voor de behandeling van een bepaald gezondheidsprobleem na het verlaten van de kraamafdeling is geen gemakkelijke zaak. Toch bestaat dit risico wel degelijk. Professionele zorgverleners meldden zelfs dat het aandeel moeders en pasgeborenen dat opnieuw moesten opgenomen worden na ontslag van de kraamafdeling is gestegen sinds de invoering van de verkorte verblijfsduur op de kraamafdeling (RTL INFO, 2016).

Aan het begin van de vorige legislatuur heeft mevrouw De Block, toenmalig minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, immers beslist om de “natuurlijke” afname van de verblijfsduur op de kraamafdeling te versnellen (door in 2015 een verkorting van de verblijfsduur met een halve dag op te leggen). De gevolgen van dit beleid lieten niet lang op zich wachten, want de verblijfsduur is sinds 2015 drastisch gedaald. De voorwaarde om te voorkomen dat dit beleid negatieve effecten zou hebben, was de versterking van de postnatale opvolging, voornamelijk uitgevoerd door vroedvrouwen. Sommige actoren twijfelen aan de pertinentie van deze verkorting van de verblijfsduur op de kraamafdeling. Volgens hen zou het onder andere tot een toename van het aantal heropnames in het ziekenhuis leiden.

Het doel van dit artikel is om de evolutie van deze heropnames van moeders én baby's, binnen maximaal 30 dagen na hun ontslag van de kraamafdeling, over de afgelopen tien jaar in kaart te brengen en te evalueren. Op basis van onze vaststellingen kunnen we denkpesten meegeven over de evolutie van de heropnames, en mogelijks ook over het effect van het door mevrouw De Block gevoerde beleid.

Hiertoe gaan we, aan de hand van de literatuur, het verband bekijken tussen de duur van het verblijf op de kraamafdeling en potentiële heropnames, naast andere mogelijke oorzaken van een heropname van pasgeborenen (en in mindere mate van moeders). Vervolgens onderzoeken we aan de hand van CM-gegevens, welke factoren de heropnames beïnvloeden, in het bijzonder de verblijfsduur op de kraamafdeling. Tot slot zullen we, zoals gebruikelijk, enkele beleidsaanbevelingen formuleren die verband houden met al deze discussies.

We baseren ons hiervoor onder meer op twee artikels die al eerder gepubliceerd werden in CM-Informatie: een eerste over pre- en postnatale opvolging (Vandeleene & Avalosse, 2021a) en een tweede over de verblijfsduur op de kraamafdeling (Vandeleene & Avalosse, 2021b).

2. Factoren die de heropname van moeders beïnvloeden: literatuuroverzicht

2.1. Heropname: wat is het?

Een heropname wordt in dit artikel gedefinieerd als een al dan niet geplande heropname in een ziekenhuis, binnen maximaal 30 dagen, al dan niet in hetzelfde ziekenhuis, van een patiënt die kort geleden uit het ziekenhuis was ontslagen. Volgens de literatuur is dit in de Westerse wereld voor het geheel van de ziekenhuisdiensten een vrij ernstig probleem: wel 20% – zo niet meer – van de patiënten moet binnen 30 dagen na hun ontslag uit het ziekenhuis opnieuw worden opgenomen. In het algemeen zou een behoorlijk groot deel van deze heropnames mogelijk vermeden kunnen worden; afhankelijk van de bron ligt dit percentage tussen de 5% en de 79% van alle heropnames. Ze zijn meestal te wijten aan kwaliteitsproblemen tijdens de eerste opname, tijdens de overgang van ziekenhuis naar huis, of op het niveau van de nazorg (Braet, 2016; Van Walraven, et al., 2011).

Deze heropnames kosten veel geld. Voor België blijkt uit een studie die werd uitgevoerd op basis van gegevens uit 2008 dat heropnames tussen één en drie maanden (voor elk type ziekenhuisopname) 280 miljoen euro van de totale kosten vertegenwoordigden. Dat was 1,3% van de gezondheidszorgverstrekingen op dat moment (Trybou, et al., 2013). Tot slot spreekt het voor zich dat naast de financiële kosten ook de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt groot kunnen zijn, vooral bij oudere patiënten (Petrou, et al., 2004).

Onze studie richt zich op heropnames na de bevalling. Hierbij is er sprake van een heropname als de baby of moeder na het daadwerkelijke ontslag uit de kraamafdeling van het ziekenhuis van ten minste 24 uur, opnieuw moet worden opgenomen in een ziekenhuis (ongeacht of dit hetzelfde ziekenhuis is waar de bevalling heeft plaatsgevonden). Vermits we het hebben over heropnames na de bevalling, is het wel duidelijk dat het over twee doelgroepen gaat: de moeders en de baby's. Beiden kunnen genooddaakt worden terug te keren naar het ziekenhuis, na een ziekenhuisopname in het kader van de bevalling. De literatuur concentreert zich vooral op de heropnames van pasgeborenen: het risico om opnieuw te worden opgenomen is voor hen dan ook groter dan voor hun moeders.

We hebben gekozen voor een termijn van 30 dagen voor heropname na het ontslag uit het ziekenhuis. Deze termijn lijkt namelijk de norm te zijn als we kijken naar potentieel vermijdbare heropnames. In Zwitserland bijvoorbeeld worden “niet-electieve opnames in dezelfde voorziening die plaatsvinden binnen 30 dagen na een ontslag, om dezelfde reden of voor een diagnose die al gesteld werd tijdens het eerste verblijf, als vermijdbaar beschouwd” (Blanc, et al., 2017, p.30, eigen vertaling).

Dezelfde norm geldt voor het Canadese instituut voor de statistiek.¹ Verschillende landen, zoals de Verenigde Staten, Engeland en Denemarken, gebruiken de 30-dagen-heropname indicator om de kwaliteit van de zorg te meten. Duitsland zet hem in om de gevolgen van de invoering van op activiteiten gebaseerde tarifiering te monitoren (Kristensen, et al., 2015). In Frankrijk wil men van de heropnames binnen 30 dagen een indicator maken van de kwaliteit van de zorg (Ministère de la santé français – Direction de l’offre des soins, 2018). Wij volgen dus hun voorbeeld.

2.2. Factoren die de heropname van moeders beïnvloeden: literatuuroverzicht

Het is vrij zeldzaam dat moeders in de weken/maanden na een bevalling opnieuw moeten worden opgenomen. In de literatuur wordt over het algemeen gesproken over minder dan 2% heropnames, in verhouding tot het aantal oorspronkelijke opnames. Uit een studie in Canada bij 900.000 vrouwen tussen 15 en 44 jaar, die bevielen tussen 1997 en 2001, blijkt dat 16.000 van hen opnieuw moesten worden opgenomen (een heropnamepercentage van 1,8%. Het heropnamepercentage was 1,5% bij vaginale bevallingen en 2,7% bij keizersneden). Uit een Amerikaans onderzoek gaande over 6 miljoen bevallingen tussen 2004 en 2011, blijkt dat moeders die via een keizersnede zijn bevallen meer kans hebben om opnieuw te worden opgenomen (naast vele andere factoren) (Clapp, et al., 2016; Herrin, et al., 2015; Ophir, et al., 2008). Dat is vrij logisch gezien de grotere complexiteit van een keizersnede, de medische handelingen en de risico’s (Liu, et al., 2005). Een verhoogde kans op een keizersnede verhoogt dus ook de kans op een heropname voor een gezondheidsprobleem (Clapp, et al., 2017). Postpartumbloedingen, ernstige kraamkoorts (puerperale infectie) en bepaalde vormen van hoge bloeddruk werden geassocieerd met een verhoogd risico op heropname van moeders en waren ook de belangrijkste oorzaken van heropname (Liu, et al., 2002). Leeftijd lijkt ook een rol te spelen, aangezien een vrouw vanaf een bepaalde leeftijd (afhankelijk van allerlei factoren) meer kans maakt op een risicovolle zwangerschap en/of bevalling, en dus ook op een heropname na de bevalling (Johnson, et al., 2019). Zogenaamde risicozwangerschappen bevorderen ook de kans op een heropname na de bevalling (Sharvit, et al., 2014). Maar bovenal blijken comorbiditeiten de grootste rol te spelen (Clapp, et al., 2017).

Een studie heeft uitgewezen dat hoe korter het verblijf is, hoe hoger het risico op heropname. Het percentage heropnames is respectievelijk 21%, 18% en 10% bij een verblijfsduur van twee dagen en minder, drie dagen of vier dagen, in vergelijking met een verblijf van ten minste vijf dagen (Liu, et al., 2002; Belfort, et al., 2010). Voor vaginale bevallingen daarentegen toont een

metastudie aan dat een vroegtijdig ontslag van de kraamafdeling niet gepaard gaat met een hoger risico op heropname, zolang er opvolging thuis wordt georganiseerd. Bovendien was 90% van de moeders die vroegtijdig naar huis gingen, tevreden over hun ervaring (Clapp, et al., 2016). Bijna alle studies over dit onderwerp tonen aan dat kansarme moeders en moeders uit etnische minderheden een groter risico lopen om na de bevalling opnieuw te worden opgenomen (Clapp, et al., 2016; Benahmed, et al., 2017).

Het is voor ons als ziekenfonds onmogelijk om een idee te krijgen van de algemene gezondheidstoestand van de moeder en de invloed daarvan op haar kans op heropname. Het is geweten dat comorbiditeiten zoals hoge bloeddruk of diabetes belangrijke oorzaken van heropname zijn, evenals infecties. Ook roken speelt een rol (Clapp, et al., 2016). Veel van de risicofactoren komen niet voor in de gegevens waarover de ziekenfondsen beschikken (op enkele uitzonderingen na door bijvoorbeeld geneesmiddelenverbruik te linken aan bepaalde aandoeningen zoals diabetes). Factoren zoals de duur van het ziekenhuisverblijf, of men bevallen is via keizersnede, de leeftijd en het sociale statuut (of de moeder rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming is) zijn gegevens waar we wel over beschikken en die later zullen worden gebruikt in onze analyses. Maar aangezien de heropnamepercentages erg laag zijn onder moeders, zal elk van deze factoren, hoe significant ook, eerder een kleine impact hebben.

2.3. Factoren die de heropname van pasgeborenen beïnvloeden: literatuuroverzicht

2.3.1. De verblijfsduur

Zoals we al zagen, is de duur van ziekenhuisverblijven in ons land in bijna 10 jaar tijd relatief sterk gedaald (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Hoewel dit op zich geen slecht nieuws is, is de literatuur het er redelijk over eens dat het wel van invloed is op het risico op heropname, ongeacht de reden voor de ziekenhuisopname. Met andere woorden, een patiënt ontslaan of vragen om zijn of haar ziekenhuisbed “vroegtijdig” te verlaten, verhoogt het risico dat die patiënt opnieuw wordt opgenomen, in vergelijking met een situatie waarin hij of zij “langer” wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Ook voor bevallingen worden in de literatuur de mogelijke effecten van een vroegtijdig ontslag bestudeerd. Maar het is maar de vraag of iedereen het eens is over de terminologie. Er lijkt geen strikte definitie te zijn van een vroegtijdig ontslag. Het hangt in feite af van het bestaande zorgsysteem en wat men beschouwt als een “normaal” verblijfsduur op de kraamafdeling.

1. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-221-x/2013001/def/def3-fra.htm>

Een studie uit 2014 voor België stelt de volgende definitie voor (die destijds ook in Frankrijk werd gebruikt): vroegtijdige ontslagen zijn degene die plaatsvinden vóór D3 (D0 is de dag van de bevalling, D1 is de 1e dag na de bevalling en dag 2 de tweede dag na de bevalling), ongeacht het type bevalling (Moreau, et al., 2014). Voor die periode was dit een vrij brede definitie van een vroegtijdig ontslag: een verblijf op de kraamafdeling in België duurde toen immers gemiddeld langer dan vier dagen. De internationale literatuur was in diezelfde periode al restrictiever over het aantal dagen. Sommige publicaties hebben het over 30 uur, andere over maximaal 48 uur na de geboorte, of minder dan twee nachten in het ziekenhuis (Liu, et al., 1997; Waldenström, et al., 1987; Tomashek, et al., 2006).

Er is al veel onderzoek gedaan naar het verband tussen de duur van een verblijf op de kraamafdeling en heropnames. Een inventarisatie hiervan zou een artikel op zich kunnen opleveren. We zullen trachten een evenwichtig beeld te schetsen van de situatie in België. Sommigen zijn voorstander van een snelle terugkeer naar huis voor moeder en kind omdat het de gezinsband en -hechting bevordert. Er worden echter ook bezorgdheden geuit over de mogelijke nadelen van een vroegtijdig ontslag (Farhat, et al., 2011):

- 1) Soms komt de borstvoeding pas op gang op de derde dag na de bevalling, of nog later.
- 2) Bepaalde aandoeningen manifesteren zich pas twee of meer dagen na de bevalling.
Volgens een studie kan bijna de helft van het aantal ernstige morbiditeiten worden vastgesteld binnen drie dagen na de geboorte (Heimler, et al., 1998).
- 3) Er is minder tijd om de moeder te ondersteunen bij het geven van borstvoeding, haar pasgeborene te verzorgen en voor haar eigen gezondheid te zorgen.

Volgens een Canadese studie is “het percentage heropnames na de geboorte gestegen van 27,3 per 1000 in 1989/90 tot 38,0 per 1000 in 1996/97, terwijl de gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf na de geboorte in dezelfde periode is gedaald van 4,2 dagen tot 2,7 dagen. De stijging van het heropnamepercentage was het duidelijkst voor gevallen van uitdroging en geelzucht. De provincies en territoria waar het verblijf in het ziekenhuis na de geboorte afnam, zagen over het algemeen een hoger percentage neonatale heropnames en een jongere leeftijd bij heropname” (Liu et al., 2000, p.46, eigen vertaling).

Een andere Canadese studie bij gezonde pasgeborenen toont aan dat het naar huis sturen binnen 30 uur na de geboorte de kans op heropname met 22% verhoogt (Liu, et al., 1997). Uit een onderzoek in Californië blijkt dat een verblijf van 24, 36 of 48 uur niet vaker tot heropname hoeft te leiden. Maar verblijven van meer dan 72 uur hadden wel de neiging het percentage heropnames te verlagen (Soskolne, et al., 1996). Een studie voor de hele Verenigde Staten wijst uit dat een verblijf van minder dan 72 uur een factor voor heropname was in de

eerste 10 levensdagen (Paul, et al., 2006). Andere studies wijzen in dezelfde richting (bijvoorbeeld, Datar, et al. 2006). Het spreekt voor zich dat elk van deze studies ook rekening houdt met andere factoren die mogelijk een rol spelen in heropnames, zoals we hieronder zullen illustreren.

Toch is het men in de literatuur niet altijd eens. Sommigen vermoeden dat achter de duur van het verblijf verborgen factoren of andere belangrijkere factoren schuilgaan. Een studie toont bijvoorbeeld dat als de kraamzorg na de bevalling en de opvolging thuis goed georganiseerd zijn en gerespecteerd worden, een korter verblijf op de kraamafdeling geen probleem zou moeten zijn (Edmonson, et al., 1997). Een andere studie in Canada gaat in dezelfde richting (Johnson, et al., 2002). Een studie voor de staat Washington heeft de bovengenoemde kans op heropname voor pasgeborenen berekend bij een verblijf van 39 uur (gemiddelde in de steekproef voor pasgeborenen die via een vaginale geboorte ter wereld zijn gekomen), en deze kans vervolgens vergeleken met de bovengenoemde kans op heropname voor pasgeborenen bij een verblijf van 51 uur (ofwel een toename van 12 uur). Volgens modelresultaten zou een toename van de gemiddelde duur van het verblijf na de geboorte met 12 uur weliswaar het heropnamepercentage verminderen, maar slechts met 0,6 procent (Malkin, et al., 2000). Optreden tegen deze ene variabele lijkt in dat opzicht nogal ineffectief om het aantal heropnames terug te dringen. In een recente studie toonden Harron et al. (2017) dat een langere verblijfsduur gemiddeld niet gepaard ging met lagere heropnamerisico's voor beide soorten bevallingen, hoewel dit wel het geval was voor te vroeg geboren baby's die via een vaginale geboorte ter wereld waren gekomen.

Samenvattend moet dus worden opgemerkt dat het verhoogde risico op heropname volgens de literatuur vooral schuilt in een zeer korte verblijfsduur (doorgaans bij één of twee dagen, heel zelden ook bij drie dagen). Uit een Canadese studie blijkt bijvoorbeeld dat 83,8% van de heropnames plaatsvond bij zuigelingen die binnen de eerste twee dagen na een vaginale bevalling uit het ziekenhuis waren ontslagen en 81,7% bij zuigelingen die waren ontslagen in de eerste 3 dagen, in het geval van een keizersnede (Metcalf, et al., 2016). Het lijkt dan ook pertinent dat we ons het beste focussen op een verblijfsduur van een of twee dagen.

2.3.2. ... Andere factoren

a) Postnatale opvolging

Zoals het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) benadrukt in zijn studie over postnatale kraamzorg in België, kleven er verschillende nadelen aan thuiszorg. Dit komt door de evolutie van het gezin in België, en meer in het algemeen in West-Europa, waardoor er doorgaans beperkte informele hulpmogelijkheden zijn voor moeders en hun partners (bijvoorbeeld: de geringe beschikbaarheid van grootouders) (Benahmed, et al., 2014, p.9).

Uit een studie die werd uitgevoerd in Zwitserland, blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen de heropnamepercentages voor twee groepen patiënten, één die vervroegd ontslag heeft gekregen, gevolgd door postnatale kraamzorg door een vroedvrouw, en een tweede groep die traditionele zorg heeft gekregen tijdens een langer verblijf op de kraamafdeling (Petrou, et al., 2004).

En een andere Zwitserse studie toont dat patiënten die langere tijd thuis werden verzorgd, meer tevreden waren over de verkregen zorg. Maar helaas, hoewel de studie concludeert dat vroegtijdige ontslagen gevolgd door thuiszorg een acceptabel alternatief zijn voor een “verlengd” verblijf, waren de heropnamepercentages van kinderen na 6 maanden toch 2,5 keer hoger voor pasgeborenen die voornamelijk thuis waren verzorgd (Boulvain, et al., 2004).

Volgens een studie in Spanje zijn er, als er thuis voor opvolging wordt gezorgd, geen verschillen in de heropname van kinderen of moeders, terwijl de tevredenheid van de moeders wel groter is wanneer ze de kraamafdeling vroegtijdig kunnen verlaten. Deze studie wijst ook op de lagere kosten van een dergelijk zorgsysteem in vergelijking met langdurige ziekenhuisverblijven (Bueno, et al., 2005). Niettemin bestaat er ondanks een goede postnatale opvolging toch een risico dat aanbevelingen minder goed worden opgevolgd wanneer moeders uit het ziekenhuis worden ontslagen, wat leidt tot een groter risico dat hun pasgeborene opnieuw wordt opgenomen (Cottrell, et al., 1983).

Als we met deze opmerkingen rekening houden, blijkt dat postnatale kraamzorg van essentieel belang is om problemen te voorkomen en om de verzorgers van het kind vertrouwd te maken met de zorg voor de pasgeborene. En aangezien de verblijfsduur op de kraamafdeling alleen maar afneemt, ligt het voor de hand dat dit thuis zal moeten gebeuren.

b) Type bevalling

Net als voor de moeder zijn keizersneden potentieel riskanter voor de baby. In bepaalde omstandigheden kunnen ze dan ook tot meer heropnames in het ziekenhuis leiden. De literatuur is op dit punt echter niet eenduidig (Martens, et al., 2004). Allen herinneren ze ons er aan dat het hier slechts om een van de vele risicofactoren gaat en dat, hoewel het een heel significante factor is, de impact ervan toch eerder beperkt is.

Het zijn in feite vooral de comorbiditeiten van de moeder die in dit opzicht een overheersende rol lijken te spelen. Een studie in Canada, uitgevoerd tussen 2003 en 2010, toont bijvoorbeeld aan dat dankzij de langere verblijven bij keizersneden (een mediaan van drie dagen versus één dag bij vaginale bevallingen), het aantal heropnames van baby's die via een keizersnede ter wereld zijn gekomen zelfs lager is dan van baby's die langs natuurlijke weg zijn geboren (4,5% tegen 2,5% van het totale aantal geboorten) (Metcalf, et al., 2016).

c) Sociaaleconomische kenmerken

Sociale kwetsbaarheid wordt in het algemeen geassocieerd met een minder goede gezondheid. Als alle overige factoren gelijk zijn, lijkt het logisch dat kansarme moeders een grotere kans op heropname hebben, ongeacht de oorzaak van de oorspronkelijke opname. Helaas sluit de werkelijkheid aan bij de logica. En inderdaad, “talrijke studies bevestigen dat patiënten met een laag inkomen, een laag opleidingsniveau, een laag niveau van gezondheidseducatie of een slechte sociale ondersteuning, of patiënten die behoren tot een etnische minderheid, een hoger risico op heropname lopen” (Braet, 2016, p.6, eigen vertaling).

Ook leek het logisch dat pasgeborenen de negatieve gevolgen zouden ondervinden van het geboren worden in een kansarm gezin en dat zij dus vaker zouden worden heropgenomen. Volgens een studie in de provincie Manitoba in Canada moest 4% van de baby's geboren tussen 1997 en 2001 (N = 60.000) binnen zes weken na de geboorte opnieuw worden opgenomen, meestal wegens ademhalingsproblemen. De belangrijkste risicofactor in termen van impact was het geboren worden in een gezin in de drie laagste inkomenskwintielen (Martens, et al., 2004).

d) Risicozwangerschappen

Het KCE hanteert verschillende criteria voor zogeheten risicozwangerschappen: leeftijd (jonger dan 18 jaar, ouder dan 40 jaar), de aanwezigheid van reeds bestaande comorbiditeiten (diabetes, hypertensie, de ziekte van Crohn, enz.), het feit dat de moeders verloskundige sessies over risicozwangerschappen hebben gevolgd of de aanwezigheid van een kinderarts tijdens de bevalling vanwege een risicozwangerschap. Op basis van deze criteria schat het KCE dat het percentage risicozwangerschappen rond de 20% ligt (voor de periode 2010-2016).

Wat het leeftijds criterium betreft, lezen we in de literatuur dat dit een factor is die mogelijk samenhangt met meer heropnames, maar dat die slechts indirect hiermee in verband kan worden gebracht. Zo heeft het hierboven geschreven beleid inzake vroegtijdig ontslag bijvoorbeeld meer betrekking (of zou het dit moeten hebben) op oudere moeders die al een kind hebben of die beschikken over de nodige vaardigheden of ondersteuning om een comfortabele terugkeer voor zichzelf en hun kind(eren) mogelijk te maken (Oddie, et al., 2005). Een prille moeder vroeg naar huis sturen zonder zich af te vragen of zij thuis wel de vereiste hulp heeft, zou zeker tot een groter risico op heropname van de baby leiden. Aan de andere kant lopen moeders meer risico bij een zwangerschap op oudere leeftijd, wat, zoals we hierboven zagen, een groter risico op heropname van de moeder inhoudt.

Voor de overige elementen waarmee het KCE rekening houdt, is het duidelijk dat ze wijzen op een meer precaire gezondheid. Dat deze elementen de kans op heropname van de moeder

vergroten, is a priori wel duidelijk. Of ze ook van invloed zijn op de heropname van de baby's is minder duidelijk.

e) De zorgverlener en het ziekenhuis (en de zorgcultuur in het algemeen)

Het lijkt voor de hand te liggen dat het oordeel van de zorgverlener een centrale rol speelt in de beslissing om de patiënt al dan niet op een eerder of later tijdstip naar huis te sturen. Elke arts heeft een eigen beeld van het risico (of het gebrek daaraan) om iemand op een bepaalde datum uit het ziekenhuis te ontslaan. Deze beslissing kan worden beïnvloed door de gezondheidstoestand (of, minder vaak, de sociaaleconomische kenmerken) van de patiënt of de aanwezigheid van thuisopvolging. Als we het over België hebben, dan zijn er regionale en provinciale verschillen voor de vervroegde ontslagen. Dit blijkt uit gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) uit 2010 (Moreau, et al., 2014). Regionale verschillen bestaan daarnaast bijvoorbeeld ook in de Verenigde Staten (Margolis, et al., 1997).

Bovendien lijkt de cultuur van het ziekenhuis belangrijk, en in dit geval de ligduurcultuur. Alle ziekenhuizen in België hebben immers ten allen tijde een verschillende gemiddelde of mediane verblijfsduur gehad (voor vaginale bevallingen of keizersneden), hoewel ze allemaal worden aangemoedigd om de verblijfsduur te verkorten. Elk ziekenhuis (en elke zorgverlener) heeft tevens een bepaalde visie ten aanzien van het al dan niet uitvoeren van keizersneden. Ook op dat niveau zijn er altijd al verschillen geweest (zoals blijkt uit de gegevens van het IMA die moeilijk te verklaren zijn door verschillen in het profiel van de patiënten). Daarvoor zijn die gegevens te omvangrijk aanwezig doorheen de tijd (zie de Atlas van het Intermutualistisch Agentschap; Stordeur, et al., 2016). Kortom, als alle overige punten gelijk zijn hebben de zorgverlener en het ziekenhuis invloed op het vervroegd ontslag. Sommige ziekenhuizen beschouwen een ontslag als vroegtijdig als het na één dag gebeurt, anderen na drie dagen. Dit wordt soms niet expliciet vermeld (en dus is het moeilijk te weten). Daarom zullen wij een vaste definitie van een vroegtijdig ontslag gebruiken (twee dagen bij vaginale bevallingen, maximaal drie dagen bij keizersneden).

2.3.3. Factoren die niet waarneembaar zijn in de ziekenfondsgegevens

Mocht het nog niet duidelijk zijn, veel factoren (de meerderheid?) die de heropname van baby's beïnvloeden zijn niet waarneembaar op basis van onze ziekenfondsgegevens. Zoals we hierboven al zagen, leidt een gecompliceerde zwangerschap tot een hoger risico op heropname van de baby.

De factoren die werkelijk bepalend zijn voor een goede gezondheid van baby's, zijn ons als ziekenfondsen echter onbekend. Maar ze zijn wel beslissend voor het risico op heropname. De literatuur is het er trouwens (bijna) unaniem over eens dat geelzucht of voedingsproblemen de eerste oorzaken zijn van heropname van kinderen (Schiltz, et al., 2014). Volgens een studie tussen 2000 en 2010 voor de Verenigde Staten, waren er bijvoorbeeld in die periode ongeveer 300.000 kinderen in het ziekenhuis geboren. Meer dan 5.000 hiervan moesten in de eerste 28 dagen van hun leven opnieuw worden opgenomen (17,9 per 1000): 41% had voedingsproblemen, 35% had geelzucht en 33% had ademhalingsproblemen; baby's die te vroeg geboren waren, liepen over het algemeen het grootste risico (Young, et al., 2013). Van deze laatste groep vertoonden degenen die geboren waren na 34 tot 38 weken zwangerschap, het grootste risico om opnieuw te worden opgenomen wegens geelzucht of voedingsproblemen (Jones, et al., 2016). Suikerziekte of een hoge bloeddruk bij de moeder is ook een risicofactor voor de heropname van pasgeborenen (Paul, et al., 2006).

Dit zijn slechts enkele van de factoren die meespelen. Er zijn immers evenveel factoren als er potentiële gezondheidsproblemen bestaan bij een vrouw of een pasgeborene, en ze zijn alle specifiek voor elk individu. Het zou nutteloos zijn om ze hier allemaal op te sommen. Waar het om gaat is dat men rekening moet houden met deze factoren omdat ze een rol spelen bij heropnames en dat ze verborgen gaan achter de hierboven gepresenteerde waarneembare factoren. Zoals hierboven uitgelegd, is het bij een te kort verblijf bijvoorbeeld onmogelijk om in de eerste levensdagen van een kind latente gezondheidsproblemen waar te nemen (als deze waren waargenomen, zou het kind in het ziekenhuis zijn gebleven om behandeld te worden).

3. Analysemethode en definities

3.1. Algemene beschrijving van de bestudeerde populatie

We bestuderen dezelfde groep van 430.000 moeders (dus tussen de 41.000 en 45.000 per jaar) als in het artikel over de verblijfsduur (zie punt 4 van Vandeleene & Avalosse, 2021b). Voor die moeders, die in de periode 2010 tot 2019 zijn bevallen, zoeken we de in onze databases gekende baby's² (er moet sprake zijn van een match op de volgende criteria: baby en moeder wonen op hetzelfde adres, de geboortedatum van de baby is gelijk aan de bevallingsdatum van de moeder). Zo hebben we bijna 400.000 baby's teruggevonden (tussen 35.000 en 38.000

2. Niet alle baby's die via dergelijke bevallingen ter wereld zijn gekomen staan noodzakelijkerwijs in onze databases. Als de baby voor rekening van een niet-CM-titularis komt, dan zullen we hem of haar niet in de CM-databases aantreffen.

per jaar), die lid zijn van CM, en die we elk aan de bijbehorende moeder kunnen koppelen en van wie de bevalling duidelijk geïdentificeerd is. Het is in relatie tot het kraamverblijf voor deze bevalling dat we onderzoeken of er al dan niet sprake is geweest van een heropname (van moeder en/of baby).

Er zijn verschillende scenario's mogelijk, zowel voor de moeders als de baby's.

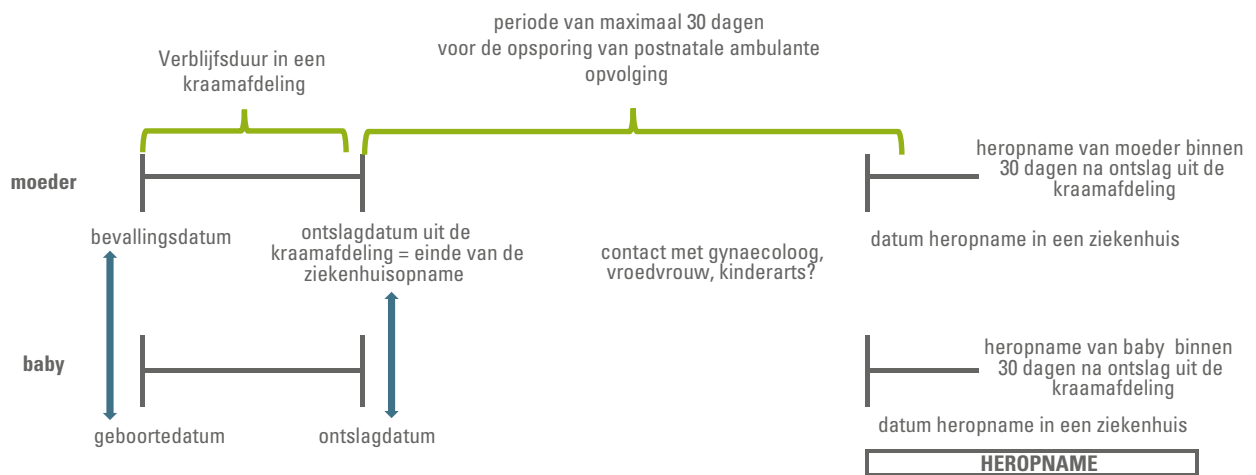
- **Schema 1 beschrijft het analyseproces voor moeders en baby's die voor ons onderzoek zijn geselecteerd.** In feite richten we ons op eenvoudige, "klassieke" gevallen waarin het einde van het verblijf op de kraamafdeling overeenkomt met het einde van de ziekenhuisopname van de moeder; waar moeder en kind naar huis gaan. Zo kunnen we aan de

baby de gegevens van het verblijf in verband met de bevalling van de moeder "plakken".

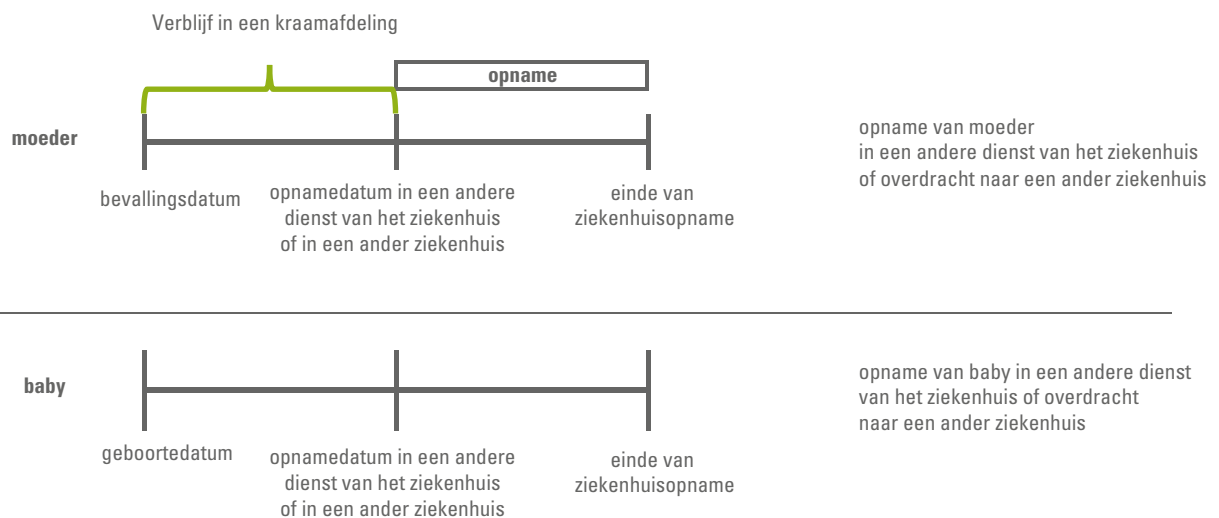
Wij kunnen dan onderzoeken in hoeverre binnen een maand na de ontslagdatum van de moeder ambulante postnatale kraamzorg is verleend. Het is tevens vanaf deze datum dat we de mogelijke heropname van de moeder en/of haar baby detecteren (in de maand volgend op de datum van ontslag van de kraamafdeling). Deze heropname kan gebeuren in hetzelfde ziekenhuis waar de moeder is bevallen, maar ook in een ander ziekenhuis, ongeacht de opnamedienst.

- **Schema 2 beschrijft de scenario's die niet in ons onderzoek zijn meegenomen.** Het gaat hier om meer complexe gevallen. Voor de moeder is dat het feit dat ze van de kraamafdeling is ontslagen en vervolgens naar een andere dienst

Schema 1: Bevallingen en baby's meegenomen in de analyse



Schema 2: Bevallingen en baby's niet meegenomen in de analyse



of een ander ziekenhuis is overgebracht. Voor de baby gaat het over situaties waarvoor we in onze databases een eigen ziekenhuisverblijf zien: hij of zij werd overgebracht naar een andere dienst in hetzelfde ziekenhuis of naar een ander ziekenhuis, vóór of op dezelfde dag dat de moeder de kraamafdeling verliet (bijvoorbeeld in het geval van prematuur geboren baby's).

Pas op, deze gevallen moeten los van elkaar worden gezien: de baby en de moeder die in schema 2 worden getoond horen niet noodzakelijkerwijs bij elkaar (het is niet de baby van de moeder in het schema). We sluiten deze "niet-klassieke" gevallen van onze analyse uit omdat er hier van meet af aan twijfel kan bestaan over de gezondheid van de moeder en/of de baby (hoogstwaarschijnlijk werd een gezondheidsprobleem gedetecteerd tijdens het verblijf op de kraamafdeling). Het niet uitsluiten van deze situaties zou dan kunnen leiden tot een overschatting van de heropnamepercentages. In bijlage 3 geven we de cijfers van moeders en baby's die op deze manier van de analyse zijn uitgesloten.

3.2. Voor de analyse gebruikte definities en variabelen

Voor de weerhouden bevallingen (degene die in schema 1 werden beschreven) beschrijven we verder de toegepaste definities en de variabelen die in deze analyse worden gebruikt.

3.2.1. Duur van het verblijf op de kraamafdeling

De in aanmerking genomen verblijfsduur heeft betrekking op de periode tussen de dag van de bevalling en de dag van het ontslag van de kraamafdeling. Het is dus de periode na de bevalling die we hier bestuderen. Om het nog duidelijker uit te leggen: als de datum van de bevalling D0 is en de moeder de kraamafdeling op D3 verlaat, dan bedraagt de verblijfsduur 3 dagen (dit aantal komt dan precies overeen met het aantal nachten dat op de kraamafdeling is doorgebracht). Geïnspireerd door het ADELE-project (Moreau, et al., 2014) wordt de informatie over de verblijfsduur op drie manieren samengevat: als een kort, middellang of lang verblijf (zie Tabel 1).

Tabel 1: Definitie van korte, middellange en lange verblijven, afhankelijk van het type bevalling

Soort verblijf	Vaginale bevalling	Keizersnede
Kort	2 dagen of minder	3 dagen of minder
Middellang	3 tot 4 dagen	4 tot 5 dagen
Lang	5 dagen en meer	6 dagen en meer

3.2.2. Postnatale opvolging

Binnen 30 dagen na het einde van het verblijf op de kraamafdeling identificeren we de contacten die moeders en baby's hebben gehad met zorgverleners voor postnatale kraamzorg (gynaecologen voor de moeders, kinderartsen voor de baby's, vroedvrouwen voor beiden). Het is niet verwonderlijk dat het opvolgingspercentage (het percentage moeders en baby's dat binnen 30 dagen na ontslag van de kraamafdeling ten minste één ambulante contact heeft gehad met een van deze zorgverleners) in de loop van de bestudeerde periode 2010-2019 is gestegen (zie Tabel 2 en Tabel 3): voor moeders ging het opvolgingspercentage van 45% naar 88%, voor baby's van 66% naar bijna 95%³. We bereiken echter niet hetzelfde opvolgingsniveau als in onze eerdere analyses (zie: Vandeleene & Avalosse, 2021a), aangezien de bestudeerde periode immers drie maal korter is (één maand tegenover drie maanden).

Helaas lijkt één enkel contact met een zorgverlener onvoldoende als we kijken naar wat andere landen bieden. Als we een lage drempel voor het aantal contacten nemen (drie of meer contacten in 30 dagen), zien we dat de percentages aanzienlijk dalen in vergelijking met het totale opvolgingspercentage. We kunnen afleiden dat in 2018-2019 bijna 20% van de moeders binnen 30 dagen na de geboorte maximaal twee postnatale contacten hebben gehad (met een vroedvrouw en/of met een gynaecoloog) (zie Tabel 2, vergelijking tussen kolom 1 en 2). Bij de baby's had in diezelfde periodes bijna 16 tot 18% van hen maar maximaal twee contacten (vroedvrouw en/of kinderarts) (zie Tabel 3, vergelijking tussen kolom 1 en 2).

Tabel 2: Postnatale opvolging voor moeders binnen 30 dagen na ontslag uit de kraamafdeling

Jaar	(1) Opvolgingspercentage (% moeders) met minimaal één contact	(2) Opvolgingspercentage (% moeders) met drie contacten en meer
2010	44,79%	21,16%
2011	47,11%	23,04%
2012	50,12%	24,91%
2013	51,78%	25,51%
2014	54,78%	27,68%
2015	63,53%	36,14%
2016	77,29%	50,51%
2017	82,27%	58,73%
2018	85,96%	64,03%
2019	88,40%	68,12%

3. We houden alleen rekening met moeders en baby's die beschreven staan in schema 1.

Tabel 3: Postnatale opvolging voor baby's binnen 30 dagen na ontslag uit de kraamafdeling

Jaar	(1) Opvolgingspercentage (% baby's) met minimaal één contact	(2) Opvolgingspercentage (% baby's) met 3 contacten en meer
2010	66,16%	27,41%
2011	67,37%	29,45%
2012	69,56%	31,80%
2013	71,57%	32,93%
2014	73,60%	35,65%
2015	79,62%	45,30%
2016	88,31%	62,43%
2017	91,38%	70,64%
2018	93,48%	75,78%
2019	94,90%	79,37%

Voor onze analyse van heropnames op basis van het aantal postnatale contacten gebruiken we drie categorieën: geen enkel postnataal contact, 1 tot 2 contacten, 3 contacten en meer.

3.2.3 Type bevalling

Afhankelijk van het type bevalling (vaginaal of keizersnede) laat de literatuur verschillen zien in de heropnames van moeders en kinderen. Hoewel het een feit is dat een keizersnede risicovoller is voor de moeder, is dat voor de baby minder duidelijk. Niettemin zijn er veel studies die een significant effect op de heropnames aantonen. Het is in ieder geval een belangrijke variabele waar we rekening mee moeten houden.

3.2.4 Risicozwangerschap

We gebruiken de KCE-methode om risicozwangerschappen te identificeren, op basis van de volgende criteria: leeftijd, aanwezigheid van comorbiditeiten (hypertensie, astma, hepatitis, enzovoort), aanwezigheid van diabetes vóór de zwangerschap, signaal van een zorgverlener over de mogelijkheid van een risicozwangerschap (Benahmed, et al., 2019).⁴

In onze steekproef van moeders die tussen 2010 en 2019 zijn bevallen, identificeerden we:

- 9.496 vrouwen jonger dan 18 of minstens 41 jaar oud;
- 66.809 vrouwen die geneesmiddelen hebben gebruikt in verband met door het KCE genoemde comorbiditeiten;

- 295 vrouwen met een diabetespas;
- 16.155 vrouwen die door zorgverleners gediagnosticeerd zijn als risicogevalen.

Vermits vrouwen soms in meerdere groepen konden worden ondergebracht, werden er via onze gegevens in totaal 86.369 "moeder-datum van de bevalling" paren gekwalificeerd als vrouwen die een risicozwangerschap hebben gehad (zie Tabel 4). Het percentage risicozwangerschappen in vergelijking met het totale aantal zwangerschappen dat in ons onderzoek is geïdentificeerd blijft stijgen: van 15,6% in 2010 (7.149 CM-leden) naar 22,0% in 2016 (9.528) tot 25,8% in 2019 (10.668) (zie Tabel 4). Dit is geen verrassing aangezien de cijfers van de KCE-studie eveneens een stijging laten zien van het aandeel risicozwangerschappen (van 17,0% in 2010 tot 22,0% in 2016). Voor bepaalde jaren zijn de percentages risicozwangerschappen onder CM-moeders lager dan die berekend door het KCE, maar het aantal bevallen CM-moeders maakt slechts zo'n 38% uit van de bevallingen die door het KCE zijn geïdentificeerd.

Tabel 4: Risicozwangerschappen voor CM-moeders (zoals gedefinieerd door het KCE)

Jaar	(1) % risicozwangerschappen CM-moeders	(2) % risicozwangerschappen volgens de cijfers van het KCE
2010	15,61%	16,96%
2011	16,26%	17,41%
2012	16,00%	18,26%
2013	16,80%	19,43%
2014	19,22%	20,33%
2015	20,84%	20,79%
2016	21,95%	21,99%
2017	23,24%	Geen KCE-cijfers
2018	24,23%	
2019	25,83%	

3.2.5 Het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming

We gebruiken het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut) als indicator voor sociaal-economische kenmerken in het algemeen. Dit statuut wordt namelijk toegekend aan mensen van wie het inkomen onder een bepaalde drempel ligt. Met dit statuut beschikken we over

4. Details van alle gebruikte nomenclatuurcodes en van de ATC-codes van die klassen geneesmiddelen die worden gebruikt voor de behandeling van geselecteerde comorbiditeiten zijn te vinden in de bijlagen bij het supplement van het KCE-rapport, dat beschikbaar is op de website van het KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_326_Prenatal_care_Supplement.pdf (blz. 299 en volgende).

een variabele die de sociaal-economische kwetsbaarheid van een persoon benadert.

Een aanzienlijk deel van de moeders in ons onderzoek is recht-hebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut), wat duidt op een laag besteedbaar inkomen. Bovendien neemt hun aandeel toe: van 7,8% in 2010 tot iets meer dan 12,3% in 2019.

3.2.6. Schatting van het risico op heropname

Ter herinnering, we hebben het hier over de situaties zoals hierboven beschreven in schema 1.

Met 'heropname' bedoelen we:

- **Voor de moeders:** elke terugkeer naar het ziekenhuis van een patiënt die op de kraamafdeling heeft gelegen, ten minste één dag na haar vertrek van de kraamafdeling en maximaal 30 dagen na haar vertrek van de kraamafdeling.
- **Voor de baby's:** elke terugkeer naar het ziekenhuis van een baby van wie de moeder op de kraamafdeling heeft gelegen, ten minste één dag na het vertrek van moeder en baby van de kraamafdeling en maximaal 30 dagen na de laatste dag van het verblijf van de moeder op de kraamafdeling.

Om het heropnamerisico in te schatten, berekenen we het percentage heropnames als volgt:

- **Voor de moeders:** het percentage moeders dat ten minste één keer is heropgenomen (zoals hierboven gedefinieerd), op het totale aantal moeders dat is bevallen, met uitzondering van de moeders die al in het ziekenhuis zijn opgenomen (we verwijzen hier naar de eerste situatie beschreven in schema 2). Dit om te voorkomen dat ook moeders worden meegerekend bij wie een mogelijk gezondheidsprobleem is vastgesteld (vandaar de opname in een ziekenhuisdienst zodra ze de kraamafdeling verlieten).
- **Voor de baby's:** het percentage baby's dat ten minste één keer is heropgenomen (zoals hierboven gedefinieerd), op het totale aantal geboren baby's, met uitzondering van baby's die al in het ziekenhuis zijn opgenomen en baby's van wie de moeder al is opgenomen (we verwijzen hier naar de twee situaties die in schema 2 worden beschreven). Dit om te voorkomen dat ook baby's worden meegerekend bij wie al eerder een mogelijk gezondheidsprobleem is vastgesteld (vandaar hun opname in een ziekenhuisdienst).

In de rest van dit artikel zullen we steeds zowel de absolute cijfers als de percentages van de heropnames analyseren. Het is namelijk interessant om een beeld te hebben van de heropnames in absolute aantallen, om zo inzicht te krijgen in de omvang van het fenomeen. Desalniettemin evolueren in 10 jaar tijd alle

variabelen, soms behoorlijk sterk. Om echter geen slecht beeld van de heropnames te krijgen, is het beter om de percentages te vergelijken met elkaar dan de absolute aantallen.

3.2.7. Validiteit van de heropnamepercentages

Het is niet onze bedoeling om de heropnames te verklaren. Wel om het belang ervan op een globale manier te beoordelen. Ook willen we de invloed op de heropnames (en hun evolutie) van bepaalde factoren, zoals geïdentificeerd door bovenstaand literatuuronderzoek, aantonen.

Onze basispopulatie in dit onderzoek zijn 430.000 moeders en 400.000 baby's. Zelfs na de exclusies (zoals beschreven in schema 2: ongeveer 200 moeders en ± 3.000 baby's per jaar) is ons globaal volume aan moeders en baby's die weerhouden zijn groot genoeg om onze resultaten als robuust te beschouwen.

Daarnaast berekenen we de betrouwbaarheidsintervallen voor de heropnamepercentages (zie bijlage 4 voor de interpretatie van deze intervallen). Hiervoor zijn al verschillende methoden ontwikkeld⁵. Hier passen we het Wilson-score-interval met continuïteitscorrectie toe (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979), gezien de voordelen ervan voor 95% betrouwbaarheidsintervallen (Newcombe, 1998; Tobi et al, 2005; Tsai et al., 2008).

De validiteit, of liever de significantie, van de gepresenteerde percentages, evenals de significantie van de verschillen tussen die percentages, kunnen eenvoudig worden afgeleid door te onderzoeken in hoeverre **de betrouwbaarheidsintervallen elkaar al dan niet overlappen:**

1. **Tussen de verschillende categorieën die gekoppeld zijn aan een verklarende factor (bijvoorbeeld korte-middellange verblijven).**
2. **Tussen twee periodes (periode 2010-2014 – periode 2015-2019) maar voor dezelfde categorie (bijvoorbeeld korte verblijven).**
3. **Bovendien mag het betrouwbaarheidsinterval van het betrokken percentage de waarde nul niet onderscheppen.** Want in dat geval kan men niet stellen dat het percentage een waarde heeft die significant verschilt van nul.

Een niet-significant verschil betekent simpelweg dat er geen significante verschillen zijn tussen de geanalyseerde perioden of categorieën. Maar het kan wel degelijk iets vertellen over de ontwikkelingen die we hier analyseren. Stel bijvoorbeeld dat het verschil tussen het heropnamepercentage voor de periode 2010-2014 en dat voor de periode 2015-2019 niet significant is. Dit betekent dat er geen significante stijging (of daling) is geweest en dat het beleid om de duur van het verblijf op de kraamafdeling in te korten waarschijnlijk geen invloed heeft gehad op de heropnames.

5. Zie voor een samenvatting en de formules <https://joseph.larmarange.net/?Intervalle-de-confiance-bilateral#nb14>

In de samenvattende tabellen in de bijlagen (evenals in de onderstaande figuren) presenteren we de uitkomsten van de betrouwbaarheidsintervalanalyse (V indien significant).

4. Heropname van moeders

4.1. Evolutie en beschrijving van de heropnames

Voor moeders lijken er twee zeer verschillende periodes te zijn. Voor de periode 2010-2014 zijn de heropnames constant (zie Tabel 5). Vervolgens, tussen 2015 en 2019, stijgen de cijfers tot een plateau. Daarom zullen we voor de volgende analyses onze analyse toepassen op twee periodes: "Voor" (periode 2010-2014) en "Na" (periode 2015-2019).

Tabel 5: Percentage heropnames van moeders per jaar

Jaar	% van de heropgenomen moeders
2010	1,12%
2011	1,09%
2012	1,14%
2013	1,12%
2014	1,06%
2015	1,20%
2016	1,28%
2017	1,28%
2018	1,31%
2019	1,23%
Toename 2010-2019	9,63%

Als we kijken naar de evolutie tussen de twee periodes, zijn de verschillen, hoe significant ook, klein: het heropnamepercentage steeg van 1,11% in de periode 2010-2014 tot 1,26% in de periode 2015-2019 (ongeveer 500 moeders per jaar, 465 minimum en 554 maximum). Dit betekent dat er in 5 jaar tijd 200 extra moeders werden heropgenomen: een verschil van 40 moeders per jaar (van de 40.000 bevallingen per jaar). We hebben ook gezien dat er een stijging is van zowel het aantal risicozwangerschappen als het aantal moeders met VT-sta-tuut. Bovendien kennen we met de beschikbare ziekenfonds-gegevens de medische oorzaken van deze heropnames niet. We kunnen dus niet bepalen of de afname van de verblijfsduur op de kraamafdeling de hoofdoorzaak van deze stijging is.

Ter informatie: de overgrote meerderheid (bijna 95%) van de heropnames van moeders concentreert zich op drie ziekenhuisdiensten (heelkunde, kraamafdeling en geneeskundige behandeling), met een verblijfsduur van ongeveer drie dagen (zie Tabel 6). Wanneer men daarentegen heropgenomen wordt op een andere dienst zijn de ziekenhuisverblijven een heel stuk langer (mediaan van 19 dagen, gemiddeld 34). Sommige moeders moeten binnen de 30 dagen na het verlaten van de kraamafdeling meerdere keren worden heropgenomen; in tabel 6 tellen we elke heropname als een waarneming.

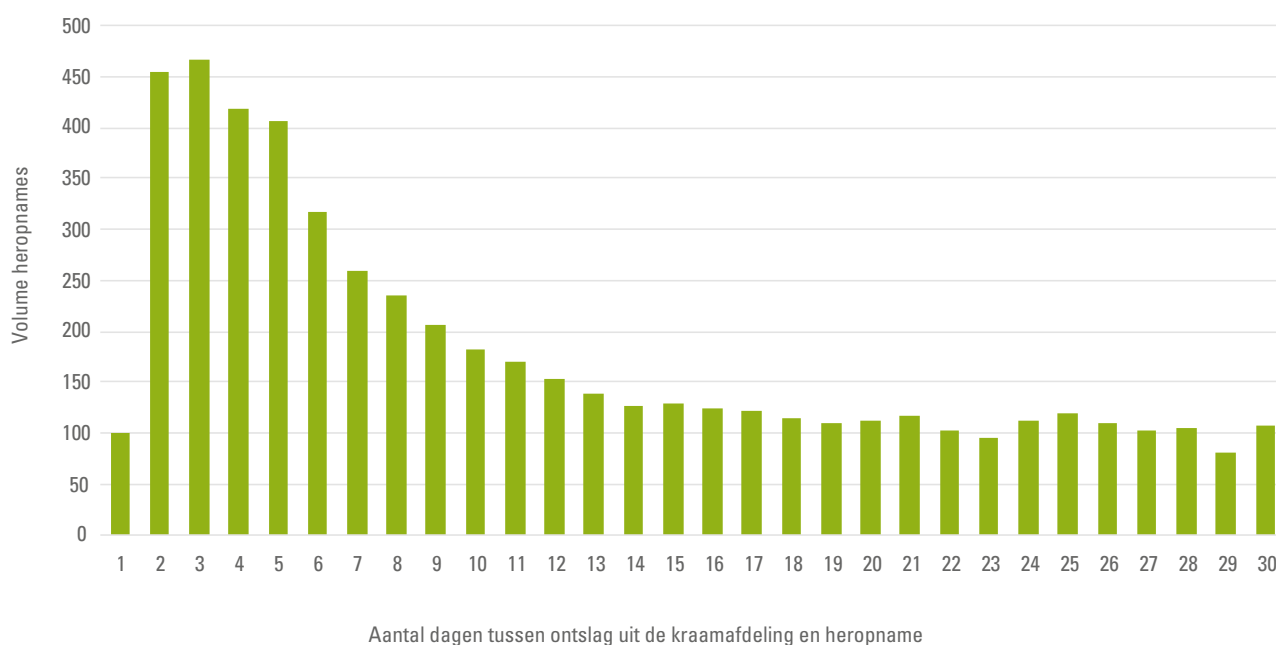
Wat betreft de heropnameperiode (aantal dagen tussen het ontslag van de kraamafdeling en de heropname) zien we duidelijk dat de eerste dagen (met uitzondering van de dag na het ontslag) cruciaal zijn, want dan vinden de meeste heropnames plaats. Daarom lijkt het belangrijk om vooral de eerste dagen na het ontslag een goede opvolging te bieden, wat normaal gesproken ook het geval is (zie Figuur 1). Houd er rekening mee dat hoe verder we ons van de dag van het ontslag bevinden, hoe groter de kans is dat de heropname niet gerelateerd is aan de oorspronkelijke bevalling.

Tabel 6: Dienst van de heropname en duur van het verblijf in het ziekenhuis in geval van heropname van moeders (2010-2019)

Dienst	Aantal heropnames ⁶	% van het totaal	Mediane verblijfsduur	Gemiddelde verblijfsduur
Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling	2.267	42,00%	2	3,1
Kraamafdeling	1.980	36,68%	3	3,2
Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling	872	16,15%	3	3,9
Andere diensten	279	5,17%	19	34,0
Totaal	5.398	100%		

6. Alle heropnames in het ziekenhuis worden meegeteld

Figuur 1: Aantal heropnames van de moeders (2010-2019), afhankelijk van het aantal dagen tussen het ontslag van de kraamafdeling en de heropname



4.2. De heropnames van de moeders: beschrijvende analyse

Hieronder geven we de uitkomsten voor de volgende drie analytische criteria: de duur van het verblijf op de kraamafdeling (kort-middellang-lang verblijf⁷), de postnatale opvolging en het sociaal statuut. Bijkomstige analyses die werden uitgevoerd en hun uitkomsten bevinden zich in bijlage 1.

4.2.1. Afhankelijk van de duur van het verblijf op de kraamafdeling

We hebben in de literatuur gelezen dat de duur van het verblijf (en vooral van korte verblijven) ervan wordt verdacht een effect te hebben op de heropnames, vooral als er geen “volledige” postnatale opvolging is geboden (hoewel dit nog steeds ter discussie staat). De afgelopen jaren hebben we in het algemeen een zeer belangrijke afname van de verblijfsduur gezien, met een zeer significante stijging van het aantal korte verblijven (Vandeleene & Avalosse, 2021b). We weten ook dat moeders met een VT-statuut meer kans lopen op een kort verblijf dan de moeders die dat statuut niet hebben. Dit alles bij elkaar genomen, kunnen we verwachten dat er meer heropnames zouden zijn na een kort ziekenhuisverblijf.

Toch is dit niet het geval. Integendeel, bij korte verblijven zien we tussen de ene periode (2010-2014) en de volgende (2015-2019) juist een daling van de heropnamepercentages. Het waren juist de heropnamepercentages na lange verblijven die het meest stegen, en dat ongeacht het type bevalling. Wanneer we figuur 2 bekijken over bevallingen via keizersnede zien we dat bij een lang verblijf op de kraamafdeling het heropnamepercentage van moeders tussen beide periodes steeg van 1,83% naar 2,71%. Maar bij korte verblijven daalden de heropnamepercentages juist van 1,95% naar 1,62%. Hetzelfde geldt voor vaginale bevallingen (zie Figuur 3): tussen beide periodes stegen de heropnamepercentages na een lang verblijf op de kraamafdeling van 1,28% tot 2,51%, terwijl in het geval van een kort verblijf dezelfde percentages dalen van 1,39% tot 0,98%.

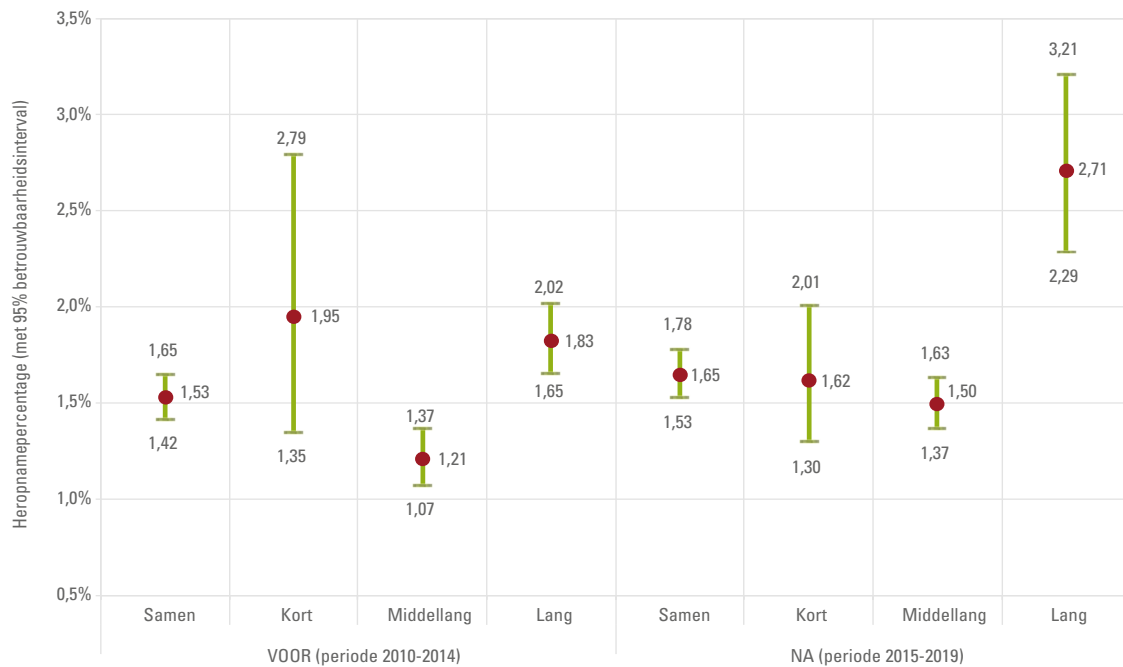
Eén hypothese is dat in de periode 2010 tot 2019, korte verblijven vooral betrekking hadden op moeders bij wie alles goed ging (wat hun snellere ontslag kan staven), terwijl lange verblijven juist die moeders te beurt vielen bij wie de bevalling of de zwangerschap moeilijker was geweest (en voor wie dus een langer verblijf nodig was). Uiteindelijk lijkt de duur van het verblijf dus een indicator te worden van het risico op heropname.

7. Zie tabel 1 voor definities van een kort-middellang-lang verblijf.

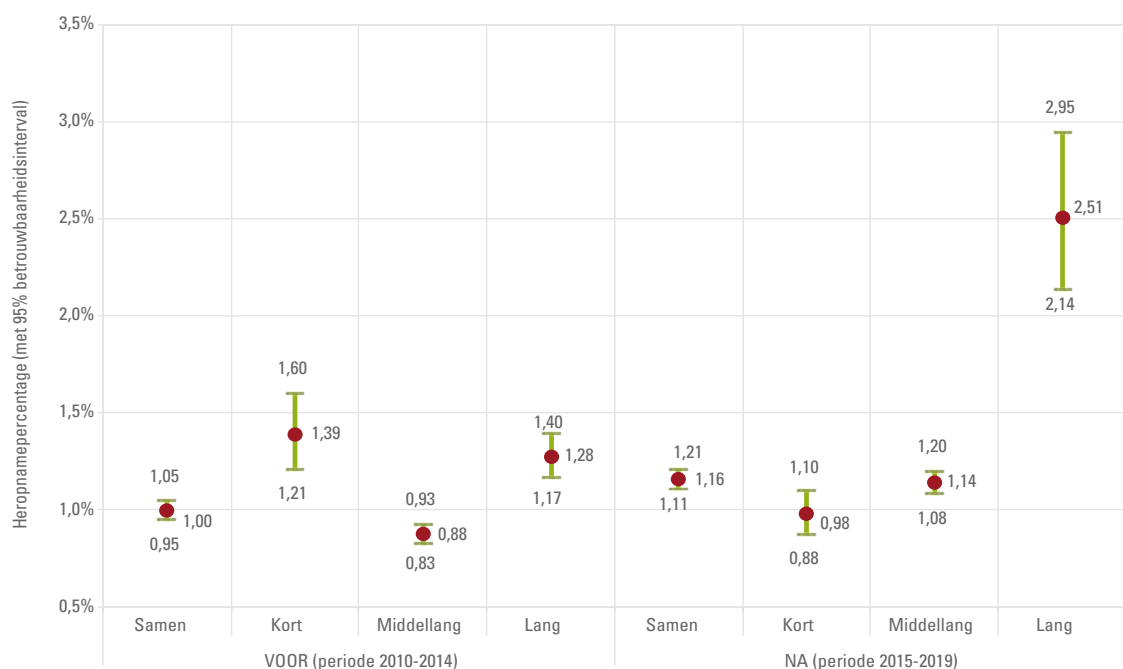
Alle berekende percentages verschillen aanzienlijk van nul. Maar is de evolutie van de heropnamepercentages tussen beide periodes significant? In figuur 2 is dit het geval

voor lange en middellange verblijven, maar niet voor korte verblijven. In figuur 3 is voor de drie typen verblijfsduur de evolutie van de heropnamepercentages significant.

Figuur 2: Heropnamepercentage moeders, afhankelijk van de verblijfsduur, bij bevallingen via keizersnede, per periode



Figuur 3: Heropnamepercentage moeders, afhankelijk van de verblijfsduur, bij vaginale bevallingen, per periode



En verschillen de heropnamepercentages, als we naar één periode kijken, aanzienlijk van de ene categorie verblijfsduur tot de andere? Niet per se. Per geval moet worden nagegaan of de betrouwbaarheidsintervallen elkaar overlappen of niet (zie bijlage 4). In figuur 2 bijvoorbeeld verschillen, voor de periode 2010-2014, de twee heropnamepercentages na korte en middellange verblijven op de kraamafdeling niet significant van elkaar. Idem voor de periode 2015-2019. Maar in deze laatste periode verschilt het heropnamepercentage na lange verblijven dan weer wel aanzienlijk van beide percentages voor korte en middellange verblijven.

4.2.2. Afhankelijk van de postnatale opvolging

We zagen in een vorig artikel (Vandeleene & Avalosse, 2021a) een zeer significante (en zeer positieve) toename van het opvolgingspercentage van moeders na een bevalling. Onze hypothese was toen dat een ambulante opvolging heropnames zou voorkomen, omdat de gynaecologen de problemen van moeders waarschijnlijk ambulante zouden kunnen behandelen en de vroedvrouwen de problemen van pasgeborenen en hun moeders zouden kunnen voorkomen (en hen zouden kunnen doorverwijzen naar de gepaste zorgverlener). Maar dat zien we niet terug in onze gegevens (zie Figuur 4).

Ongeacht de periode hebben moeders die geen postnatale opvolging hebben gekregen, een veel lager heropnamepercen-

tage dan moeders die ten minste één postnataal contact (met een gynaecoloog en/of vroedvrouw) hebben gehad. Ook het aantal postnatale contacten speelt een rol: de heropnamepercentages van degenen die ten minste drie contacten hebben gehad, zijn hoger dan de percentages van degenen die slechts één of twee contacten hadden. Om erachter te komen waarom dit zo is, zouden we een aanvullende analyse moeten verrichten in de vorm van een enquête onder de moeders.

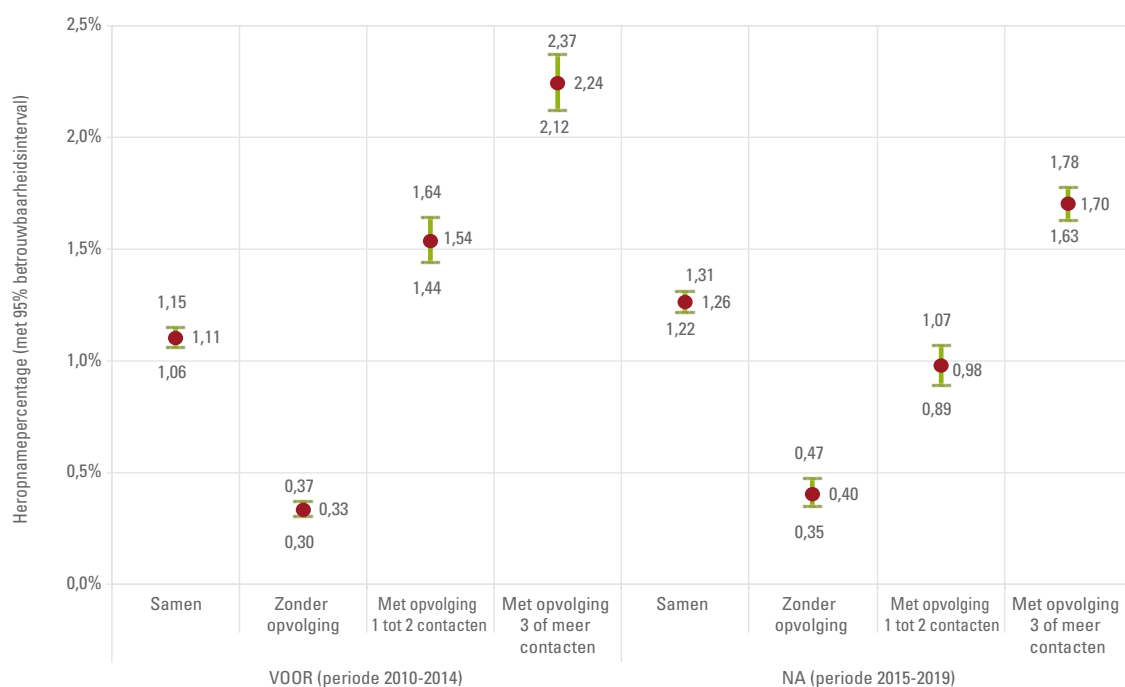
Niettemin moet worden opgemerkt dat de heropnamepercentages van moeders die zelfs maar een minimale postnatale opvolging hebben gekregen (een of twee contacten), aanzienlijk teruglopen van de ene periode naar de andere. Aan de andere kant stijgt het heropnamepercentage van de moeders die zo'n opvolging niet hebben gekregen licht, maar deze stijging is niet significant.

4.2.3. Afhankelijk van het sociaal statuut

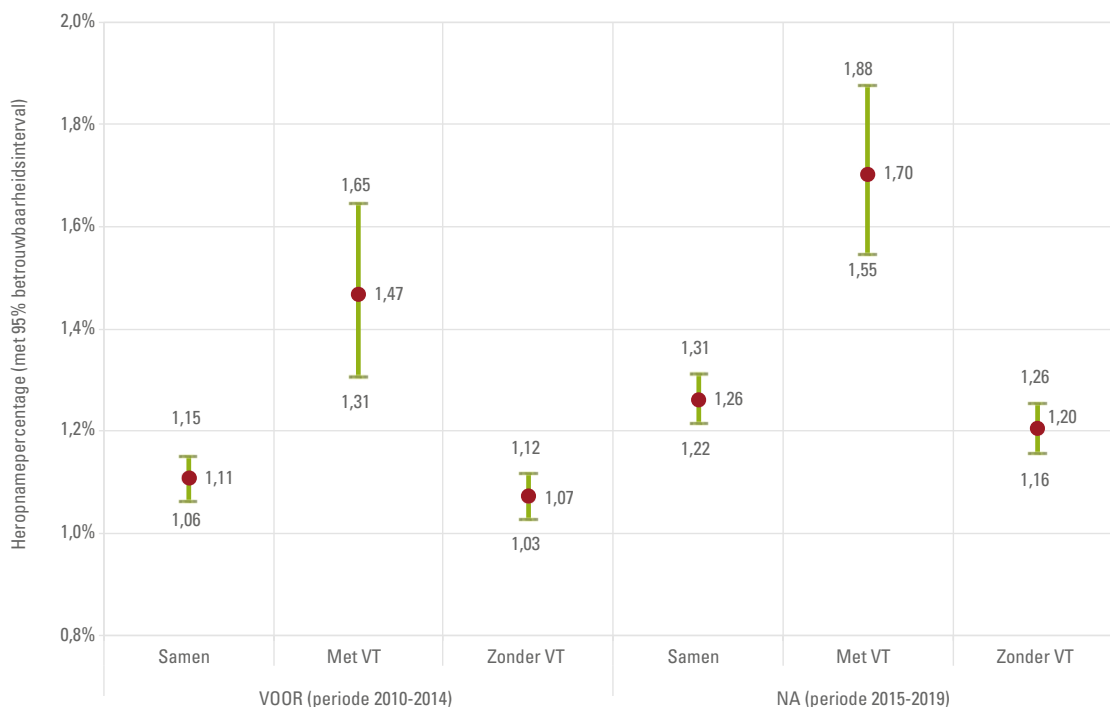
Als we het heropnamepercentage van moeders bestuderen, afhankelijk van de vraag of ze al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuu), constateren we verschillende zaken (zie Figuur 5):

- VT-moeders worden (relatief) vaker heropgenomen dan moeders zonder VT;
- De heropnamepercentages stijgen tussen beide periodes, met een sterkere stijging bij VT.

Figuur 4: Heropnamepercentage van moeders, afhankelijk van de postnatale opvolging



Figuur 5: Heropnamepercentage moeders, afhankelijk van VT-statuut



De percentages zijn significant verschillend van nul en verschillen van elkaar, tussen de categorieën (VT versus niet-VT) en per periode, maar niet tussen beide periodes voor de categorie VT.

4.2.4. Bijkomende resultaten

We hebben ook nog andere uitkomsten verkregen (niet grafisch weergegeven, maar vermeld in bijlage 1), die we hieronder samenvatten.

- Moeders die een risicozwangerschap hebben gehad, vertonen een hoger heropnamepercentage (periode 2010-2014: 1,48%, periode 2015-2019: 1,63%) dan de andere moeders (periode 2010-2014: 1,03%, periode 2015-2019: 1,17%). Van periode tot periode merken we dat het heropnamepercentage op dezelfde manier stijgt, of het nu om een risicozwangerschap gaat of niet.
- Als we het heropnamepercentage van moeders berekenen aan de hand van het aantal precieze dagen doorgebracht op de kraamafdeling, zien we een soort "U-curve", ongeacht de periode: we beginnen met hogere heropnamepercentages bij eendaagse verblijven dan bij 2-3-4 dagen, maar daarna stijgen de percentages tot het maximum wanneer de verblijven erg lang worden (meer dan 7 dagen). In de bijlage beperken we ons, voor het onderzoek naar de significantie van deze percentages, tot het vergelijken van het

heropnamepercentage voor een precies aantal dagen met het percentage voor het eerstvolgende aantal: één dag versus twee dagen, twee dagen versus drie dagen, enz.

5. Heropname van baby's

5.1. Evolutie en beschrijving van de heropnames

Net als bij de moeders, analyseren we hier de heropname van baby's. Tussen 2010 en 2019 was er een sterke toename van het heropnamepercentage en het aantal heropnames. Maar in tegenstelling tot de heropnames van moeders lijkt deze toename over de hele periode regelmatig te verlopen, al versnelt ze in de periode 2015-2019, na de invoering van de maatregel van minister De Block (zie Tabel 7).

Globaal gezien bedraagt het heropnamepercentage van baby's in de periode 2010-2014 4,82%. Voor de daaropvolgende periode, van 2015 tot 2019, bedraagt het 5,89%. Dat is een significante stijging. Wat het absolute aantal heropgenomen baby's betreft, gaan we van een jaargemiddelde van 1.838 baby's die in de periode 2010-2014 opnieuw moeten worden opgenomen naar 2.109 baby's voor de daaropvolgende periode. Op jaarbasis worden dus 271 extra baby's heropgenomen. We zien in tabel 7 ook dat er tussen 2015 en 2016 een sterke toename

Tabel 7: Percentage heropnames van baby's per jaar

Jaar	% heropgenomen baby's
2010	4,58%
2011	4,58%
2012	4,80%
2013	5,05%
2014	5,10%
2015	5,19%
2016	5,70%
2017	6,14%
2018	6,33%
2019	6,12%
Toename 2010-2019	33,60%

van heropgenomen baby's is (meer dan 10%). De heropnamepercentages stijgen aanzienlijk tussen 2010 en 2019 (33,6%).

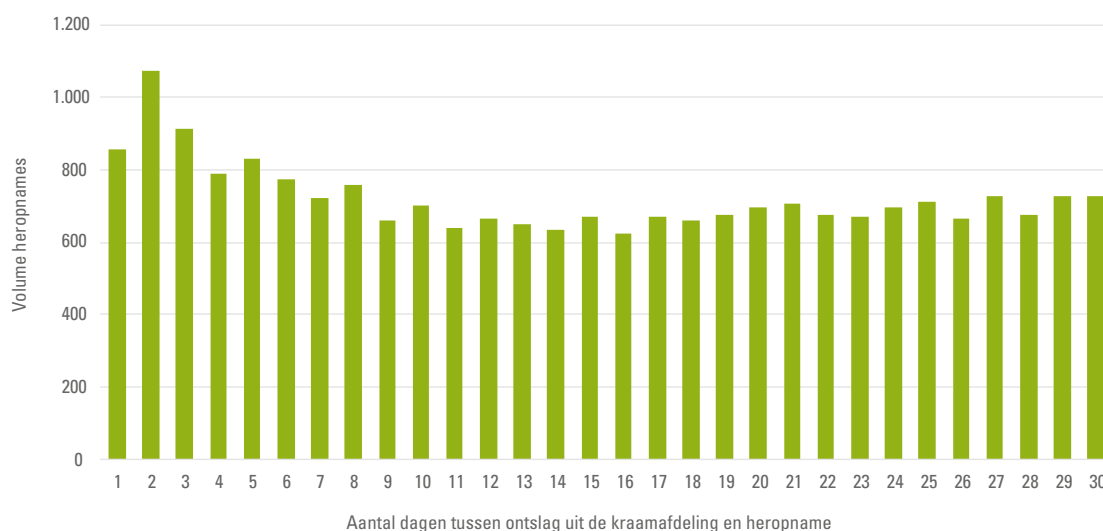
Als we ons wat meer over de verblijven tijdens deze heropnames buigen, zien we dat meer dan 85% van de baby's wordt heropgenomen op pediatrie.⁸ En deze verblijven zijn relatief lang: 3 dagen voor de helft van deze ziekenhuisopnames op de afdeling kindergeneeskunde en 4 op een andere dienst. De gemiddelden liggen hoger (respectievelijk 3,6 en 8,0). Hieruit blijkt toch wel dat deze baby's ernstige gezondheidsproblemen hebben of in ieder geval dat de medische teams voorzichtig zijn en hun patiënten langdurig opvolgen (zie Tabel 8).

Heropnames van baby's concentreren zich minder op de eerste paar dagen na het verlaten van de kraamafdeling. Ze zijn relatief gelijkmatig verdeeld over de 30 dagen, hoewel er in de eerste week wel iets meer heropnames zijn. Net als bij de moeders wijst dit op het belang van opvolging tijdens deze volledige cruciale periode, en vooral tijdens de eerste dagen na de geboorte (zie Figuur 6).

Tabel 8: Dienst en duur van het verblijf tijdens heropnames van baby's (2010-2019)

Ziekenhuisdienst	Aantal heropnames in het ziekenhuis ⁹	% van het totaal	Mediane verblijfsduur	Gemiddelde verblijfsduur
Pediatrie	18.753	86,58%	3	3,62
Andere diensten	2.907	13,42%	4	8,01

Figuur 6: Aantal heropnames van de baby's (2010-2019), afhankelijk van het aantal dagen tussen het ontslag uit de kraamafdeling en de heropname



- 8. Opmerking: er zijn meer verblijven dan baby's omdat sommige baby's binnen de periode van 30 dagen meerdere keren worden heropgenomen.
- 9. Alle heropnames in het ziekenhuis worden in aanmerking genomen, want sommige baby's worden meerdere keren heropgenomen.

5.2. De heropnames van de baby's: beschrijvende analyse

We tonen de resultaten voor de volgende drie analysecriteria: de duur van het verblijf op de kraamafdeling (kort-middellang-lang verblijf), de postnatale opvolging, het sociaal statuut. Er zijn nog bijkomende analyses uitgevoerd waarvan de resultaten zich in bijlage 2 bevinden.

5.2.1. Afhankelijk van de duur van het verblijf op de kraamafdeling

In het algemeen, als we geen onderscheid maken naar het type bevalling (zie Figuur 7), veranderen de risico's op heropname afhankelijk van de verblijfsduur van periode tot periode:

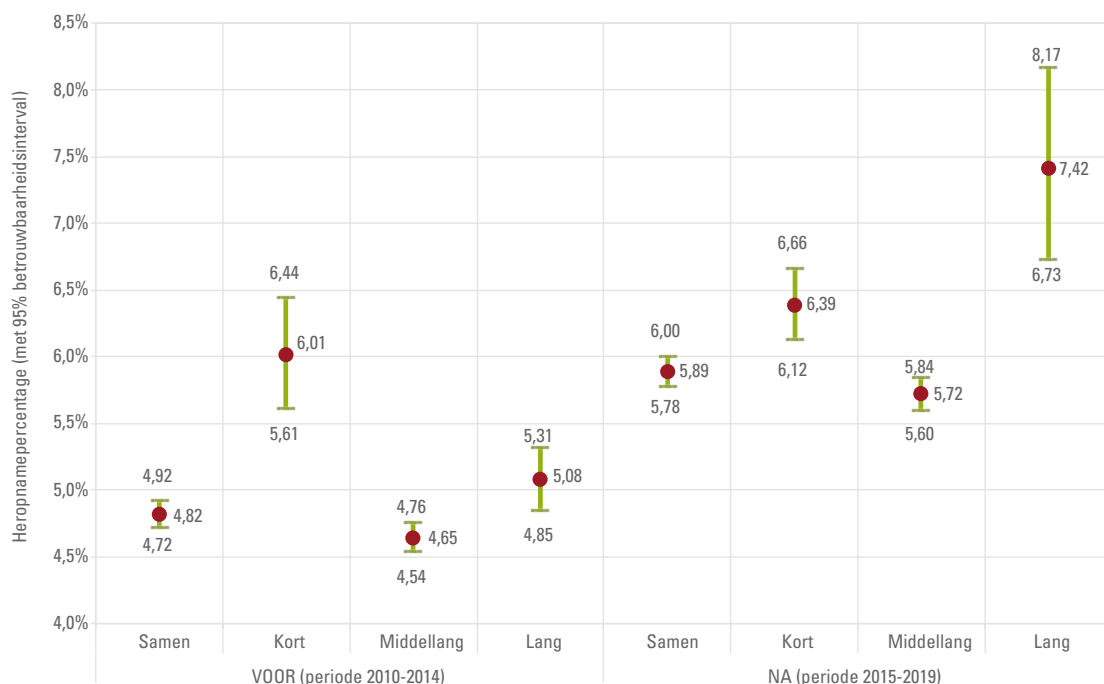
- Bij korte verblijven stijgt het heropnamepercentage van baby's van 6,01% tot 6,39%. Deze stijging blijkt echter niet statistisch significant te zijn.
- Bij middellange verblijven stijgt het percentage van 4,65% tot 5,72%. Deze stijging is wel significant.
- Hetzelfde geldt voor lange verblijven, waar het percentage van 5,08% tot 7,42% gaat.
- Er wordt ook op gewezen dat het heropnamepercentage van baby's in de periode 2010-2014 aanzienlijk hoger was

bij korte verblijven, in vergelijking met de middellange en lange verblijven in dezelfde periode. In de daaropvolgende periode was dit echter niet langer het geval: het zijn de lange verblijven waarbij we een aanzienlijk hoger percentage heropnames van baby's observeren dan bij korte en middellange verblijven. Net als bij de moeders is één hypothese dat in de periode 2010 tot 2019, lange verblijven vooral betrekking hadden op baby's die geboren zijn na een moeilijker bevalling of zwangerschap (en die daarom een langer verblijf nodig hadden).

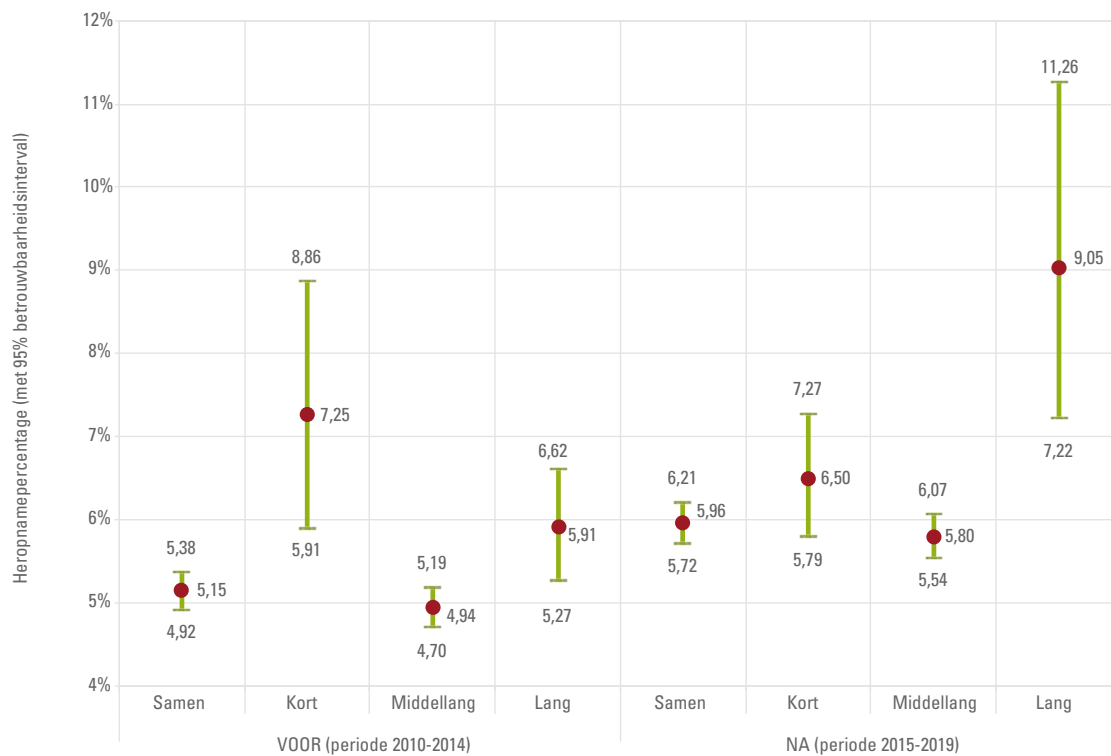
Figuren 8 en 9 tonen de heropnamepercentages van baby's, afhankelijk van de verblijfsduur en per type bevalling (vaginaal, via keizersnede). In het algemeen en ongeacht de duur van het verblijf stelt men vast dat:

- Het heropnamepercentage van baby's in het geval van een bevalling via keizersnede stijgt (significant) van 5,15% (periode 2010-2014) tot 5,96% (periode 2015-2019): een stijging van het heropnamepercentage met 22%.
- Voor vaginale bevallingen stijgt het heropnamepercentage iets sterker (ook significant): van 4,74% tot 5,87% (een stijging van 24%).
- In 2010-2014 is het heropnamepercentage bij keizersneden (5,15%) significant hoger dan bij natuurlijke bevallingen

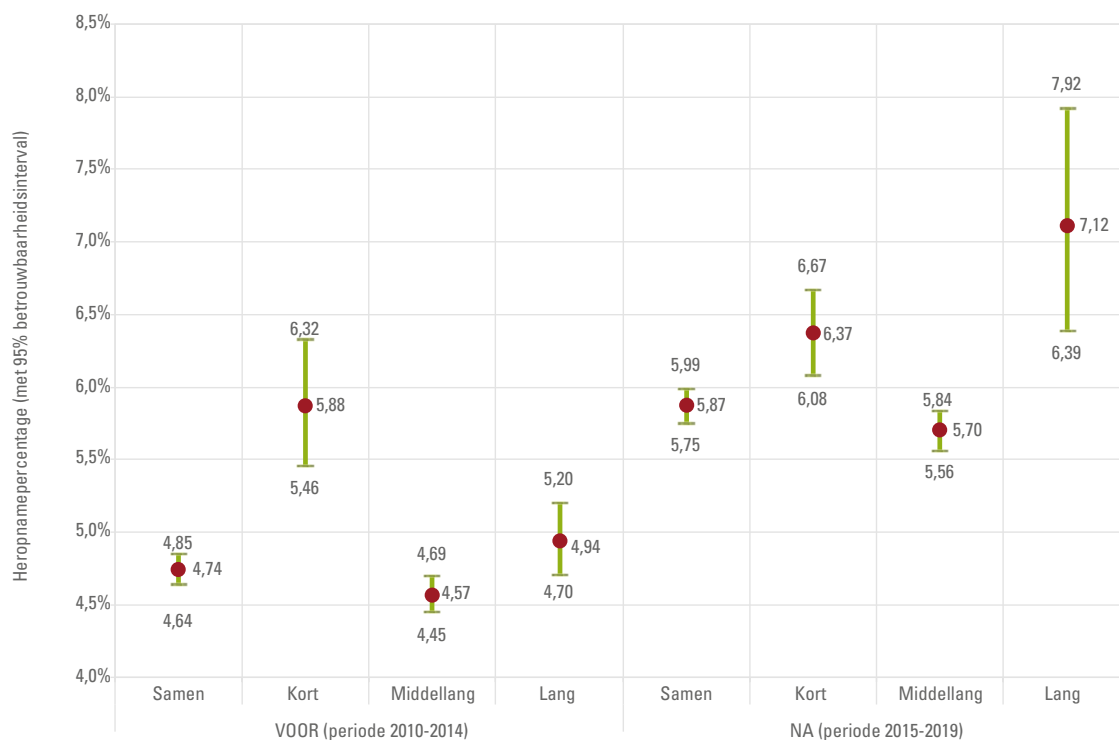
Figuur 7: Heropnamepercentage van baby's, afhankelijk van de verblijfsduur, alle typen bevalling, per periode



Figuur 8: Heropnamepercentage baby's, afhankelijk van de verblijfsduur, bij bevallingen via keizersnede, per periode



Figuur 9: Heropnamepercentage baby's, afhankelijk van de verblijfsduur, bij vaginale bevallingen, per periode



(4,74%). Maar in de daaropvolgende periode is dit niet langer het geval: de percentages bij keizersneden (5,96%) vergeleken met vaginale bevallingen (5,87%) verschillen niet meer significant. Vanuit het perspectief van het heropname risico voor de baby, lijkt het of het verschil tussen het type bevalling is vervaagd.

Als we kijken naar het type bevalling, zien we dat:

- De heropnamepercentages tussen de periodes aanzienlijk toenemen bij middellange en lange verblijven, voor beide typen bevallingen.
- Met betrekking tot korte verblijven is er daarentegen sprake van een discrepantie: bij bevallingen via keizersnede zien we een neerwaartse trend, terwijl er een opwaartse trend is te zien bij vaginale bevallingen. We moeten echter opletten met overhaaste conclusies, want deze evoluties zijn niet significant.

5.2.2. Afhankelijk van de postnatale opvolging

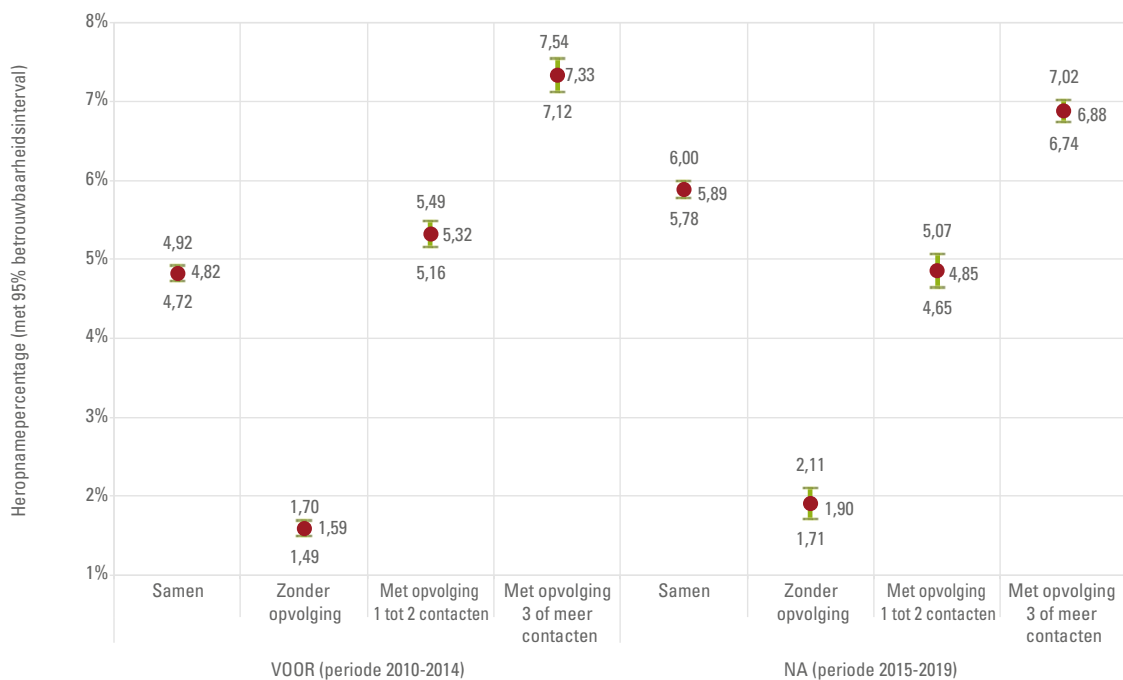
Net als bij de moeders zien we een verrassend resultaat bij de heropnamepercentages op basis van de afwezigheid van postnatale opvolging: een baby van wie de moeder door een vroedvrouw is gezien en/of die zelf door een kinderarts is ge-

zien, heeft drie keer meer kans om opnieuw te worden opgenomen dan een baby die geen enkel contact heeft gehad (zie Figuur 10). Dit is contra-intuïtief omdat het uitblijven van opvolging geen beschermende factor kan zijn tegen het risico op heropname. Het verschil in heropnamepercentage is zo groot tussen opgevolgde en niet-opgevolgde baby's dat het heel wat vragen oproept. Helaas kunnen we hier niet dieper op ingaan, omdat onze gegevens het niet toelaten de oorzaak van de heropname te achterhalen.

Wat kunnen we nog meer waarnemen?

- Ongeacht de periode is ook het aantal contacten van invloed: het heropnamepercentage van baby's is aanzienlijk hoger als er ten minste 3 contacten zijn geweest in vergelijking met baby's die binnen 30 dagen na de geboorte één tot twee contacten hebben gehad.
- Van de ene periode tot de andere periode stijgt het heropnamepercentage van baby's zonder postnatale opvolging significant (van 1,59% tot 1,90%). Aan de andere kant nemen de heropnamepercentages bij diegenen die 1 tot 2 contacten, 3 contacten en meer hebben gehad significant af (respectievelijk: van 5,32% tot 4,85% en van 7,33% tot 6,88%).

Figuur 10: Heropnamepercentage baby's, afhankelijk van de afwezigheid van postnatale opvolging of niet



5.2.3. Afhankelijk van het sociaal statuut

Kijken we naar de evolutie van de heropnames van baby's, afhankelijk van het VT-statuut van de moeder, dan komen we uit op ongeveer dezelfde trends als voor de moeders (zie Figuur 11). Het sociaal statuut lijkt een belangrijke indicator te zijn voor heropnames:

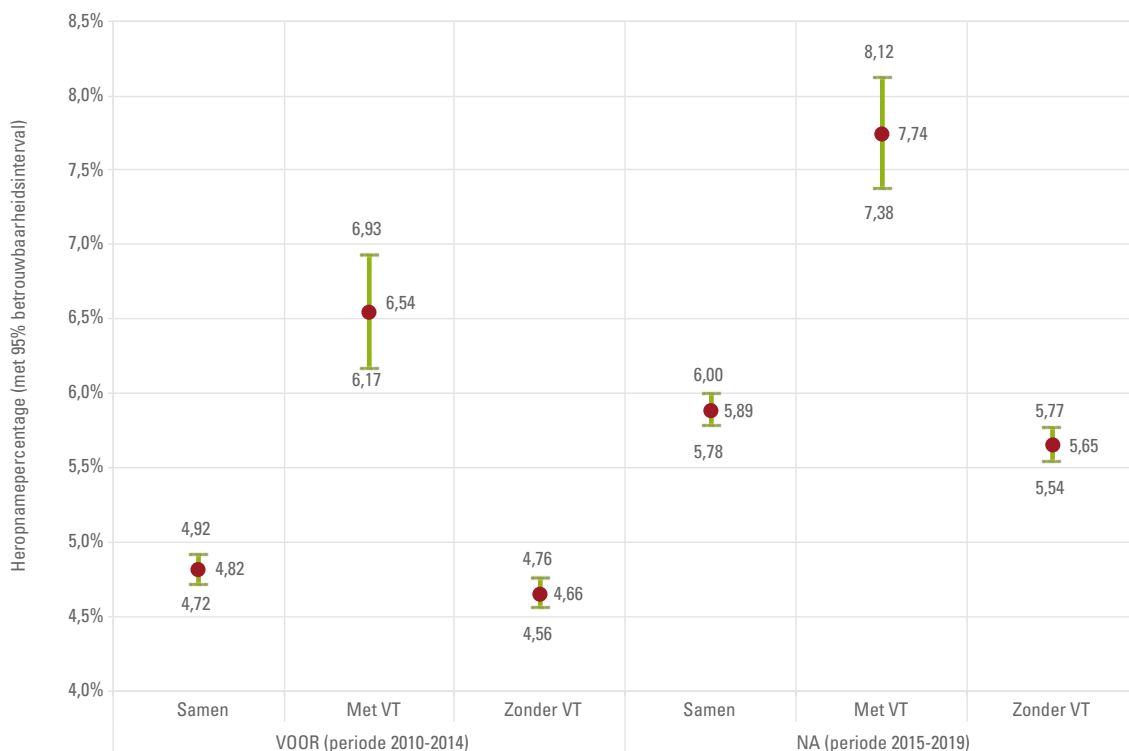
- Het heropnamepercentage van VT-baby's is significant hoger dan dat van niet-VT-baby's, ongeacht de periode. Globaal genomen hebben VT-baby's een verhoogd risico van bijna 40% om opnieuw te worden opgenomen, in vergelijking met niet-VT-baby's (er is een verschil van 40% tussen 6,54% en 4,66%, en van 37% tussen 7,74% en 5,65%).
- Van de ene periode op de andere stijgt het heropnamepercentage van VT-baby's significant: van 6,54% tot 7,74%, een stijging van bijna 18%.
- Ook voor niet-VT-baby's stijgt het heropnamepercentage significant: van 4,66% tot 5,65%, een stijging van 24%.

5.2.4. Bijkomende resultaten

Bijlage 2 bevat nog andere uitkomsten (niet grafisch weergegeven), die we hieronder schetsen.

- Bij **risicozwangerschappen** (die een stijgende trend vertonen in ons land en voor onze studiepopulatie) blijft het risico op heropname altijd hoger voor baby's die zijn geboren na een risicozwangerschap, 5,33%, terwijl het 4,72% is voor baby's die werden geboren na een "normale" zwangerschap. Voor de daaropvolgende periode bedragen deze zelfde percentages respectievelijk 6,47% en 5,72%. We merken tevens op dat deze percentages van de ene periode op de andere min of meer gelijkelijk toenemen, ongeacht of het om een risicozwangerschap gaat of niet.
- Als we het heropnamepercentage van baby's berekenen op grond van het aantal precieze dagen doorgebracht op de kraamafdeling, zien we een soort "U-curve", ongeacht de periode: we beginnen met hogere heropnamepercentages voor verblijven van 1 of 2 dagen dan voor 3-4-5 dagen, maar daarna stijgen de percentages tot het maximum wanneer de verblijven erg lang worden (meer dan 7 dagen). In de bijlage beperken we ons, voor het onderzoek naar de significantie van deze percentages, tot het vergelijken van het heropnamepercentage voor een bepaald aantal dagen met het percentage voor het eerstvolgende aantal: één dag versus twee dagen, twee dagen versus drie dagen, enz.

Figuur 11: Heropnamepercentage baby's, afhankelijk van VT-statuut



- Als we kijken naar de **heropnames van baby's afhankelijk van de verblijfsduur en het VT-statuut**, dan zien we dat het heropnamepercentage van VT-baby's na een kort verblijf op de kraamafdeling stabiel blijft van de ene periode tot de volgende. Evenmin is het hoger dan het heropnamepercentage voor VT-baby's na een middellang verblijf op de kraamafdeling (en lager dan dat na een lang verblijf).

6. Aantal heropnames: waar staan we?

Het is duidelijk dat heropnames na een verblijf op de kraamafdeling geen uitzondering zijn, vooral bij baby's. De vraag blijft nu: zijn deze percentage (te) hoog, zeker in vergelijking met andere landen?

Voor de moeders lijken de percentages die in de literatuur worden genoemd bijna identiek aan de onze. Zoals we al hebben gezegd, schommelen de percentages tussen 1% en 2% voor een algemene populatie van moeders (Clapp, et al., 2016; Herrin, et al., 2015; Ophir, et al., 2008; Liu, et al., 2005).

We hebben ook getoond dat bepaalde variabelen een opwaartse invloed hebben op de heropnamepercentages, zoals het hebben van een risicozwangerschap, het VT-statuut hebben of bevallen zijn via een keizersnede. Voor deze laatste variabele laten we zien dat de heropnamepercentages van moeders die via een keizersnede zijn bevallen, hoger zijn dan bij vaginale bevallingen: het relatieve risico stijgt met 50%. Dat sluit volledig aan bij de literatuur; het verschil is in ons land zelfs kleiner dan in de literatuur, waar regelmatig verschillen van bijna 100% worden gemeld (Liu, et al., 2005; Ophir, et al., 2008). Volgens Clapp et al. (2017), die eveneens een stijging van de heropnamecijfers van moeders in de geanalyseerde ziekenhuizen constateren, moeten we de reden hiervoor beter zoeken bij de comorbiditeiten. De toename van risicozwangerschappen in ons land zou dus een mogelijke piste kunnen zijn.

Voor baby's lijkt het erop dat de percentages in dezelfde grootteorde liggen als wat in de literatuur wordt beschreven (extrapolerend naar de tijd die in aanmerking wordt genomen voor heropname), vooral voor de laatste jaren van onze analyse. Vergelijken blijft moeilijk want de studies variëren sterk volgens de bestudeerde periodes van heropname (vanaf de geboorte of vanaf het ontslag uit het ziekenhuis). Soms isoleren de onderzoekers ook specifieke baby populaties, bijvoorbeeld afhankelijk van de duur van de zwangerschap. De bestudeerde jaren zijn eveneens ook verschillend. Onze belangrijkste uitkomst is dat het heropnamepercentage van baby's in de periode 2015-2019 5,89% is (binnen 30 dagen na het verlaten van de kraamafdeling). Wat de literatuur betreft, hebben Escobar et al. (2005) percentages gevonden die schommelden tussen 1% en 3,7% binnen twee weken na het verlaten van de kraamafdeling. Tomashek et al. (2006) constateren in hetzelfde tijds-

bestek als Escobar en collega's percentages van 4,3% voor premature baby's en van 2,7% voor voldragen baby's (2005). Young et al. (2013) vinden een heropnamepercentage van 1,8% in de eerste week van het leven, en Lee et al. (1995) zien een percentage van 2% in de eerste twee weken van het leven. In een recente studie bij 4,6 miljoen baby's in het Verenigd Koninkrijk, stellen Harron et al. (2017) dat 5,2% van hen opnieuw werden opgenomen in de eerste 30 dagen van hun leven. Deze laatste studie toont zowel een heropnametermijn als uitkomsten die zeer dicht bij de onze liggen.

7. Besluit

We onderzochten de heropname van moeders en baby's over een periode van tien jaar. Hoewel de significantie van sommige heropnamepercentages nog niet vaststaat (vergelijking tussen periodes, tussen categorieën), zijn veel van die percentages dat wel. Een duidelijke conclusie van deze studie is: "JA", er is inderdaad een toename van de heropnames van moeders en baby's in ons land, tussen de periode "voor" en "na" invoering van het beleid van minister De Block om de inkorting van het verblijf op de kraamafdeling te versnellen.

Zoals zo vaak zijn de dingen ook hier ingewikkelder dan ze lijken. In tien jaar tijd heeft deze sector immers aanzienlijke veranderingen ondergaan. We hebben gezien dat het relatieve aandeel van VT-moeders is gestegen: van 7,8% in 2010 naar iets meer dan 12,3% in 2019. Het percentage risicozwangerschappen stijgt eveneens: van 15,6% in 2010 gingen we naar 25,8% in 2019. En als de opzettelijk versnelde verkorting van het verblijf al een rol heeft gespeeld, dan is dat niet echt op de manier die we hadden verwacht. Want het zijn namelijk juist de lange verblijven die het hoogste heropnamepercentage hebben (in vergelijking met korte en middellange verblijven) als we naar het type verblijf kijken.

Op het eerste zicht is er een sterke correlatie tussen postnatale opvolging en het risico op heropname: hoe meer postnatale contacten, hoe groter het risico op heropname. Dit is zowel goed als slecht nieuws. Het goede nieuws is dat postnatale opvolging steeds frequenter wordt. Het slechte nieuws is dat het waarschijnlijk leidt tot het opsporen van gezondheidsproblemen die in het ziekenhuis hadden kunnen worden behandeld als het verblijf op de kraamafdeling langer had geduurd. Maar dit is misschien precies wat men van de postnatale opvolging verwacht.

Om verder te gaan in de analyse van onze gegevens, zijn andere statistische methoden noodzakelijk, zoals een multivariate regressieanalyse om gelijktijdig rekening te houden met alle potentiële factoren en om na te gaan welke een significante invloed hebben op de heropname.

Ten aanzien van de beslissing tot ontslag van de kraamafdeling heeft de American Academy of Pediatrics een aantal aanbevelingen gepubliceerd (bijgewerkt in 2010). Deze publicatie sluit grotendeels aan bij het idee dat wij van het verblijf op de kraamafdeling hebben, hoewel ze zich alleen richt op gezonde en voldragen baby's: "Het ziekenhuisverblijf van de moeder en haar gezonde, voldragen pasgeborene moet lang genoeg zijn om vroege problemen te kunnen identificeren en zich ervan te vergewissen dat het gezin thuis voor de baby kan zorgen en er klaar voor is. De verblijfsduur moet ook rekening houden met de unieke kenmerken van elke moeder-kind dyade, waaronder de gezondheid van de moeder, de gezondheid en stabiliteit van de pasgeborene, het vermogen en het vertrouwen van de moeder om voor haar kind te zorgen, het bestaan van geschikte ondersteuning thuis en de toegang tot passende nazorg. De mening van de moeder en haar verloskundige moet in aanmerking worden genomen voordat wordt besloten om een pasgeborene uit het ziekenhuis te ontslaan, en er moet alles aan worden gedaan zodat moeder en kind bij elkaar kunnen blijven en ze gelijktijdig het ziekenhuis kunnen verlaten" (Committee on Fetus and Newborn, 2010, eigen vertaling).

Waartoe inspireert ons dit alles? Hoewel we niet 100% kunnen bevestigen dat de maatregel van minister De Block een rol heeft gespeeld in de toename van heropnames, vragen we niettemin om voorzichtigheid. Het KCE drong er destijds al op aan: een verkort verblijf op de kraamafdeling moet gepaard gaan met een postnatale opvolging (integratie van een globale en gecoördineerde visie op de te verlenen zorg) (Benahmed, et al., 2014). Voor de periode 2015-2019 evalueert ons onderzoek het heropnamepercentage van moeders op 1,26% en van baby's op 5,89%. Hoewel deze percentages voor sommigen misschien laag kunnen lijken, zijn ze verre van verwaarloosbaar.

Het verkorten van de verblijfsduur op kraamafdelingen, korte verblijven (1 of 2 dagen) of thuisbevallingen moeten geen taboe zijn. Wel moeten adequate voorzorgsmaatregelen worden genomen en moet men erop toezien dat de gezondheidsbehoeften en de continuïteit van de zorg goed worden gewaarborgd, dat gezinnen echt over de middelen beschikken om voor hun pasgeborene te zorgen. Op zijn minst moet bij de beslissing om moeder en kind naar huis te sturen, niet alleen naar hun gezondheid worden gekeken, maar moeten zorgverleners ook bijzondere aandacht hebben voor sociale kwetsbaarheden. Onze studie toont ook aan dat er geen gelijke kansen zijn op het gebied van geboorte: VT-moeders lopen een groter risico op heropname dan niet-VT-moeders (1,70% versus 1,20%). Bij de baby's is deze kloof nog groter: het risico op heropname van VT-baby's wordt geschat op 7,74%, tegenover 5,65% voor niet-VT-baby's. We kunnen toch moeilijk volhouden dat je leven beginnen met een ziekenhuisopname een voordeel zou kunnen zijn.

Wat men niet mag doen, is de trend van korte verblijven op de kraamafdeling verder door te voeren dan redelijk is, enkel en alleen om te besparen. Als we een toonaangevend artikel over investeringen in vroegtijdige menselijke ontwikkeling kunnen geloven, zou het op de lange termijn niet lonend zijn om een paar miljoen te besparen op de rug van pasgeborenen en hun moeders (Doyle et al., 2009). In dit geval is voorzichtigheid dus niet alleen de moeder van de porseleinkast ... maar ook van een goede gezondheid. Tot slot moet de sociale situatie van gezinnen een aandachtspunt blijven. Rekening houden met deze realiteit moet deel uitmaken van de evaluatie van het beleid met betrekking tot geboorte, de gezondheid van moeders en die van hun pasgeborenen.

Bibliografie

- Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (2012). *Potentially preventable readmissions*.
- Belfort, M. A., Clark, S. L., Saade, G. R., Kleja, K., Dildy III, G. A., Van Veen, T. R., ... & Kofford, S. (2010). Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 35-41.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn C., Vinck, I., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*. *KCE Reports*, 232. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 289.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*. *KCE Reports*, 326. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Bjorvatn, A. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *The European Journal of Health Economics*, 14(5), 809-820.
- Blanc, A.-N., Fumeaux, T., Stirneman, J., Bonnabry, P., & Schaad, N. (2017). Réadmissions hospitalières : problématique actuelle et perspectives. *Revue Medicale Suisse*, 13, 117-120.

- Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 807-813.
- Braet, A. (2016). *Unplanned readmissions in Belgian hospitals: importance of quality of in-hospital care and quality of care transitions*. Phd Thesis. KULeuven.
- Bueno, J. A. S., Romano, M. R., Teruel, R. G., Benjumea, A. G., Palacín, A. F., González, C. A., & Manzano, M. C. (2005). Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3), 714-726.
- Clapp, M. A., Little, S. E., Zheng, J., & Robinson, J. N. (2016). A multi-state analysis of postpartum readmissions in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(1), 113-121.
- Clapp, M. A., Robinson, J. N., & Little, S. E. (2017). The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates. *Journal of Perinatology*, 37(4), 355-359.
- Committee on Fetus and Newborn. (2010). Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*, 125(2), 405-409.
- Cottrell, D. G., Pittala, L. J., & Hey, D. J. (1983). One-day maternity care: a pediatric viewpoint. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 83(3), 216.
- Datar, A., & Sood, N. (2006). Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. *Pediatrics*, 118(1), 63-72.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1-6.
- Edmonson, M. B., Stoddard, J. J., & Owens, L. M. (1997). Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. *Jama*, 278(4), 299-303.
- Escobar, G. J., Greene, J. D., Hulac, P., Kincannon, E., Bischoff, K., Gardner, M. N., ... & France, E. K. (2005). Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Archives of Disease in Childhood*, 90(2), 125-131.
- Farhat, R., & Rajab, M. (2011). Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *North American journal of medical sciences*, 3(3), 146
- Ghosh, B. K. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Harron, K., Gilbert, R., Cromwell, D., Oddie, S., & van der Meulen, J. (2017). Newborn length of stay and risk of readmission. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 31(3), 221-232.
- Heimler, R., Shekhawat, P., Hoffman, R. G., Chetty, V. K., & Sasidharan, P. (1998). Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge. *Clinical pediatrics*, 37(10), 609-615.
- Herrin, J., St Andre, J., Kenward, K., Joshi, M. S., Audet, A. M. J., & Hines, S. C. (2015). Community factors and hospital readmission rates. *Health services research*, 50(1), 20.
- Johnson, D., Jin, Y., & Truman, C. (2002). Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions. *Canadian journal of public health*, 93(4), 276-280.
- Johnson, P. D., Duzyj, C. M., Howell, E. A., & Janevic, T. (2019). Patient and hospital characteristics associated with severe maternal morbidity among postpartum readmissions. *Journal of Perinatology*, 39(9), 1204-1212.
- Jones, E., Taylor, B., MacArthur, C., Pritchett, R., & Cummins, C. (2016). The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 5(1), 1-7.
- Kristensen, S. R., Bech, M., & Quentin, W. (2015). A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health policy*, 119(3), 264-273.
- Lee, K. S., Perlman, M., Ballantyne, M., Elliott, I., & To, T. (1995). Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *The Journal of pediatrics*, 127(5), 758-766.
- Liu, L. L., Clemens, C. J., Shay, D. K., Davis, R. L., & Novack, A. H. (1997). The safety of newborn early discharge: the Washington State experience. *JAMA*, 278(4), 293-298.
- Liu, S., Heaman, M., Joseph, K. S., Liston, R. M., Huang, L., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2005). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 836-842.
- Liu, S., Heaman, M., Kramer, M. S., Demissie, K., Wen, S. W., Marcoux, S., & Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2002). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(3), 681-687.
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj*, 176(4), 455-460.
- Liu, S., Wen, S. W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., & McCourt, C. (2000). Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Canadian journal of public health*, 91(1), 46-50.
- Malkin, J. D., Broder, M. S., & Keeler, E. (2000). Do longer postpartum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables. *Health services research*, 35(5 Pt 2), 1071-1083.
- Margolis, L. H., Kotelchuck, M., & Chang, H. Y. (1997). Factors associated with early maternal postpartum discharge from the hospital. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151(5), 466-472.
- Martens, P. J., Derksen, S., & Gupta, S. (2004). Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics*, 114(3), 708-713.
- Meara, E., Kotagal, U. R., Atherton, H. D., & Lieu, T. A. (2004). Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, 113(6), 1619-1627.
- Metcalfe, A., Mathai, M., Liu, S., Leon, J. A., & Joseph, K. S. (2016). Proportion of neonatal readmission attributed to length of stay for childbirth: a population-based cohort study. *BMJ open*, 6(9).
- Ministère de la santé français – Direction de l'offre des soins (2018). *Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats*.

- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., & Humblet, C. P. (2014). *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer*. ADELE.
- Newcombe, R. G. (1998). Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Statistics in medicine*, 17(8), 857-872.
- Oddie, S. J., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124.
- Ophir, E., Strulov, A., Solt, I., Michlin, R., Buryanov, I., & Bornstein, J. (2008). Delivery mode and maternal rehospitalization. *Archives of gynecology and obstetrics*, 277(5), 401-404.
- Paul, I. M., Lehman, E. B., Hollenbeak, C. S., & Maisels, M. J. (2006). Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics*, 118(6), 2349-2358.
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 800-806.
- RTL INFO (2016). *Explosion des réadmissions de mères et de nouveau-nés à l'hôpital: «Ça nous arrive de récupérer des bébés déshydratés»* Beschikbaar op <https://www.rtl.be/info/magazine/sante/explosion-des-readmissions-de-meres-et-de-nouveau-nes-a-l-hopital-ca-nous-arrive-de-recuperer-des-bebes-deshydrates--870879.aspx>
- Schiltz, N. K., Finkelstein Rosenthal, B., Crowley, M. A., Koroukian, S. M., Nevar, A., Meropol, S. B., & Cuttler, L. (2014). Rehospitalization during the first year of life by insurance status. *Clinical pediatrics*, 53(9), 845-853.
- Sharvit, M., Rubinstein, T., Ravid, D., Shechter-Maor, G., Fishman, A., & Biron-Shental, T. (2014). Patients with high-risk pregnancies and complicated deliveries have an increased risk of maternal postpartum readmissions. *Archives of gynecology and obstetrics*, 290(4), 629-633.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
- Soskolne, E. I., Schumacher, R., Fyock, C., Young, M. L., & Schork, A. (1996). The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(4), 373-379.
- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N., & De Laet, C. (2016). *Elective caesarean section in low-risk women at term: consequences for mother and offspring - Health technology assessment*. KCE Reports, 275. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Tobi, H., van den Berg, P. B., & de Jong-van den Berg, L. T. (2005). Small proportions: what to report for confidence intervals?. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 14(4), 239-247.
- Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Weiss, J., Kotelchuck, M., Barfield, W., Evans, S., .. & Declercq, E. (2006). Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Seminars in perinatology*, 30(2), 61-68.
- Trybou, J., Spaepen, E., Vermeulen, B., Porrez, L., & Annemans, L. (2013). Costs associated with readmissions in Belgian acute-care hospitals. *Acta Clinica Belgica*, 68(4), 263-267.
- Tsai, W. Y., Chi, Y., & Chen, C. M. (2008). Interval estimation of binomial proportion in clinical trials with a two-stage design. *Statistics in medicine*, 27(1), 15-35.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len), *CM-Informatie*, 283, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Evolutie van de verblijfsduur in kraamafdelingen: naar kortere verblijven, *CM-Informatie*, 285, 21-38.
- Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P.C., & Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Cmaj*, 183(7), 391-402
- Waldenström, U., Sundelin, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth: breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 76(5), 727-732.
- Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the x2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.
- Young, P. C., Korgenski, K., & Buchi, K. F. (2013). Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics*, 131(5), 1538-1544.

Bijlage 1: Heropnames van moeders, volgens verschillende analysecriteria

Moeders		Heropnamepercentage			Volume heropnames			Significantie van de percentages		
Analysecriteria		Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Tussen de categorieën		Tussen de perioden
-		1,11%	1,26%	14,10%	2.467	2.643	7,13%	-		V
VT-statuut	met	1,47%	1,70%	16,09%	292	412	41,10%	V	V	F
	zonder	1,07%	1,20%	12,48%	2.175	2.231	2,57%			V
Type bevalling	keizersnede	1,53%	1,65%	7,85%	681	716	5,14%	V	V	V
	vaginale bevalling	1,00%	1,16%	16,01%	1.786	1.927	7,89%			V
Risico-zwangerschap	met	1,48%	1,63%	10,26%	551	757	37,39%	V	V	V
	zonder	1,03%	1,17%	13,57%	1.916	1.886	-1,57%			V
Verblijfsduur	kort	1,45%	1,07%	-26,03%	229	397	73,36%	F	V	V
	middellang	1,48%	2,60%	76,22%	1.375	1.960	42,55%			V
	lang	0,92%	1,21%	31,44%	863	286	-66,86%			V
Verblijfsduur	1 dag	1,87%	1,31%	-29,91%	99	83	-16,16%	-	-	F
	2 dagen	1,21%	0,93%	-22,75%	111	243	118,9%	V	F	F
	3 dagen	0,80%	1,12%	39,74%	317	1.106	248,9%	V	F	V
	4 dagen	0,94%	1,31%	39,20%	898	694	-22,72%	F	V	V
	5 dagen	1,17%	1,68%	44,00%	532	313	-41,17%	V	V	V
	6 dagen	1,55%	2,23%	43,86%	293	103	-64,85%	V	F	V
	7 dagen	1,98%	4,11%	107,4%	117	43	-63,25%	F	V	V
	>7 dagen	3,40%	5,58%	64,29%	100	58	-42,00%	V	F	V
Bevalling met keizersnede	kort	1,95%	1,62%	-17,17%	31	84	171,0%	V	V	V
	middellang	1,21%	1,50%	23,58%	262	496	89,31%			
	lang	1,83%	2,71%	48,57%	388	136	-64,95%			
Vaginale bevalling	kort	1,39%	0,98%	-29,43%	198	313	58,08%	F	F	V
	middellang	0,88%	1,14%	30,44%	1.113	1.464	31,54%	V	V	
	lang	1,28%	2,51%	96,50%	475	150	-68,42%	V	V	
Postnatale opvolging	zonder	0,33%	0,40%	22,05%	372	175	-52,96%	V	V	V
	1 tot 2 contacten	1,54%	0,98%	-36,37%	874	496	-43,25%			V
	3 of meer contacten	2,24%	1,70%	-24,02%	1.221	1.972	61,51%			V

Opmerking: Voor de verblijfsduur per dag wordt de significantie van de percentages bestudeerd van het ene op het daaropvolgende aantal dagen. Voor de periode 2010-2014 wordt bijvoorbeeld het heropnamepercentage voor één dag op de

kraamafdeling (1,87%) vergeleken met dat voor twee dagen (1,21%). Het verschil is significant (vandaar de V op de lijn met betrekking tot twee dagen). Indien het verschil niet significant is, wordt dit aangeduid met de letter F.

Bijlage 2: Heropnames van baby's, volgens verschillende analysecriteria

Baby's		Heropnamepercentage			Volume heropnames			Significantie van de percentages		
Analysecriteria		Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Tussen de categorieën		Tussen de perioden
-		4,82%	5,89%	22,18%	9.188	10.543	14,75%	-		V
VT-statuut	met	6,54%	7,74%	18,34%	1.078	1.572	45,83%	V	V	V
	zonder	4,66%	5,65%	21,36%	8.110	8.971	10,62%			V
Type bevalling	keizersnede	5,15%	5,96%	15,80%	1.905	2.163	13,54%	V	F	V
	vaginale bevalling	4,74%	5,87%	23,83%	7.283	8.380	15,06%			V
Risicozwangerschap	met	5,33%	6,47%	21,37%	1.665	2.634	58,20%	V	V	V
	zonder	4,72%	5,72%	21,15%	7.523	7.909	5,13%			V
Verblijfsduur	kort	6,01%	6,39%	6,29%	771	2.021	162,1%	V	V	F
	middellang	4,65%	5,72%	23,04%	1.777	390	-78,05%			V
	lang	5,08%	7,42%	46,14%	6.640	8.132	22,47%			V
Verblijfsduur	1 dag	5,53%	6,33%	14,40%	222	315	41,89%	-	-	F
	2 dagen	6,21%	6,41%	3,15%	480	1.450	202,1%	F	F	F
	3 dagen	4,57%	5,87%	28,40%	1.588	5.054	218,3%	V	V	V
	4 dagen	4,60%	5,41%	17,57%	3.867	2.455	-36,51%	F	V	V
	5 dagen	4,80%	6,03%	25,56%	1.836	923	-49,73%	F	V	V
	6 dagen	5,18%	6,91%	33,33%	797	233	-70,77%	F	F	V
	7 dagen	5,53%	8,31%	50,17%	252	55	-78,17%	F	F	V
	>7 dagen	7,49%	8,73%	16,67%	146	58	-60,27%	V	F	V
Bevalling met keizersnede	kort	7,25%	6,50%	-10,42%	91	286	214,3%	F	F	F
	middellang	4,94%	5,80%	17,42%	1.526	1.802	18,09%	V	F	V
	lang	5,91%	9,05%	53,11%	288	75	-73,96%	F	V	V
Vaginale bevalling	kort	5,88%	6,37%	8,43%	680	1.735	155,2%	V	F	F
	middellang	4,57%	5,70%	24,71%	5.114	6.330	23,78%	V	V	V
	lang	4,94%	7,12%	43,96%	1.489	315	-78,84%	V	F	V
Met VT-statuut	kort	7,72%	7,55%	-2,20%	178	470	164,0%	F	V	F
	middellang	6,11%	7,72%	26,35%	738	1.032	39,84%	F	V	F
	lang	7,77%	9,68%	24,58%	162	70	-56,79%	V	V	V
Zonder VT-statuut	kort	5,64%	6,10%	8,16%	593	1.551	161,6%	V	V	F
	middellang	4,51%	5,51%	22,17%	5.902	7.100	20,30%	V	V	V
	lang	4,91%	7,06%	43,79%	1.615	320	-80,19%	V	V	V
Postnatale opvolging	zonder	1,59%	1,90%	19,20%	923	359	-61,11%	V	V	V
	1 tot 2 contacten	5,32%	4,85%	-8,78%	3.875	1.995	-48,52%			V
	3 of meer contacten	7,33%	6,88%	-6,14%	4.390	8.189	86,54%			V

Opmerking: Voor de verblijfsduur per dag wordt de significantie van de percentages bestudeerd van het ene op het daaropvolgende aantal dagen. Voor de periode 2010-2014 wordt bijvoorbeeld het heropnamepercentage voor één dag op de

kraamafdeling (5,53%) vergeleken met dat voor twee dagen (6,21%). Het verschil is niet significant (vandaar de F op de lijn met betrekking tot twee dagen). Indien het verschil significant is, wordt dit aangeduid met de letter V.

Bijlage 3: Situaties die van de analyse uitgesloten werden

Moeders en baby's die van de analyse zijn uitgesloten, duiden op "niet-klassieke" situaties (beschreven in schema 2, punt 3.1.) en zijn een onderwerp dat losstaat van heropnames. Deze twee onderwerpen overlappen elkaar weinig. Er zijn inderdaad waarschijnlijk weinig niet-medische overwegingen die van invloed zijn op de beslissing om een baby na zijn of haar geboorte in het ziekenhuis op te nemen of om een moeder over te plaatsen naar een andere dienst van het ziekenhuis waar ze was opgenomen voor haar bevalling (of naar een ander ziekenhuis). Deze beslissingen moeten normaliter gebaseerd zijn op zuiver medische overwegingen. We presenteren hieronder alleen de opnamepercentages, om een idee te geven van de omvang van het fenomeen.

Wat wordt er in schema 2 bedoeld met "opname"?

- **Voor de moeders:** elke overplaatsing van een patiënt van de kraamafdeling naar een andere dienst in hetzelfde ziekenhuis of naar een ander ziekenhuis, op dezelfde dag als het einde van haar ziekenhuisopname op de kraamafdeling.
- **Voor de baby's:** elke overplaatsing van een baby van de kraamafdeling naar een andere dienst in hetzelfde ziekenhuis of naar een ander ziekenhuis, vóór of op dezelfde dag dat de moeder de kraamafdeling verlaat.

De opnamepercentages worden dan als volgt berekend:

- **Voor de moeders:** percentage moeders dat ten minste één keer is opgenomen (volgens de bovengenoemde definitie), op het totale aantal moeders dat is bevallen.
- **Voor de baby's:** Percentage baby's dat ten minste één keer is opgenomen (volgens de bovengenoemde definitie), op het totale aantal baby's, met uitzondering van die baby's van wie de moeder al is opgenomen (hier verwijzen we naar de eerste situatie beschreven in schema 2).

We zien dat het opnamepercentage van moeders (in dit geval een overplaatsing naar een andere dienst) gedurende de hele periode stabiel en laag blijft (zie Tabel A3.1). Omdat zowel het absolute aantal als het percentage (bijna) constant zijn, zullen we dit punt niet verder onderzoeken. Aan de andere kant lijken de opnamecijfers voor baby's de laatste 10 jaar vrij sterk te stijgen. We gingen namelijk van 6,05% in 2010 naar 8,64% in 2019. In aantallen werden er 2.486 baby's opgenomen in 2010, en 3.347 in 2019. Het opnamepercentage van baby's stijgt dus met meer dan 42%, en het absolute aantal in het ziekenhuis opgenomen baby's met meer dan 34%.

Tabel A3.1: Opnamepercentage van moeders en baby's

Jaar	(1) % in het ziekenhuis opgenomen moeders = (2) / (3)	(2) Aantal in het ziekenhuis opgenomen moeders	(3) Totaal aantal moeders	(4) % in het ziekenhuis opgenomen baby's = (5) / (6)	(5) Aantal in het ziekenhuis opgenomen baby's	(6) Totaal aantal baby's
2010	0,48%	219	45.795	6,05%	2.486	41.088
2011	0,48%	217	45.562	6,05%	2.487	41.086
2012	0,53%	240	44.981	6,11%	2.495	40.839
2013	0,54%	238	43.712	6,33%	2.516	39.733
2014	0,52%	228	44.091	6,19%	2.498	40.383
2015	0,51%	221	43.043	7,32%	2.900	39.609
2016	0,51%	222	43.406	8,13%	3.253	40.031
2017	0,51%	213	41.604	8,44%	3.241	38.419
2018	0,47%	194	41.104	8,52%	3.260	38.255
2019	0,50%	207	41.294	8,64%	3.347	38.742
Toename 2010-2019	4,82%	-5,48%	-9,83%	42,79%	34,63%	-5,71%

Het tijdstip van opname (verschil tussen de dag van vertrek van de moeder van de kraamafdeling en de opname van de baby) verandert niet tijdens deze periode: de helft van de in het ziekenhuis opgenomen baby's wordt opgenomen op de dag van vertrek van de moeder van de kraamafdeling. De duur van het ziekenhuisverblijf voor deze opgenomen baby's neemt daarentegen wel af: als we de periode van 2010 tot 2014 vergelijken met die van 2015 tot 2019, dan verschuiven de medianen van 9 tot 6 dagen en heeft 25% van de baby's een verblijf van maximaal 2 dagen in de tweede periode, tegenover 4 dagen in de eerste.

In tabel A3.2 hieronder tonen we de opnamepercentages voor baby's op basis van drie analytische criteria: het VT-statuut (van de moeder), het type bevalling (keizersnede versus vaginale bevalling) en de kwalificatie van "risicozwangerschap". We doen dit voor de twee onderzoeksperiodes (2010 tot 2014

en 2015 tot 2019), d.i. "voor" en "na" de invoering van het beleid om de verkorting van de verblijfsduur op de kraamafdeling te versnellen. We zien dat zowel baby's die via een keizersnede zijn geboren, die een moeder met VT-statuut hebben en die ter wereld zijn gekomen na een risicozwangerschap, een groter risico lopen om in het ziekenhuis opgenomen te worden. Dat lijkt logisch gezien de theoretische impact van deze factoren op de gezondheid van baby's. Maar vreemd genoeg stijgen de opnamepercentages voor baby's zonder zo'n risicofactor (VT-keizersnede-risicozwangerschap) meer tussen de periodes "voor" en "na" dan voor baby's met zulke risicofactoren. Zo stijgt het opnamepercentage van baby's die via een keizersnede zijn geboren met 8%, tegen bijna 50% voor vaginale bevallingen.

Alle opnamepercentages zijn significant volgens de hierboven beschreven methode (in punt 3.2.6).

Tabel A3.2: Opname van baby's volgens verschillende analysecriteria

Baby's		Opnamepercentage			Volume opnames			Significantie van de percentages	
Analysecriteria		Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Voor 2010-2014	Na 2015-2019	Groei	Tussen de categorieën	Tussen de perioden
-		6,14%	8,20%	33,55%	12.482	16.001	28,19%	-	V
VT-statuut	met	7,53%	9,57%	27,03%	1.342	2.148	60,06%	V	
	zonder	6,01%	8,03%	33,52%	11.139	13.853	24,36%		
Type bevalling	keizersnede	12,17%	13,19%	8,38%	5.131	5.517	7,52%	V	
	vaginale bevalling	4,57%	6,84%	49,84%	7.350	10.484	42,64%		
Risicozwangerschap	met	8,23%	10,36%	25,94%	2.802	4.709	68,06%	V	
	zonder	5,72%	7,55%	31,84%	9.679	11.292	16,66%		

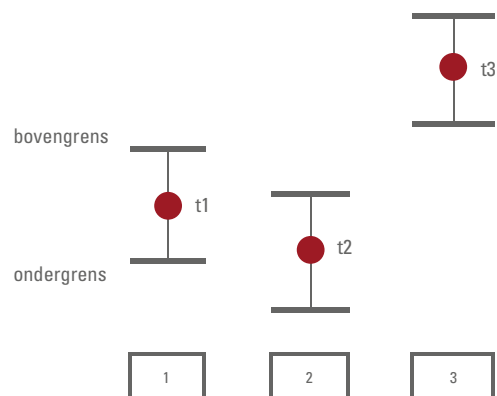
Bijlage 4: Hoe moeten we de betrouwbaarheidsintervallen interpreteren?

Zoals elke statistische berekening is ook de berekening van de heropnamepercentages onderhevig aan een bepaalde onnauwkeurigheid (die afhankelijk is van het aantal waarnemingen). Dit wordt weerspiegeld in het betrouwbaarheidsinterval, dat de waarde van het berekende percentage omvat. Bijvoorbeeld, voor geval 1 in schema 3 hieronder is t_1 de waarde van het percentage heropnames dat is waargenomen op basis van CM-gegevens voor een bepaald jaar. Het betrouwbaarheidsinterval van 95% geeft ons de onder- en bovengrenzen rond deze waarde t_1 . De interpretatie van het interval is dan als volgt: er is een kans van 95% dat de werkelijke waarde van het percentage tussen de onder- en bovengrens ligt. Hoe groter het interval, hoe minder nauwkeurig de berekening van het percentage t_1 . Hoe kleiner het interval, hoe nauwkeuriger deze berekening is.

Wanneer kunnen we zeggen dat twee percentages volledig verschillend zijn? Het volstaat om te kijken of de betrouwbaarheidsintervallen van deze percentages elkaar (gedeeltelijk) overlappen of niet. Laten we bijvoorbeeld in schema 3 de percentages voor geval 1 en 2 vergelijken. Is t_2 duidelijk minder dan t_1 ? Het betrouwbaarheidsinterval rond t_2 dekt gedeeltelijk het interval rond t_1 . Hoewel de waarde van t_1 hoger is dan die van t_2 , kan in dit geval niet worden gezegd dat dit verschil significant is. Maar als we daarentegen geval 3 vergelijken

met de andere twee gevallen, dan is er geen overlap van het betrouwbaarheidsinterval van t_3 met de andere twee intervallen (rond t_1 en t_2). Hier is het percentage t_3 dus wel significant hoger dan zowel t_1 als t_2 .

Schema 3: Betrouwbaarheidsintervallen



CM-actie patiëntenrechten 2021: vroegtijdige zorgplanning

Michèle Morel — Studiedienst
Karen Mullié – Public Affairs

Samenvatting

Sinds 2012 zet CM elk jaar een nationale sensibiliseringscampagne op rond patiëntenrechten. Voor het jaar 2021 werd gekozen voor het thema 'vroegtijdige zorgplanning'.

Vroegtijdige zorgplanning is een proces van reflectie en dialoog tussen de (toekomstige) patiënt en zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Het stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met naasten en zorgverleners.

Ondanks mooie inspanningen op beleids-, onderzoeks- en praktijkniveau de voorbije jaren, is er nog veel werk aan de winkel om zowel de brede bevolking als de zorgverleners sterker te laten inzetten op vroegtijdige zorgplanning.

CM gezondheidsfonds focust in 2021 op (toekomstige) patiënten en hun naasten. Met de campagne willen we enerzijds de bevolking informeren over de betekenis en het nut van vroegtijdige zorgplanning, en haar anderzijds ertoe aanzetten er concreet mee aan de slag te gaan.

De campagne bestaat uit verschillende componenten waaronder infosessies, de ontwikkeling en verspreiding van een set 'levenswensenkaarten' en een theatervoorstelling. Verschillende van deze componenten werden gerealiseerd in samenwerking met externe partners.

Sleutelwoorden: Patiëntenrechten, vroegtijdige zorgplanning, communicatie, levenseinde, palliatieve zorg, voorafgaande wilsverklaringen

1. Inleiding

CM is volop de omslag aan het maken van een ziekenfonds naar een gezondheidsfonds en zet sterk in op het proactief meebouwen aan een zorgzame samenleving met meer levenskwaliteit voor iedereen. We willen meer dan ooit onze rol als partner en coach in gezondheid opnemen. Het hoeft dan ook

niet te verbazen dat ook de rechten van de patiënt een belangrijke focus zijn voor CM. Sinds 2012 zet CM elk jaar via een nationale campagne in op een betere bekendmaking en sensibilisering rond patiëntenrechten. Zij doet dit in nauwe samenwerking met de bewegingen Okra, Samana, Altéo en Enéo.

Voor het jaar 2021 werd gekozen voor het thema ‘vroegtijdige zorgplanning’¹, een thema dat de voorbije jaren steeds meer aandacht krijgt. Terecht, want vroegtijdige zorgplanning kan een grote meerwaarde betekenen in de laatste levensfase. Toch is het bij de bevolking vandaag nog onvoldoende gekend, en ook een groot deel van de zorgverleners zou er nog sterker op kunnen inzetten (zie onderdeel 3).

In dit artikel hebben we het eerst over de betekenis van en de groeiende aandacht voor vroegtijdige zorgplanning. Daarna maken we de link met patiëntenrechten en bespreken we de doelstelling en de verschillende componenten van de CM-actie van 2021.

2. Wat is vroegtijdige zorgplanning?

Vroegtijdige zorgplanning is een “proces van reflectie en dialoog tussen de (toekomstige) patiënt, zijn naasten en één of meerdere zorgverleners (waaronder een arts) waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden” (Van Mechelen, Piers, Van den Eynde, & De Lepeleire, 2015). Deze drie partijen kunnen maar hoeven niet bij elk gesprek samen aanwezig te zijn. Vroegtijdige zorgplanning kan zinvol zijn voor iedereen, ziek of gezond.

Wat is belangrijk voor iemand in zijn leven? Wat betekent een kwaliteitsvol leven voor de (toekomstige) patiënt? Wat geeft zijn leven zin? Welke informatie wil hij krijgen over de aandoening en de levensverwachting? Welke mogelijke behandelingen wenst de persoon wel of niet, afhankelijk van de ziekte en de context? Wil hij bijvoorbeeld nog een belastende behandeling als dat het leven met slechts enkele maanden zou verlengen? Of kiest hij liever voor comfortzorg en zoveel mogelijk levenskwaliteit? Hoe staat de persoon tegenover euthanasie? Zou hij graag emotionele ondersteuning of praktische hulp krijgen? Op welke plek wenst de persoon verzorgd te worden en te overlijden? Wil hij gereanimeerd worden in geval van een hartstilstand?

Vroegtijdige zorgplanning stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met naasten en zorgverleners. Vroegtijdige zorgplanning moedigt

mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren schriftelijk vast te leggen en deze indien nodig te herzien. Op die manier kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat de persoon zelf niet meer in staat is om zijn wil te uiten en beslissingen te nemen (Rietjens, et al., 2018). Bijvoorbeeld, welke behandelingen en onderzoeken wil hij wel of niet als hij in een onomkeerbare coma zou terechtkomen of in geval van gevorderde dementie? Ook voor jonge, gezonde mensen kan vroegtijdige zorgplanning zinvol zijn, want elkeen kan geconfronteerd worden met een situatie van plotse wils- onbekwaamheid (bijvoorbeeld, blijvende hersenschade na een verkeersongeluk). Zorgwensen voor zo’n situatie kunnen worden vastgelegd via voorafgaande wilsverklaringen, zodat zorgverleners en naasten op dat moment weten wat voor de persoon belangrijk is. Het herevalueren van de neergeschreven wensen op geregelde tijdstippen, bij verandering van de gezondheidstoestand of bij enige andere belangrijke gebeurtenis is van groot belang, want voorkeuren kunnen evolueren.

Vroegtijdige zorgplanning gaat over meer dan enkel het fysieke domein. Ook psychologische, sociale en spiritueel-existentiële aspecten kunnen er deel van uitmaken. En ook voorkeuren voor na het overlijden kunnen worden vastgelegd, bijvoorbeeld over de soort uitvaart (begraving of crematie), speciale wensen voor de uitvaartplechtigheid, orgaandonatie of de behandeling van het lichaam volgens de voorschriften van het geloof van de persoon. Vroegtijdige zorgplanning laat mensen toe om de regie over hun zorg zo veel mogelijk in eigen handen te houden: de persoon kiest, in verbondenheid en overleg met zijn omgeving, hoe hij vormgeeft aan zijn leven en aan zijn levenseinde.

Het kan de persoon zelf en zijn naasten gemoedsrust geven, en het biedt zorgverleners een houvast om de zorg zo veel mogelijk af te stemmen op de noden en wensen van de patiënt. Via vroegtijdige zorgplanning geeft de patiënt kwaliteit aan zijn leven en levenseinde. Voor CM gezondheidsfonds is het nastreven van een zo hoog mogelijke levenskwaliteit voor iedereen, ziek of gezond, een zeer belangrijke waarde.

Om mensen te ondersteunen bij hun vroegtijdige zorgplanning en te helpen er concreet mee aan de slag te gaan, ontwikkelde CM een brochure met uitgebreide informatie en een stappenplan (CM, 2021). We leggen de nadruk op het belang van nadenken en bespreken (communicatie). Daarna pas komen de schriftelijke verklaringen, die op elk moment kunnen worden aangepast zolang men in staat is om zijn wil te uiten.

1. www.cm.be/wachtniettomorgen en www.cm.be/mijn-zorgwensen

3. Steeds groeiende aandacht voor vroegtijdige zorgplanning

Een richtlijn over vroegtijdige zorgplanning uit 2015 (Van Mechelen, Piers, Van den Eynde, & De Lepeleire, 2015), tot stand gekomen in het kader van een samenwerking tussen Palliatieve Zorg Vlaanderen, het academisch centrum voor huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en de dienst geriatrie van UZ Gent, bevat onder andere de volgende aanbevelingen:

- Patiënten, naasten en zorgverleners moeten beter geïnformeerd worden over het concept vroegtijdige zorgplanning.
- Er is nood aan opleiding omtrent vroegtijdige zorgplanning.
- De communicatie tussen de zorgverleners moet verbeteren.

In 2016 bracht de Federale Evaluatiecel voor Palliatieve Zorg een advies uit aan de federaal minister van volksgezondheid waarin vroegtijdige zorgplanning een belangrijke plaats krijgt (Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, 2017, pp. 81-84). Het advies gaat onder andere in op de modaliteiten van vroegtijdige zorgplanning, het belang van communicatie en de elementen die nodig zijn voor een systematische implementatie ervan in de gezondheidszorg.

Ook een KCE-rapport (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) van 2017 over 'passende zorg in de laatste levensfase' benadrukt het belang van vroegtijdige zorgplanning (Mistiaen, et al., 2017, p. 11): "Het tijdig nadenken en nemen van beslissingen over zorg in de laatste levensfase wordt vaak (ook in de enquête) gezien als een effectieve manier om niet passende zorg te voorkomen, zoals ook uit onderzoek blijkt." Een van de aanbevelingen in het KCE-rapport gaat over de noodzaak om bewustwordingsinitiatieven op te zetten voor het grote publiek rond vroegtijdige zorgplanning. De FOD Volksgezondheid startte in 2019 met de voorbereiding van een brede campagne voor zowel het grote publiek als de zorgverleners. Deze campagne, "Praat over je oude dag", werd in de herfst van 2021 uitgerold.²

In 2020 werd een maatregel goedgekeurd waardoor huisartsen binnenkort sterker zullen kunnen inzetten op vroegtijdige zorgplanning bij hun palliatieve patiënten (palliatief op basis

van de PICT, *Palliative Care Indicator Tool*).³ De huisarts zal voor gesprekken en advies over vroegtijdige zorgplanning een specifiek honorarium kunnen aanrekenen (90 euro) (bedrag van toepassing in 2021). Er is geen persoonlijk aandeel voor de patiënt en het honorarium kan aangerekend worden via derdebetalersregeling. Een onderdeel van deze maatregel is de vorming van huisartsen inzake vroegtijdige zorgplanning.

Ondanks de voorbije inspanningen blijkt uit de aangehaalde rapporten en adviezen dat er nog veel werk aan de winkel is om zowel de brede bevolking als de zorgverleners aan de slag te laten gaan met vroegtijdige zorgplanning.

4. De link tussen vroegtijdige zorgplanning en patiëntenrechten

De wet op de patiëntenrechten voorziet dat elke patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften (art. 5).⁴ Daarnaast heeft elke patiënt het recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (art. 7). En bovendien heeft elke patiënt het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8). Ook wordt de aanduiding van een vertegenwoordiger, die handelt in naam van de patiënt als die zelf niet meer in staat is om zijn rechten uit te oefenen, geregeld door de wet op de patiëntenrechten.

Vroegtijdige zorgplanning gaat ook over deze zaken: bespreking van de mogelijke (toekomstige) zorg en behandelingen, en deze koppelen aan de zorgbehoefte en behandelwensen van de patiënt. Het gaat over anticiperend behandelkeuzes vastleggen in overleg en met aandacht voor de zorgdoelen van de patiënt en zijn persoonlijke invulling van kwaliteitsvolle zorg.

Vroegtijdige zorgplanning gaat ook over het tijdig aanduiden van een vertegenwoordiger, en het aangaan van het gesprek met deze persoon over zorgvoorkeuren en -wensen. In 2019 voerde CM actie rond het belang van de vertegenwoordiger en de vertrouwenspersoon, via de organisatie van informatiesessies, vormingen, debatten etc. (CM, 2019).

2. www.health.belgium.be/nl/news/praat-over-je-oude-dag

3. Voor meer informatie over de PICT, zie www.palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/pict/

4. Wet betreffende de rechten van de patiënt, 22 augustus 2002, inwerkingtreding 6 oktober 2002.

5. De CM-campagne 2021

5.1. Doelstelling en doelgroep van de campagne 2021

Zoals hierboven vermeld, bestaat er een grote nood aan sensibilisering van de bevolking over het concept vroegtijdige zorgplanning, zowel voor patiënten, naasten als zorgverleners. CM gezondheidsfonds wil hier actief toe bijdragen en focust in 2021 op (toekomstige) patiënten en hun naasten. We kozen er bewust voor om niet alleen palliatieve of ernstig zieke patiënten te includeren in onze doelgroep, maar ook de gezonde bevolking, voor wie vroegtijdige zorgplanning eveneens zinvol is. De doelstelling van de campagne is tweeledig:

- informeren van de bevolking over de betekenis en het nut van vroegtijdige zorgplanning;
- de bevolking ertoe aanzetten om concreet aan de slag te gaan met vroegtijdige zorgplanning.

Ook onze eigen CM-medewerkers beschouwen we als een doelgroep van de actie. Zij werden vooraf geïnformeerd over de actie en de inhoud van het thema zodat ze CM-leden kunnen ondersteunen met degelijke informatie en advies.

5.2. Componenten van de campagne 2021

5.2.1. Informeren via info- en sensibiliseringssessies

Informeren vormt de basis van onze campagne. Voor een groot deel van de bevolking is vroegtijdige zorgplanning, en het belang ervan, nog onvoldoende gekend. We organiseren daarom informatie- en sensibiliseringssessies op verschillende plaatsen in het land, onder meer in samenwerking met experts van Palliatieve Zorg Vlaanderen (voor de Vlaamse sessies).

5.2.2. Concreet aan de slag: levenswensenkaarten

Tijdig nadenken en spreken over het levenseinde is niet voor iedereen evident. De hogervermelde KCE-studie rond vroegtijdige zorgplanning toont aan dat patiënten het moeilijk vinden om te praten over levenseindebeslissingen en vroegtijdige zorgplanning. Er rust een taboe op dit onderwerp.

Om dit taboe te helpen doorbreken heeft CM samen met de End-of-Life Care onderzoeksgroep van de VUB de ontwikkeling van 'levenswensenkaarten' mogelijk gemaakt. Deze kaarten, die initieel ontworpen werden in de Verenigde Staten en nadien via de vermelde samenwerking werden aangepast aan de Belgische context, bieden enkele handvaten voor elkeen om op een laagdrempelige manier te reflecteren over het leven en het levenseinde, over wat je belangrijk vindt, en het gesprek hierover aan te gaan.

Het ontwikkelingsproces werd begeleid door een referentiegroep van externe partners. Voor de Nederlandstalige versie waren dat Palliatieve zorg Vlaanderen, Kom Op Tegen Kanker, LEIF (LevensEinde InformatieForum), Alzheimer Liga, Vlaams Expertisecentrum Mantelzorg en Okra. Voor de Franstalige en Duitstalige versie konden we rekenen op de medewerking van l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, La Ligue Alzheimer, Aidants Proches en Infor-Homes.

Om te garanderen dat de kaarten bruikbaar zijn voor iedereen, ongeacht de culturele en sociale achtergrond, werden ze onder andere ook voorgelegd aan het Forum der Joodse Organisaties, de Bisschoppenconferentie, het Minderhedenforum en Welzijnsschakels (een organisatie die werkt rond armoede en sociale uitsluiting). Tot slot werden de kaarten uitgebreid getest via verschillende focusgroepen met mensen uit een woonzorgcentrum en een buurtcentrum, alsook met mensen van Welzijnsschakels.

Vanaf 2022 organiseren CM, Okra en Samana workshops rond de levenswensenkaarten, waarbij de deelnemers zelf zullen ervaren wat de kaarten voor hen persoonlijk kunnen betekenen, en hoe ze kunnen helpen om persoonlijke gedachten, wensen, overtuigingen te ordenen en eventueel te verruimen door naar elkaar te luisteren. De workshops zullen de deelnemers op weg helpen om in gesprek te gaan over vroegtijdige zorgplanning met hun eigen omgeving.

5.2.3. Sensibiliseren via kunst: theatervoorstelling

In de Nederlandstalige solovoorstelling 'De dag die komt' gebeurt het onvermijdelijke. Een vrouw vertelt over haar leven, over haar geliefde. Hij is stervende en zij zal voor hem zorgen. Een verhaal over loslaten en afscheid nemen. Over iemand die er nu nog is maar straks voor altijd verdwijnt. Een verhaal over de zoektocht naar waarheid, passionele liefde en verlangen. Maar bovenal, over het onuitsprokene.

"Hij zegt niet veel, Antonio. Dat deed hij in het begin ook niet. Ik vind dat niet erg, echt niet. Overmorgen zijn we drie jaar samen. Drie jaar. Het is kort en het is lang. Het is niets en het is alles." (uit 'De dag die komt').

Het theaterstuk wil weergeven hoe het kan voelen als je met je geliefden nooit hebt gesproken over datgene waarmee elkeen op een bepaald moment in het leven wordt geconfronteerd: de dood.

De actrice, Elise Bundervoet, werkte gedurende vijf jaar op een palliatieve eenheid en was ook medewerker bij een palliatief supportteam. Daar merkte ze telkens weer op dat sterven nog steeds het grootste taboe uitmaakt in het leven. Via artistieke creaties zoals deze voorstelling – een samenwerking tussen de actrice en CM – wenst zij mee een taal te helpen ontwikkelen voor de laatste fase van het leven, het levenseinde, de dood.

Na de voorstelling is er ruimte om na te praten, in het bijzijn van de actrice.

5.2.4. Aandacht voor CM dienstverlening: eigen medewerkers informeren en vormen

Om de eigen CM-medewerkers voor te bereiden op de lancering van de campagne en klaar te stomen voor de ondersteuning van leden met vragen, werden informatietools uitgewerkt zoals een webinar, een FAQ-document, een online overzichtspagina en middagconferenties.

De consultants kregen duidelijke richtlijnen over de aanpak bij standaardvragen en hoe gericht door te verwijzen bij complexere vragen. Bijzondere aandacht was er voor de medewerkers van de Vlaamse CM-Zorglijn en de basiswerkers maatschappelijk werk, voor wie vroegtijdige zorgplanning sinds jaar en dag een vertrouwd onderdeel uitmaakt van hun dagelijks werk.

Dankzij deze voorbereiding kan CM ook wat deze campagne en dit thema betreft een kwaliteitsvolle dienstverlening garanderen voor haar leden.

Bibliografie

- CM. (2019, april 18). Met twee naar de arts? Je hebt er recht op. Opgehaald van www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/met-twee-naar-de-arts.
- CM. (2021). *Vroegtijdige zorgplanning*. Opgehaald van www.cm.be/mijn-zorgwensen.
- Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. (2017). *Evaluatierapport Palliatieve Zorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Klinger, C., in der Schmitzen, J., & Marckmann, G. (2016). Does facilitated advance care planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliative Medicine*, 423-433.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., . . . Wens, J. (2017). *Passende zorg in de laatste levensfase - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Rietjens, J., Sudore, R., Deliens, L., Ott, B., Connolly, M., & Van Delden, J. (2018). Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts en Wetenschap*, 22-29.
- Van Mechelen, W., Piers, R., Van den Eynde, J., & De Lepeleire, J. (2015, mei). Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde: Palliatieve Zorg Vlaanderen. opgehaald van www.pallialine.be.

Samenvatting van het rapport van Intermutualistisch Agentschap “Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering”

1. Inleiding

In 2020 publiceerde het Intermutualistisch Agentschap (IMA) een rapport over de officiële manier van het RIZIV om de conventioneringsgraad te meten van zorgverleners. Het stelt ook een nieuwe manier voor om hierover te rapporteren. De auteurs van het rapport tonen aan dat de beschikbaarheid van geconventioneerde zorgverleners zoals ervaren door de patiënt, duidelijk verschilt van de manier waarop dit door het RIZIV wordt voorgesteld. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat deze laatste de toegankelijkheid van de ambulante zorg in ons land overschat.

Elk jaar of om de twee jaar hebben de zorgverleners immers de mogelijkheid om zich aan te sluiten bij de nationale overeenkomst voor hun sector en verbinden zij zich er dus toe de officiële tarieven van het RIZIV te respecteren. Het doel van deze overeenkomsten is om de tariefzekerheid voor patiënten te waarborgen. Het RIZIV telt de zorgverleners die zich aan de overeenkomst houden en publiceert de resultaten op zijn website. De conventioneringsgraad bepaalt of een overeenkomst in werking treedt in het land of per arrondissement. Een nationale conventioneringsgraad van 60% (en 50% per arrondissement) wordt geacht voldoende financiële (en fysieke) toegankelijkheid te garanderen.

Er moet ook op worden gewezen dat het RIZIV alle zorgverleners met een RIZIV-erkenningsnummer telt zolang deze zorgverleners het RIZIV niet op de hoogte hebben gebracht van de stopzetting van hun activiteit. Uit het rapport blijkt dat dit een probleem vormt.

De tariefzekerheid die tot vandaag aangehouden is, wordt vandaag bedreigd: moeilijkheid bij het ondertekenen van overeenkomsten, onder meer in het kader van de huidige moeilijke begrotingscontext, verhoging van supplementen voor niet-vergoedbare prestaties, maar ook voor de vergoedbare prestaties (in het geval van tandzorg) en een toenemende verplaatsing van gespecialiseerde ziekenhuisactiviteiten naar de ambulante sector. Deze laatste wordt gekenmerkt door minder restrictieve prijsregels, met name in termen van bijkomende honoraria en niet-terugbetaalbare prestaties.

Dit rapport geeft weer hoe de conventioneringsgraad momenteel wordt berekend en stelt een nieuwe berekeningswijze voor, evenals de resultaten voor huisartsen, specialisten en tandartsen. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt tussen de verschillende methodes. Het rapport roept op tot een verandering van perspectief. Hieronder worden de grote lijnen van dit rapport voorgesteld.

2. Methode

Om beter rekening te houden met de realiteit van de toegankelijkheid van zorg, in die zin dat niet alle meegerekende zorgverleners hun de praktijk met dezelfde intensiteit uitoefenen (sommigen oefenen hun praktijk niet eens meer uit), heeft het IMA een nieuwe methode voorgesteld die toelaat de “reële” conventioneringsgraad te bepalen. Deze “reële” conventioneringsgraad stemt overeen met de realiteit op het terrein of deze die patiënten ontdekken wanneer ze een (ambulante) afspraak willen maken met een zorgverlener (in dit onderzoek artsen en tandartsen).

Met een definitie van “ambulante contacten” specifiek voor huisartsen, specialisten of tandartsen en een drempel van minimaal 500 ambulante contacten om beschouwd te worden als zorgverlener binnen het zorgaanbod, stelde het IMA een nieuwe kaart van actieve ambulante zorgverleners samen (pagina's 4 en 5 van het rapport). Deze zorgverleners die “actief zijn in de ambulante zorgen”, zijn goed voor 98,6% van de ambulante contacten. Zo attesteren 71,8% van de huisartsen 99,4% van de raadplegingen, 55,8% van de geneesheerspecialisten attesteren 97,6% van de raadplegingen en 75,7% van de tandartsen voert 98% van de ambulante contacten uit. Slechts 1,4% van de ambulante contacten wordt daarom niet mee opgenomen in de analyses van dit rapport.

3. Resultaten

Met deze nieuwe methode worden de conventioneringsgraden overhoop gehaald: het aandeel geconventioneerde zorgverleners vermindert, in tegenstelling tot niet-geconventioneerde (zie Tabel 1).

De zorgverleners die niet meer of niet zeer actief zijn, zijn vooral geconventioneerde zorgverleners. En daarentegen is de het percentage van conventionering lager bij de geneesheer-specialisten die een hoge ambulante activiteit hebben.

De verschillen tussen de specialismen zijn schrijnend. Terwijl onder de dermatologen, plastisch chirurgen en oogartsen minder dan een op de zes zorgverleners ambulant geconventioneerd is, bereikt dit aandeel bijna vier op de zes zorgverleners onder cardiologen en chirurgen. De conventioneringsgraad blijft voor de meeste specialismen echter ver onder het officiële RIZIV-cijfer. Men stelt ook vast dat bij de geneesheren (huisartsen of specialisten) de niet-conventionering toeneemt

met de leeftijd. Voor het jaar 2018 gaan we bij de huisartsen van 5% niet-geconventioneerden aan het begin van de loopbaan naar 20% aan het einde van de loopbaan. Bij de specialisten evolueert dit van 23% naar 42%. Bij de tandartsen is dit omgekeerd en gaan we van 52% aan het begin naar 37% aan het einde van de loopbaan.

Het aantal ambulante contacten geeft een representatiever beeld van het ambulante medische aanbod dan het aantal zorgverleners. Uit de analyse blijkt dat het aandeel contacten volgens de overeenkomst aanzienlijk kan afwijken van de conventioneringsgraad voor bepaalde specialismen. Het aandeel raadplegingen dat door volledig geconventioneerde specialisten wordt aangerekend, varieert bijvoorbeeld van 11% bij dermatologen tot 61% bij cardiologen. Voor meerdere specialismen is slechts een minderheid van de raadplegingen aangerekend door volledig geconventioneerde zorgverleners, zoals in de plastische chirurgie (16%), oogheelkunde (18%), gynaecologie (20%), orthopedie (23%), urologie (40%), neurochirurgie (40%), KNO (43%), fysische geneeskunde (46%) en stomatologie (46%). Het aandeel ambulante activiteiten van

Tabel 1: Conventioneringsgraad: vergelijking van het volume van de ambulante activiteit met de conventioneringsgraad van zorgverleners (bron: De Wolf, et al., 2020, p.23)

	% geconventioneerde zorgverleners (RIZIV-statistieken)	% actieve geconventioneerde zorgverleners (IMA-atlas) (*)	% geconventioneerde zorgverleners actief in de ambulante zorg (≥ 500 raadplegingen-contacten / jaar)	Volume van de ambulante activiteit volgens de tariefovereenkomst (Zorgverleners ≥ 500 raadplegingen-contacten/ jaar)
Huisartsen (**)				
Geconventioneerd	86%	83%	84%	85%
Gedeeltelijk geconventioneerd	1%	1%	1%	1%
Niet-geconventioneerd	13%	16%	15%	14%
Geneesheer-Specialisten (***)				
Geconventioneerd	71%	64%	57%	44%
Gedeeltelijk geconventioneerd	6%	8%	9%	11%
Niet-geconventioneerd	23%	28%	35%	45%
Tandartsen				
Geconventioneerd	43%	29%	29%	27%
Gedeeltelijk geconventioneerd	16%	22%	22%	24%
Niet-geconventioneerd	40%	49%	49%	49%

(*) In de IMA-Atlas worden de zorgverleners als "actief" beschouwd wanneer hun RIZIV-kosten een bepaalde drempel overschrijden (5.000 euro voor huisartsen, 10.000 euro voor geneesheer-specialisten of 15.000 euro voor tandartsen) in de loop van het jaar.

(**) De laatste 3 kolommen zijn gebaseerd op de specialisatiecodes 003 en 004. De eerste kolom (RIZIV-statistieken) is gebaseerd op de specialisatiecodes 003, 004, 007 en 008.

(***) Artsen-specialisten met uitzondering van artsen in opleiding, specialisten in de klinische biologie en anatomische pathologen.

geconventioneerde zorgverleners is dus lager dan het aandeel geconventioneerde zorgverleners.

Bij de tandartsen wordt 27% van de contacten in de algemene tandheelkunde aangerekend door volledig geconventioneerde zorgverleners. Dit percentage daalt tot 2% onder orthodontisten en 6% onder parodontologen. Bij de stomatologen hebben de geconventioneerde zorgverleners het grootste aandeel in de ambulante activiteit.

Er zijn ook verschillen volgens de woonplaats van de zorgverlener (wat mogelijk niet de voornaamste regio van zijn praktijk is). Voor de huisartsen ligt in Vlaanderen en Wallonië het percentage contacten met een volledig geconventioneerde zorgverlener dicht bij het Belgische gemiddelde (85%), maar de situatie in Brussel trekt de aandacht: de Brusselse leden hebben slechts tweederde van hun huisartsenraadplegingen bij geconventioneerde zorgverleners. Voor de geneesheerspecialisten hebben de Brusselse leden hetzelfde percentage van raadplegingen met volledig geconventioneerde specialisten als het nationale gemiddelde van 44%. We merken op dat de Waalse leden vaker geconventioneerde specialisten raadplegen, terwijl de Vlaamse leden meer een beroep doen op niet-geconventioneerde of gedeeltelijk geconventioneerde geneesheren, die mogelijks een supplement aanrekenen. Wat de tandartsen betreft, bedraagt het aandeel contacten met geconventioneerde zorgverleners op nationaal niveau 27%, maar dit gemiddelde verbergt zeer grote regionale verschillen. In Vlaanderen bedraagt dit percentage slechts 16%, in Wallonië of Brussel 40%.

En als we kijken naar de arrondissementen, zijn de verschillen soms nog groter. Zo varieert het aandeel raadplegingen bij huisartsen bij niet-geconventioneerde zorgverleners van minder dan 1% voor inwoners van het arrondissement Leper tot meer dan 47% voor inwoners van het arrondissement Neufchâteau. Een ander voorbeeld, de inwoners van het arrondissement Aarlen hebben meer dan 96% van hun raadplegingen met niet-geconventioneerde gynaecologen, maar de inwoners van het arrondissement Doornik hebben minder dan 21% van hun raadplegingen met niet-geconventioneerde zorgverleners. Kortom, het percentage van volledige conventionering varieert sterk afhankelijk van de locatie, binnen hetzelfde specialisme.

Als we kijken naar de evolutie tussen 2012 en 2018 van de verdeling van ambulante activiteit volgens de conventie, zien we dat de situatie voor huisartsen en specialisten vrijwel stabiel blijft: het activiteitenvolume bij voor de niet-geconventioneerde zorgverleners neemt een beetje af voor huisartsen en neemt een beetje toe voor de specialisten. Anderzijds stijgt bij tandartsen de toename van het activiteitenvolume voor de niet-geconventioneerde zorgverleners drastisch: we gaan van 36,6% van het volume van de ambulante activiteit dat wordt aangerekend door niet-geconventioneerde zorgverleners in

2012 naar 49,2% in 2018. Met de neiging van jonge tandartsen om zich te deconventioneren, is de toekomst van de toegankelijkheid in deze sector in gevaar.

4. Besluit

Gezien deze resultaten lijkt het duidelijk dat het officiële conventioneringspercentage van zorgverleners (zoals voorgesteld door het RIZIV) geen betrouwbare indicator van de realiteit is. Een indicator op basis van het volume van de ambulante activiteit of de uitsluiting van zorgverleners met weinig of geen ambulante activiteit zou daarom geschikter zijn om de toegankelijkheid van de ambulante zorgen te beoordelen. De situatie is heel anders voor specialisten met grote verschillen binnen de verschillende specialismen. Voor velen van hen (en afhankelijk van de regio of het arrondissement van de woonplaats van de patiënt) ligt het percentage geconventioneerde raadplegingen/contacten ruim onder de 60% op nationaal niveau (percentage dat wordt geacht een voldoende betaalbaarheid te garanderen). Tot slot is het gebrek aan transparantie met betrekking tot de praktijken van gedeeltelijk geconventioneerde zorgverstrekkers het vermelden waard. Dit creëert een aanzienlijke onzekerheid over de betaalbaarheid van de door hen geleverde prestaties, en meer in het algemeen onzekerheid over de betaalbaarheid van het gehele specialisme, terwijl deze zorgverleners bij de tandartsen immers bijna een op de vier gevallen vertegenwoordigen.

Wij hopen dat deze nieuwe manier om de toegankelijkheid van de zorg in ons land te evalueren besluitvormers zal inspireren, zodat deze uitdagende realiteit ook het onderwerp is van debatten en beslissingen om de groeiende ontoegankelijkheid van zorg in ons land tegen te gaan.

Bibliografie

De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering*. Brussel: Inter mutualistisch Agentschap.

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

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

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

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

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

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

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

Voor de uitoefening van bovenstaande rechten kan je, indien je CM Informatie niet meer wenst te ontvangen, dit schriftelijk laten weten bij

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten - Studiedienst
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Of per mail : cminfo@cm.be

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

Inhoud

Editoriaal 2

Toegang tot gezondheidszorg 4
Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen

Geestelijke gezondheid 23
De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Gezondheidszorg 46
Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?

Patiëntenrechten 75
CM-actie patiëntenrechten 2021: vroegtijdige zorgplanning

In het kort 80
Samenvatting van het rapport van Intermutualistisch Agentschap "Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering"

CM-Informatie

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

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

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

Colofon

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