

Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid

Waarom, voor wie en hoe?

Svetlana Sholokhova — Studiedienst

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

Samenvatting

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

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

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

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

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

1. Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Preventie en breed begrip gezondheid

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

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

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

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

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

Hoe kan geestelijke gezondheid worden gedefinieerd?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

2.3. Psychische aandoening en psychisch lijden

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Sociale determinanten van gezondheid

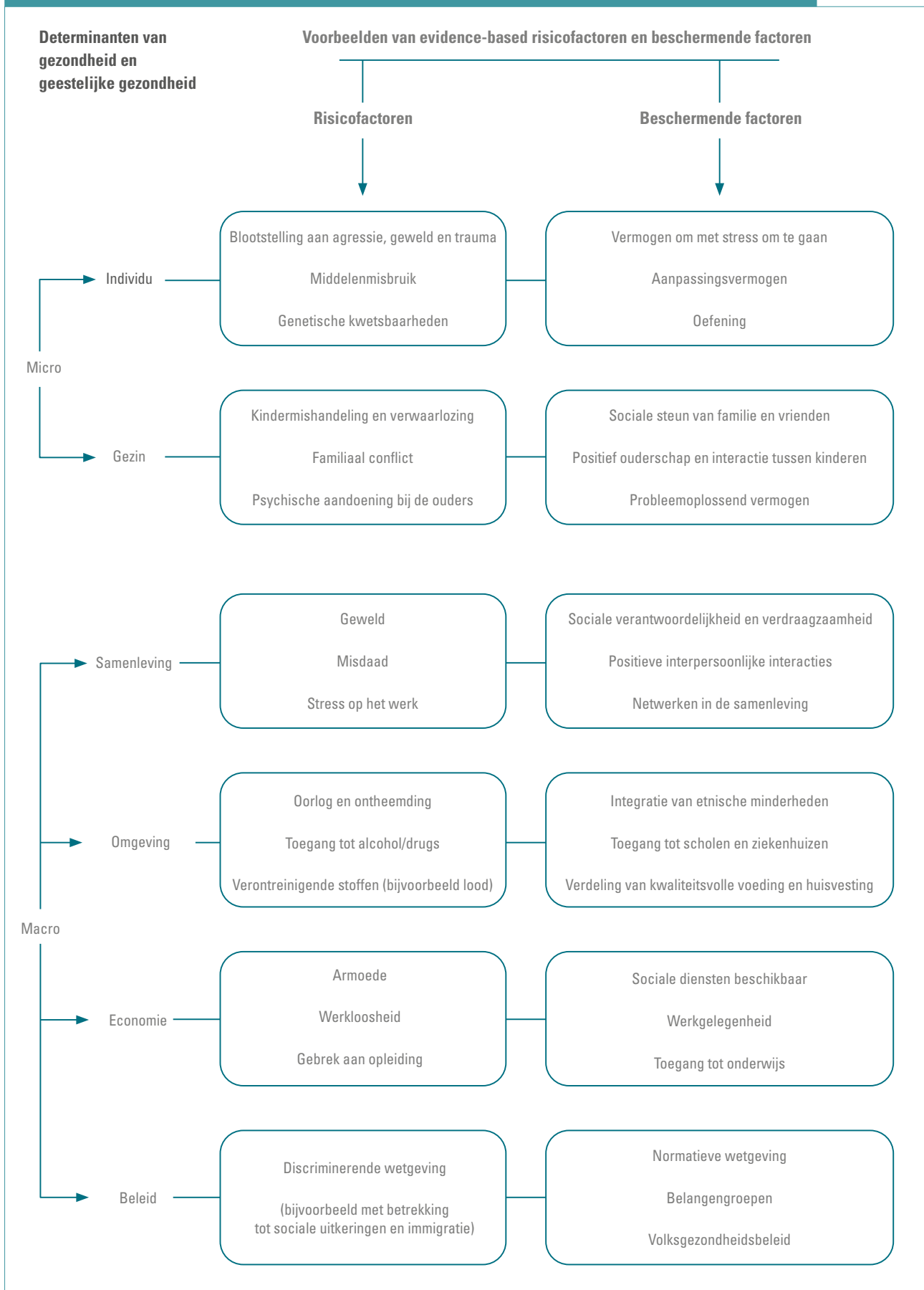
Het concept van preventie van psychische aandoeningen in figuur 1 blijft echter ontoereikend omdat het pretendeert universeel te zijn. Gezondheid is echter niet gelijk verdeeld in de samenleving. Geestelijke gezondheid hangt immers af van vele factoren, zoals gezinsfactoren, maatschappelijke factoren,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

Tabel 2: Voorbeelden van maatregelen ter preventie van geestelijke gezondheidsproblemen

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



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



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

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

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

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

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

3. Risicogroepen op het vlak van psychische aandoeningen

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

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

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

3.1. Economische ongelijkheden

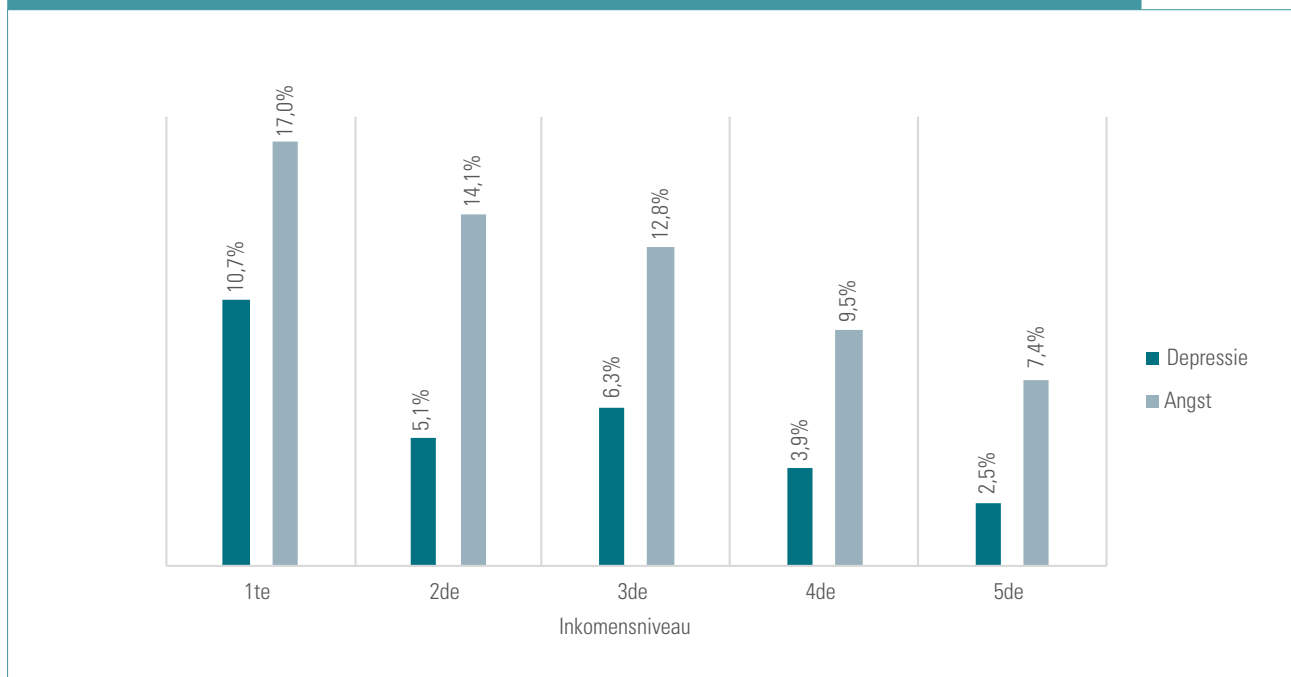
Economische ongelijkheden vloeien voort uit de hiërarchie tussen verschillende groepen naargelang van de economische middelen waarover zij beschikken. Zij komen tot uiting in ongelijkheden op het gebied van inkomen, arbeidsvoorwaarden en -inhoud, erfenissen en vermogen, financiële onzekerheid, de kwaliteit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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.2. Rassendiscriminatie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

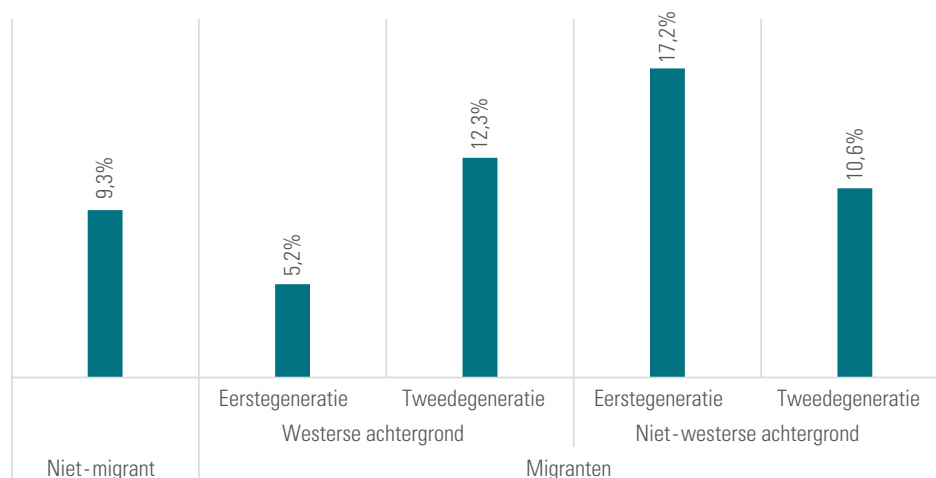
Onderzoekers van de Universiteit Gent voerden een dergelijke analyse uit op de gegevens verzameld in de Gezondheidsenquête voor 2013 (Van Roy, De Maesschalck, Vyncke, Piccardi, & Willems, 2018). De resultaten van deze studie zijn bijzonder interessant wat depressieve stoornissen, angststoornissen en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

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

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

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

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



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

3.3. Discriminatie op grond van geslacht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

4.1. Institutionele benadering

4.1.1. Gezondheidszorg en gezondheidsbevordering

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

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

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

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

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

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

4.1.2. (Geestelijke) gezondheid op alle beleidsterreinen

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

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

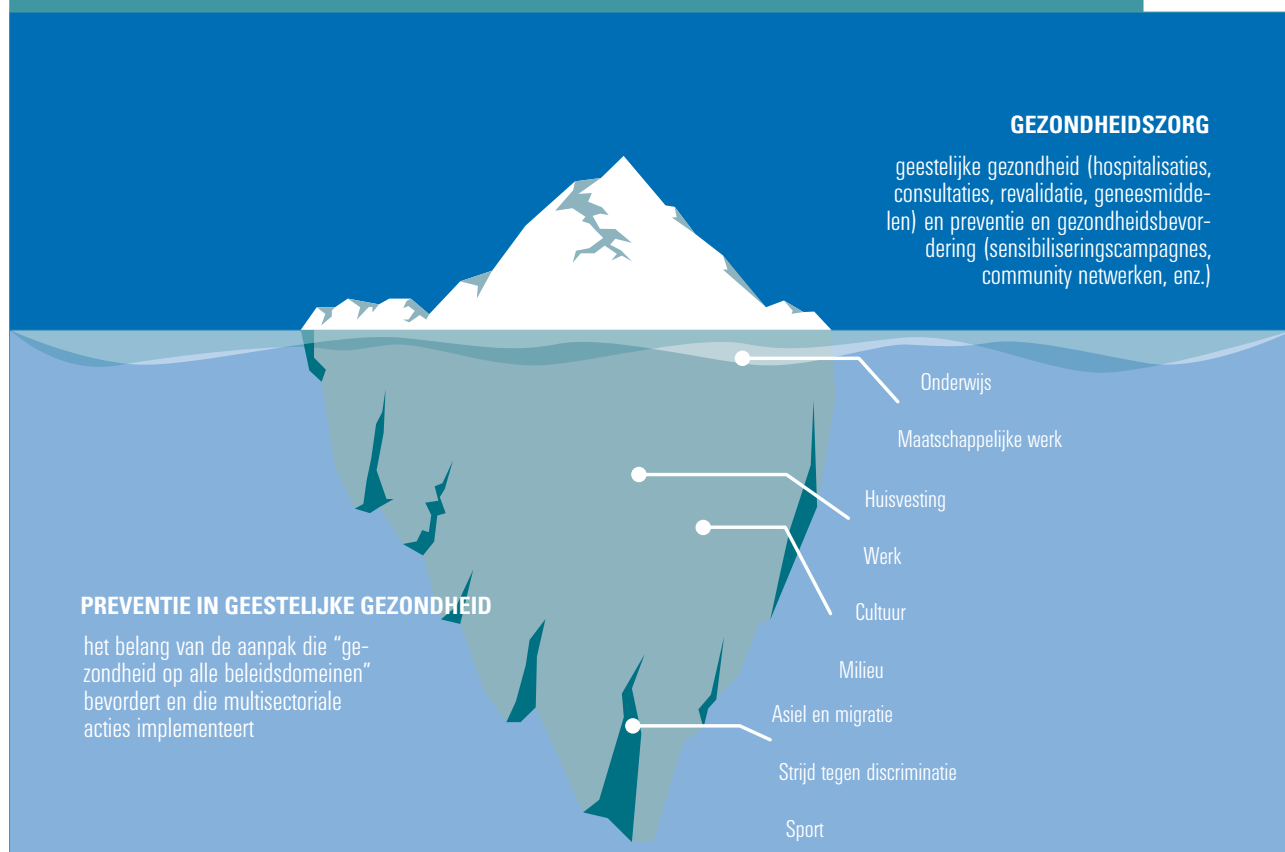
sociale en culturele sector, maar ook in het onderwijs, het bedrijfsleven, de huisvesting, enz. Hierbij denken wij bijvoorbeeld aan het werk van CLB in scholen om geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en adolescenten aan te pakken en hun gezonde psychologische ontwikkeling te bevorderen (hier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

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

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

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

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



4.2. Aanpak per soort actie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Conclusie

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

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

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

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

Bibliografie

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

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

