

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 Medicamenteuze behandeling van ADHD in België

28 Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: perspectief van de patiënten

44 Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden

8 - januari 2024

**Zorg
op maat**

Zorg op maat

Edito



In de gezondheidszorg stonden zorgverleners altijd al voor de uitdaging om hun patiënten de best mogelijke zorg te bieden. In de loop der jaren is ons begrip van zorgkwaliteit verrijkt en omvat het steeds bredere dimensies, zoals de aanvaardbaarheid van zorg voor de patiënt-e, het demedicaliseren van gezondheidsproblemen wanneer alternatieven beschikbaar zijn en het rekening houden met sociale determinanten van gezondheid. Dankzij deze indicatoren wordt de gezondheidszorg verrijkt en verfijnd, en probeert ze voor de patiënten steeds meer oplossingen op maat aan te bieden. Helaas is dit ideaal nog lang niet verwezenlijkt. De twee studies in dit nummer bieden essentiële inzichten over dit onderwerp en benadrukken vooral het belang van de rol van de patiënt-e bij de evaluatie van de zorgkwaliteit.

Onze eerste studie, *Medicamenteuze behandeling van ADHD in België*, onderzoekt het gebruik van methylfenidaat, een geneesmiddel dat vaak wordt voorgeschreven bij een aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD of 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder'). Onze analyse is een sprekend voorbeeld van het debat. Hoewel het geneesmiddel aan een significant aandeel jonge CM-leden wordt voorgeschreven, formuleert een

systematische analyse van recente wetenschappelijke literatuur twijfels bij de zekerheid van de effectiviteit ervan. Hoe valt het dan te verrechtvaardigen dat het geneesmiddel zo frequent wordt voorgeschreven? De Belgische Hoge Gezondheidsraad (HGR) adviseert op zijn beurt om het geneesmiddel als tweede optie te gebruiken, na een psycho-educatieve aanpak. Dergelijke aanpak geeft prioriteit aan inzicht en aan de begeleiding van de patiënt-e.

Onze gegevensanalyse leidde tot een verontrustende vaststelling: het gebruik van methylfenidaat lijkt vaak ingegeven door factoren die niet strikt medisch zijn. Trends suggereren een risico van pathologisering van gedrag, vooral bij de jongste kinderen in een klas. Er zijn in België ook onverklaarbare geografische verschillen in het voorschrijven van het geneesmiddel. Deze alarmerende trends roepen cruciale vragen op: Is er een risico op overdiagnosticering van aandachtstekortstoornissen bij de jongste kinderen van een klas? En geeft dit dan aanleiding tot overmedicatie? Volgende vraag vat de uitdaging samen voor de behandeling van aandachtstekortstoornissen bij kinderen: Hoe kunnen we zorgkwaliteit garanderen en er tegelijk voor zorgen dat de zorg geschikt, toegankelijk, passend en noodzakelijk is?

Dit debat sluit aan bij een bredere vraag: Hoe kunnen we garanderen dat medische zorg zowel passend als van hoge kwaliteit is? De patiëntervaring kan wel eens de sleutel zijn om deze vraag te beantwoorden. De instrumenten PROM (*Patient-Reported Outcome Measures* of vragenlijst patiënt-gerapporteerde uitkomsten) en PREM (*Patient-Reported Experience Measures* of vragenlijst patiënt-gerap-

porteerde ervaringen) zijn ontwikkeld om de directe ervaring van patiënten vast te leggen. Inderdaad, wie is beter geplaatst dan de patiënt-e om de effectiviteit van een behandeling of de kwaliteit van een medische interactie te beoordelen? Als aanvulling op deze methodologieën, geeft het instrument PRIM (*Patient-Reported Incident Measures*) patiënten de mogelijkheid om ongewenste medische voorvallen te rapporteren die vaak niet worden gemeld. Deze benadering erkent de cruciale rol die patiënten kunnen spelen bij het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit van zorg. De OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) leverde een bijdrage voor deze aanpak met het initiatief om een pilootvragenlijst op te stellen over ongewenste voorvallen in ziekenhuizen, een primeur in België. Onze studie, *Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten*, uitgevoerd met het PAQS¹ en met andere mutualiteiten, analyseert de rapportering door patiënten van ongewenste voorvallen in het ziekenhuis. De resultaten zijn confronterend: bijna 16% van de patiënten meldt ongewenste voorvallen tijdens hun ziekenhuisverblijf in Franstalig België.

Het belang van deze instrumenten mag niet worden onderschat. In een wereld waar zorgverlening steeds complexer en gespecialiseerder wordt en patiënten zich vaak verliezen in een doolhof van behandelingen, onderzoeken en consultaties, is het geven van een stem aan de patiënt-e niet alleen een ethische noodzaak, maar ook een waardevol instrument om de zorgkwaliteit te verbeteren. En hoewel de instrumenten PROM, PREM en PRIM een significante vooruitgang betekenen, zijn ze toch slechts een deel van de oplossing. Het garanderen van optimale

zorgkwaliteit vergt een multidimensionale benadering, die verder gaat dan alleen het voorschrijven van een geneesmiddel of het luisteren naar patiënten. Het gaat erom een zorgsysteem te creëren waarin elke patiënt-e gezien wordt als een partner, en waarin begrip en communicatie de basis vormen voor elke medische beslissing.

De evolutie naar een meer patiëntgerichte zorg is lang en complex. Maar de resultaten van onze studies die we hier voorstellen, laten duidelijk zien dat dit de weg is die we moeten inslaan. De uitdaging voor zorgverleners, beleidsmakers en onderzoekers is om samen te werken, en er zo voor te zorgen dat elke patiënt-e de best mogelijke zorg ontvangt, terwijl die wordt gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Ons nummer eindigt met een terugblik op onze studiedag '*Geestelijke gezondheid, kruispunt van ongelijkheden*', die afgelopen voorjaar plaatsvond. We brengen voor u een samenvatting van de uitdagingen die werden aangekaart door gerenommeerde Belgische en internationale experten op het gebied van de sociale determinanten van geestelijke gezondheid. Deze overzichten zijn geen verslag van het colloquium, maar zijn bedoeld om deze concepten breder toegankelijk te maken voor wie onze studiedag niet kon bijwonen. Wij wensen u veel leesplezier.

Élise Derroitte
Directie Beleid en Studies

¹ Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients of Platform voor de permanente verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

Medicamenteuze behandeling van ADHD in België

Svetlana Sholokhova & Koen Cornelis – Studiedienst

Met dank aan Clara Noirhomme

Samenvatting

Aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD) is een psychiatrische stoornis. De diagnose wordt gesteld door een psychiater volgens de criteria van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ontwikkeld in de Verenigde Staten. In België bestaat de behandeling van deze stoornis, volgens internationale aanbevelingen, in de eerste plaats uit een niet-medicamenteuze aanpak, met name psycho-educatie en psychologische opvolging. Als er geen verbetering optreedt, kan psychostimulerende medicatie worden voorgeschreven. Medicatie kan echter vanaf het begin van de diagnose worden overwogen als de specialist de stoornis als ernstig beschouwt.

Methylfenidaat is de meest gebruikte medicatie voor ADHD. Het staat vaak bekend als Rilatine® (of Ritalin® in de Engelstalige wereld), een van de best verkochte merken ter wereld. Ondanks het wijdverbreide gebruik, blijft in de wetenschappelijke wereld de effectiviteit van methylfenidaat bij de behandeling van ADHD onderwerp van discussie, voornamelijk door het gebrek aan betrouwbare studies. Er zijn echter vaak voorkomende bijwerkingen, zoals slaaptkort en verlies van eetlust, die zeer snel optreden en die op hun beurt soms met andere geneesmiddelen worden behandeld. Nog zorgwekkender is het gebrek aan kennis over de langetermijneffecten van het gebruik van psychostimulerende middelen. De doelgroep voor dit soort medicatie bestaat uit zeer jonge kinderen, waarvan het lichaam en de hersenen nog in volle ontwikkeling zijn.

In deze studie geven we een overzicht van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België. Wat is de prevalentie van het gebruik van methylfenidaat, wat is de gemiddelde duur van de behandeling met medicatie en gaat deze gepaard met een niet-medicamenteuze behandeling? Zijn deze indicatoren vergelijkbaar met die in andere landen en volgen ze de internationale aanbevelingen en het recentste wetenschappelijk onderzoek? We willen ook een beter inzicht krijgen in het profiel van de kinderen die het vaakst methylfenidaat voorgeschreven krijgen. Zijn er factoren die het risico op behandeling van ADHD met een psychostimulantia verhogen? Hoe moet de aanwezigheid van deze factoren geïnterpreteerd worden? Gaat het altijd om biologische of ook socio-economische risico's, en dus om de aanwezigheid van niet te verantwoorden en onrechtvaardige, en bijgevolg vermijdbare verschillen tussen verschillende groepen?

Onze analyse van de CM-gegevens in het licht van de wetenschappelijke literatuurstudie leidt tot een aantal alarmerende conclusies over de situatie in België en hoe die de laatste jaren geëvolueerd is. Daarom doen we een reeks aanbevelingen aan de beleidsverantwoordelijken, de verantwoordelijken van de gezondheidssector, de onderwijssector en het wetenschappelijk onderzoek.

Sleutelwoorden: Mentale gezondheid, ADHD, medicatie, methylfenidaat, kinderen en adolescenten, kwantitatieve studie

Inleiding

Volgens een CM-studie uit 2017 werd methylfenidaat, het meest gebruikte geneesmiddel in de medicamenteuze behandeling van aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD), in 2016 afgeleverd en terugbetaald aan 2% van de jonge CM-leden (van 6 tot 17 jaar) (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017). De effectiviteit van deze farmacologische behandeling voor deze stoornis is echter nog steeds onderwerp van discussie. Onlangs nog, in maart 2023, publiceerde de prestigieuze *Cochrane Database of Systematic Reviews* een analyse van meer dan 200 studies over de effecten van methylfenidaat op het gedrag van jongeren met ADHD. De auteurs concluderen dat "de zekerheid van het bewijs [van werkzaamheid] voor alle resultaten [van de onderzoeken die zijn uitgevoerd] zeer laag is en dat bijgevolg de ware omvang van de effecten [van behandeling met methylfenidaat] onzeker blijft" (Storebø, et al., 2023, eigen vertaling). Met andere woorden, het is mogelijk dat methylfenidaat ADHD-symptomen bij jongeren kan verbeteren, maar het is onmogelijk om dat met voldoende wetenschappelijke zekerheid te stellen. De conclusies van de *Cochrane Review* plaatsen daarom vraagtekens bij de gedeelde opinie van talloze studies en literatuuronderzoeken en verschillende internationale richtlijnen, zoals de *NICE-richtlijn NG87* (National Institut for Health and Care Excellence, 2018) of de *Zorgstandaard* (Standaarden, 2019).

Voor haar advies over de medicamenteuze behandeling van ADHD, gepubliceerd in 2021, stelt de Belgische Hoge Gezondheidsraad methylfenidaat nochtans voor als een mogelijke behandeling, zich hierbij baserend op deze richtlijnen (Hoge Gezondheidsraad, 2021). In het advies wordt wel benadrukt dat deze behandeling alleen als tweedelijnsbehandeling mag worden gebruikt: "moet het zorgpad, voor alle leeftijdsgroepen, beginnen met een psycho-educatief aanbod voor de patiënt zelf en zijn of haar omgeving (ouders, leerkrachten, enz.), om informatie te geven over het ontstaan en beloop van ADHD-symptomen, de impact van de symptomen op het functioneren, de rol van de omgeving en de behandel mogelijkheden" (Hoge Gezondheidsraad, 2021, pp. 1-2).

De controverses rond de werkzaamheid van methylfenidaat gaan gepaard met waarnemingen van trends in het gebruik van methylfenidaat die niet uitsluitend door medische redenen lijken te kunnen worden verklaard. Ze roe-

pen een aantal vragen op, met name over het risico van het pathologiseren van bepaald gedrag en de toegankelijkheid van een niet-medicamenteuze opvolging van ADHD. De CM-studie toonde aan dat de jongste kinderen in een klas op school (geboren in het laatste trimester van het jaar) het meest kans hadden om methylfenidaat te gebruiken (50% meer kans dan kinderen geboren in het eerste trimester). Er zijn ook aanzienlijke geografische verschillen tussen de gewesten (2,4% van de jongeren in Vlaanderen krijgt methylfenidaat terugbetaald, tegenover 0,9% in Wallonië en 0,6% in het Brussels Gewest), die vanuit medisch oogpunt moeilijk te rechtvaardigen zijn. Op basis van deze vaststellingen zijn de auteurs van mening dat "het risico op overdiagnose en overmatig gebruik [in België] dus reëel is" (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017).

Deze studie heeft tot doel de evolutie in het gebruik van methylfenidaat door kinderen en adolescenten in België sinds de CM-studie van 2017 te analyseren. Twee vragen sturen ons onderzoek: (1) *Wat zijn de kenmerken van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België vandaag en welke veranderingen zien we in de afgelopen jaren? Wat is de prevalentie van het gebruik van methylfenidaat, wat is de gemiddelde duur van de behandeling met medicatie en wordt ze gecombineerd met een niet-medicamenteuze behandeling?* (2) *Wat is het profiel van kinderen die het meeste risico lopen op behandeling met methylfenidaat? Zijn dit nog steeds kinderen die geboren zijn in het laatste kwartaal van het jaar? Welke andere kenmerken van dit profiel kunnen ons helpen om de situatie in België beter te begrijpen? Wat zijn de verschillen tussen de Belgische gewesten?*

Om deze vragen te beantwoorden, beginnen we ons artikel met een stand van zaken van de medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van ADHD in België (punt 1). Vervolgens lichten we onze methode toe (punt 2) en de resultaten van onze kwantitatieve analyse op basis van CM-gegevens (punt 3). Daarna bespreken we de mogelijke interpretaties van deze resultaten (punt 4). We sluiten onze studie af met een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers, de verantwoordelijken in de gezondheidssector, de verantwoordelijken in het basis- en secundair onderwijs en de verantwoordelijken voor wetenschappelijk onderzoek (punt 6).

1. Overzicht van de literatuur en stand van zaken in België

1.1. ADHD en de medicamenteuze behandeling ervan

1.1.1. Het officiële traject in België

De Belgische Hoge Gezondheidsraad definieert aandachts-tekortstoornis met of zonder hyperactiviteit (ADHD) als “een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die zich in verschillende levensfasen kan manifesteren. Het essentiële kenmerk van het syndroom is een aanhoudend patroon van een hoge mate van aandachtsdeficiëntie en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat leidt tot problemen in schools, beroepsmatig of sociaal en relationeel functioneren” (Hoge Gezondheidsraad, 2021, p. 1). Meer specifiek: “mensen met ADHD hebben problemen met aandachts- en cognitieve functies, waaronder probleemoplossing, planning, flexibiliteit en oriëntatie, het vasthouden van de aandacht, de remming van reacties en het vasthouden van het werkgeheugen. Ze hebben ook problemen met het beheersen van affecten, zoals vertraagde motivatie en stemmingsontregelingen” (Storebø, et al., 2023, p. 6, eigen vertaling). De diagnose van deze stoornis is gebaseerd op de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, gepubliceerd door de *American Psychiatric Association*, waarvan de vijfde versie is gepubliceerd in 2013 (DSM-5), of op de *International Classification of Diseases*, gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), waarvan de meest recente (11^{de}) versie dateert van 2022 (ICD-11).

In België vereist het zorgtraject voor ADHD, ontwikkeld onder auspiciën van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, dat eerst een diagnose wordt gesteld door een arts-specialist, (kinder)psychiater of kinderarts gespecialiseerd in het onderwerp¹. Deze diagnose wordt vaak voorafgegaan door een psychologisch onderzoek door een (neuro)psycholoog. Daarna moet een niet-medicamenteuze behandeling worden voorgesteld. Die bestaat uit psycho-educatie en heeft tot doel alle betrokkenen (kinderen of adolescenten, ouders, leerkrachten en andere belangrijke derden) te helpen om “de symptomen en hun oorzaken beter te begrijpen, te begrijpen wat wel en niet gepast is als

reactie, verwachtingen aan te passen aan wat mogelijk is, een juiste keuze van behandelingsopties te maken en zich bewust te zijn van het natuurlijke verloop en de variabiliteit van het beeld”². Psycho-educatie kan de vorm aannemen van individuele of groepsessies. Ze wordt uitgevoerd door de tweedelijns professional(s) betrokken bij de diagnose of behandeling, of door medewerkers van centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) die op de scholen werken, met toestemming van de ouders. De informatie van de FOD Volksgezondheid geeft duidelijk aan dat het zorgplan altijd gepersonaliseerd moet zijn: “Interventies moeten worden afgestemd op elk kind / elke jongere, op basis van zijn of haar leeftijd en ontwikkelingsniveau, zijn of haar functionele niveau in de verschillende ontwikkelingsdomeinen, zijn of haar sterke en zwakke punten, zijn of haar familie en de context waarin hij of zij leeft”³.

Als psycho-educatie onvoldoende blijkt, of vanaf het begin van de behandeling als de symptomen ernstig zijn, omvat het ADHD-zorgpad het gebruik van medicatie. Dat gebruik is niet bedoeld om het kind te genezen, aangezien er geen definitieve genezing met geneesmiddelen bestaat voor deze stoornis. De behandeling met medicatie is gericht op het verlichten van symptomen die verband houden met concentratieproblemen en/of impulsiviteit en storend gedrag. ADHD wordt al bijna vijftig jaar behandeld met psychostimulerende medicatie. Dit zijn “geneesmiddelen die het cognitief en affectief functioneren en het gedrag aanzienlijk beïnvloeden”, en dit door het mobiliseren van “de normale vecht/vlucht/verstijfrespons gemedieerd door biogene amines zoals epinefrine, noradrenaline, serotonine en dopamine” (Anghelescu & Heuser, 2008, pp. 1038-1039, eigen vertaling).

De molecule die het meest wordt voorgeschreven bij ADHD is methylfenidaat, dat van de verschillende psychostimulerende middelen nog steeds het best gedocumenteerd is. Volgens de HGR is dit de farmaceutische specialiteit van de eerste keuze. Methylfenidaat werkt door het dopamine-transport te blokkeren, waardoor de intrasynaptische concentratie van dopamine toeneemt. In mindere mate werkt het ook door de concentratie noradrenaline in het striatum en de prefrontale cortex te verhogen. De hypothese van het gunstige effect van methylfenidaatgebruik bij ADHD is dus gebaseerd op het idee dat juist de cognitieve functies gevoelig zijn voor de manipulatie van de dopaminereceptoren (met name de D1-receptoren), namelijk het werkge-

1 <https://www.adhd-traject.be/nl>.

2 <https://www.adhd-traject.be/nl/pagina/psycho-educatie>.

3 <https://www.adhd-traject.be/nl/pagina/behandeling-adhd>.

heugen en de remmende controle, die deze stoornis definiëren (Anghelescu & Heuser, 2008).

Op de Belgische markt is methylfenidaat verkrijgbaar in verschillende vormen, met als belangrijkste verschil de werkingsduur van het middel: Rilatine®, Medikinet®, Equasym® en Concerta®⁴. Tot nu toe zijn Rilatine® en Equasym® de enige geneesmiddelen die vergoed worden door de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGVU) voor de indicatie ADHD bij jongeren tussen 6 en 17 jaar (of in gevallen van narcolepsie). Normaal gesproken is de psychiater degene die de diagnose ADHD stelt en de beslissing neemt om medicatie voor te schrijven, maar het is ook mogelijk dat een ander type arts dit type medicatie voorschrijft. Om echter een vergoeding voor een geneesmiddel op basis van methylfenidaat te ontvangen van de VGVU, moet de aanvraag vergezeld gaan van "bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, alsook het omstandig verslag, opgesteld door de (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater of door een arts-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrie neurologie, op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten in de pediatrie neurologie"⁵. Een voorschrift voor methylfenidaat door een huisarts zonder dit soort bewijs zal daarom niet worden vergoed door de VGVU. Bovendien is het mogelijk om op elke leeftijd gediagnosticeerd te worden en een voorschrift te krijgen voor een farmacologische behandeling, maar gezien de leeftijdsriteria voor de vergoeding (van 6 tot 17 jaar), zijn de kosten voor de behandeling voor eigen rekening als de persoon jonger is dan 6 jaar of ouder dan 17 jaar.

1.1.2. Controverses rond de medicamenteuze behandeling van ADHD

Ondanks de consensus tussen de verschillende richtlijnen over het gebruik van methylfenidaat bij ADHD, blijft de hypothese die gebaseerd is op het idee van de blokkering van het dopaminetransport als oorzaak van ADHD (en die het gebruik van methylfenidaat zou rechtvaardigen) betwist in de wetenschappelijke literatuur (Bolea-Alamanac, et al., 2014). Meer in het algemeen blijft de etiologie van ADHD een onderwerp van discussie en tot op heden zijn er geen neurologische of genetische markers of biologische tests om de diagnose hyperactiviteit te identificeren of te bevestigen (Ponnou, 2022). ADHD is in dit opzicht geen

uitzondering, want hetzelfde geldt voor andere levenssituaties die men als 'psychische stoornissen' identificeert. Wat hen kenmerkt, is niet een biologische marker (zoals bijvoorbeeld het geval is bij kanker), maar vooral de specifieke manier waarop de persoon diens relaties en diens manier van omgaan met anderen, de wereld en zichzelf ervaart. Deze 'psychische processen' "kunnen echter niet worden gereduceerd tot de activiteit van de hersenen of tot gelokaliseerde neuronale processen; integendeel, ze zijn belichaamd in en onlosmakelijk verbonden met de intersubjectieve wereld van interactie en gedeelde betekenissen" (Fuchs, 2018, p. 253, eigen vertaling). Met andere woorden, ons psychisch leven kan niet uitsluitend worden beschreven aan de hand van de hersenactiviteit, alsof die de ultieme verklaring zou kunnen zijn voor hoe we ons voelen in ons lichaam en hoe we omgaan met de wereld en de anderen.

Enkel en alleen inwerken op de chemie van de hersenen zou daarom te beperkend zijn als we de patiënt-e willen ondersteunen. Zoals de psychiater en filosoof Thomas Fuchs het stelt: "net zoals koorts niet veroorzaakt wordt door een tekort aan acetylsalicylzuur omdat ze afneemt na het innemen van aspirine, ... [bewijst] het bestaan van een geneesmiddel M dat effectief is bij de behandeling van een psychologische aandoening P noch dat de oorzaak van P een tekort aan M is, noch dat de oorzaak een of andere specifieke hersenaandoening is. Psychotrope medicatie is slechts een stimulans voor een holistische respons van het organisme en voor een wijziging van het systeem organisme-omgeving door middel van een circulaire causaliteit" (Fuchs, 2018, p. 270, eigen vertaling). Dit herhaalt het belang van het psychotherapeutische proces, dat een directe invloed heeft op de relatie van de patiënt-e met de wereld om zich heen.

Bovendien is het gebruik van methylfenidaat bij kinderen en adolescenten verre van onschuldig. Methylfenidaat heeft veel bijwerkingen op het organisme, waaronder mogelijke veranderingen in de lengte en het gewicht van kinderen tijdens de behandeling, hoofdpijn, slaapstoornissen, buikpijn, verminderde eetlust, angst en verdriet (Storebø, et al., 2023). Daarom wordt het voorschrijven aan kinderen jonger dan zes jaar sterk afgeraden en benadrukken de verschillende richtlijnen de noodzaak om de lichamelijke gezondheid van het kind of de adolescent te onderzoeken, met name op cardiovasculair vlak, voordat het geneesmiddel voor de eerste keer wordt voorgeschreven en voordat

4 Zie voor meer informatie de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=8334>.

5 https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_NL.pdf.

het voorschrift eventueel wordt verlengd. De bijwerkingen van methylfenidaat kunnen leiden tot polymedicatie: men tracht dan de bijwerkingen van het ene middel te bestrijden met een ander middel. Er worden bijvoorbeeld anxiolytica, melatonine en zelfs clonidine gebruikt in geval van slapeloosheid, zelfs als de verhouding tussen risico's en voordelen niet definitief is vastgesteld (zoals in het geval van melatonine⁶), of als het product *off-label* wordt gebruikt (zoals in het geval van clonidine, dat niet wordt aanbevolen voor gebruik door kinderen onder de 18 jaar⁷). Polyfarmacie kan ook het gevolg zijn van de comorbiditeit die vaak aanwezig is bij ADHD. In het geval van comorbiditeit met andere psychische stoornissen kan een gebruik van antipsychotica of antidepressiva door jongeren met ADHD worden vastgesteld (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020).

Zoals hierboven vermeld, wordt in de laatste *Cochrane Review* het wetenschappelijke niveau van de bestaande onderzoeken naar de gunstige effecten van methylfenidaat voor zowel kinderen als volwassenen ter discussie gesteld (Storebø, et al., 2023). Een bijzonder aandachtspunt is het extreem lage aantal longitudinale onderzoeken die de mogelijke gunstige effecten en bijwerkingen van langdurig gebruik van methylfenidaat (langer dan 12 weken) kunnen beoordelen. Dat is een van de redenen waarom de WHO onlangs voor de tweede keer het verzoek heeft afgewezen om methylfenidaat op te nemen op de lijst van essentiële geneesmiddelen, dit zijn geneesmiddelen die voorzien in de prioritaire gezondheidsbehoeften van de meerderheid van de bevolking en als zodanig te allen tijde beschikbaar moeten zijn in een goed functionerend gezondheidszorgsysteem (Pereira Ribeiro, Lunde, Gluud, Simonsen, & Storebø, 2023). Intussen besluit een nieuw onderzoek dat er geen ernstige bijwerkingen (met name op de groei van kinderen) zijn waargenomen bij twee jaar gebruik van methylfenidaat, hoewel het zich niet kan uitspreken over de mogelijke risico's voor jongeren na een periode van meer dan twee jaar (omdat de bestudeerde groep niet langer kon worden gevolgd) (Man, et al., 2023). Daarnaast weten we weinig over de ervaring met de medicatie uit eerste hand, dit is hoe kinderen zelf hun medicamenteuze behandeling van ADHD ervaren.

Een ander discussiepunt betreft de evolutie van ADHD naarmate het kind ouder wordt. Tot voor kort werd gedacht dat de stoornis verdween naarmate het kind zich ontwikkelde (Jensen et al., 2007). Vandaag echter verdedigen sommige onderzoekers en artsen het idee dat ADHD ook bij volwassenen bestaat, terwijl anderen geloven dat dit meer het resultaat is van druk van farmaceutische bedrijven om de markt voor psychostimulerende middelen open te stellen voor volwassenen (Healy, 2016). Hoe dan ook blijft de effectiviteit van medicamenteuze behandelingen van ADHD bij volwassenen iets dat nog minder onderzocht is dan het gebruik bij kinderen en adolescenten. Dat was nog een reden waarom de WHO weigerde methylfenidaat op te nemen in de lijst van essentiële geneesmiddelen, omdat dit een lijst is van geneesmiddelen voor jongeren en volwassenen.

Tot slot lijkt de keuze voor een medicamenteuze behandeling van ADHD niet alleen af te hangen van medische indicatoren, maar ook van sociale indicatoren. Onderzoeken uitgevoerd in andere landen, waaronder Frankrijk, tonen aan dat mensen met een lagere socio-economische status vaker gebruikmaken van een medicamenteuze behandeling voor ADHD (Sevastidis, et al., 2023). Dit is niet verrassend, aangezien verschillen in het gebruik van mentale gezondheidszorg ook vastgesteld zijn in heel België, waarbij mensen die in armere buurten wonen, meer gebruik maken van zware zorg zoals psychiatrische hospitalisatie en antipsychotica. Deze verschillen in gebruik kunnen aan de ene kant worden verklaard door het feit dat mensen die het financieel minder goed hebben een slechtere gezondheid hebben, aangezien hun mentale gezondheid sterk afhankelijk is van de materiële omstandigheden waarin ze leven (Sholokhova, 2022). Aan de andere kant worden verschillen in gebruik veroorzaakt door het grotere uitstel van zorg onder armere mensen en het gebrek aan toegang tot preventieve mentale gezondheidszorg zoals ambulante psychologische zorg (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). We stellen inderdaad vast dat psychologische zorg in België slecht toegankelijk is, vooral voor kwetsbare bevolkingsgroepen (Noirhomme, 2022).

6 <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7773>

7 <https://www.bcfi.be/nl/chapters/2?frag=67>

1.2. Niet-medicamenteuze behandeling van ADHD in België

Volgens de beschrijving van het ADHD-zorgpad aanbevolen door de FOD Volksgezondheid, kan een medicamenteuze behandeling pas beginnen nadat een niet-medicamenteuze aanpak is onderzocht. De RIZIV-regels bepalen dat de aanvraag tot terugbetaling, ondertekend door de arts-specialist, moet bevestigen dat “de symptomen onvoldoende gecontroleerd zijn door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen” en dat “de farmacologische behandeling deel is van een globaal behandelingschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat”⁸. Er moet echter worden opgemerkt dat hierover geen bewijsmateriaal moet worden toegevoegd bij de aanvraag voor terugbetaling. Het is daarom onmogelijk om het werkelijke gebruik van dit type opvolging en/of de kwaliteit ervan te beoordelen.

Psycho-educatie is niet hetzelfde als een psychotherapeutische behandeling. Daarom kan ze niet alleen door psychologen worden aangeboden, maar ook door opvoeders. Van de verschillende soorten psychotherapie die beschikbaar zijn, benadrukt de HGR de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Systemische en psychoanalytische therapieën worden echter ook aanbevolen door zorgprofessionals (Ponnou, 2022). Bovendien blijkt uit een longitudinale studie dat, hoewel medicatie aanvankelijk radicale veranderingen in het gedrag van het kind veroorzaakt, drie jaar na het begin van de behandeling een psychologische ondersteuning niet minder effectief is dan een medicamenteuze behandeling, vooral omdat de effecten van de medicatie beginnen af te zwakken (Jensen, et al., 2007). Er moet echter worden opgemerkt dat psychologische zorg volgens de HGR geen essentiële aanpak is voor de behandeling van ADHD. Het argument van de Raad is gebaseerd op het feit dat “niet-medicamenteuze interventies momenteel onvoldoende beschikbaar en toegankelijk zijn”. Daarom herhaalt het de aanbevelingen die al werden gedaan in Advies 8846, gepubliceerd in 2013: “er zijn meer professionals nodig die een opleiding in ondersteuningsprogramma’s hebben gevolgd, net als een betere terugbetaling van psychologen, meer oudertrainingsprogramma’s, en betere opleiding voor leerkrachten in dit verband” (Hoge Gezondheidsraad, 2021, p. 3).

2. Werkwijze

Onze analyse is gebaseerd op facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering voor de farmaceutische specialiteit methylfenidaat die door CM zijn verzameld in het kader van haar wettelijke taken. We hebben een basisselectie uitgevoerd onder jongeren van 6 tot 17 jaar die in de loop van het jaar een terugbetaling hadden ontvangen voor ten minste één verpakking van 20 of 30 methylfenidaattabletten (ATC-code N06BA04, merknamen Rilatine® en Equasym®⁹), verstrekt door openbare apotheken. In de tekst zullen we naar hen verwijzen als personen die ‘methylfenidaat hebben gebruikt’.

Het betreft zowel kinderen die methylfenidaat vergoed krijgen op basis van een attest van een specialist inzake de diagnose ADHD, als kinderen die methylfenidaat vergoed krijgen als onderdeel van de behandeling van narcolepsie. Het percentage van deze laatsten is echter verwaarloosbaar. Van de kinderen die een akkoord van de arts hebben om methylfenidaat vergoed te krijgen, heeft 0,1% een akkoord voor narcolepsie en 99,9% een akkoord voor ADHD.

In België is 36% van de kinderen tussen 6 en 17 jaar lid van de Christelijke Mutualiteit. Dit vertegenwoordigt een totaal van 573.466 kinderen, een zeer grote steekproef. De CM-gegevens die in deze studie worden gepresenteerd zijn robuust en betrouwbaar. Er zijn echter verschillen tussen kinderen die lid zijn van CM en die van de Belgische bevolking als geheel. Zo heeft 23% van de kinderen en adolescenten tussen 5 en 19 jaar het statuut van rechtgebende op de verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut), terwijl dit voor slechts 17% van de CM-leden van dezelfde leeftijd het geval is (RIZIV, gegevens op 31/12/2022). Om te vermijden dat deze verschillen onze gegevens vertekenen, presenteren we de resultaten niet als een absoluut aantal gebruikers, maar als een percentage gebruikers onder de CM-leden met dezelfde leeftijd / hetzelfde statuut, wat het mogelijk maakt om deze gegevens te extrapoleren naar de gehele Belgische bevolking met dezelfde kenmerken (leeftijd, statuut, enz.).

Onze eerste onderzoeksvraag betreft de *kwaliteit van de medicamenteuze behandeling van ADHD* in België vandaag en hoe die is geëvolueerd in de afgelopen jaren. Hierbij kijken we naar de volgende elementen:

8 https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_NL.pdf.

9 De enige merken die door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald voor de behandeling van ADHD in België.

- **het gebruik** in termen van het percentage CM-leden dat methylfenidaat gebruikte in de jaren 2013 tot 2022;
- **de gemiddelde en mediane duur van de behandeling** voor kinderen die tussen 2006 en 2010 met hun behandeling zijn begonnen (dit betekent dat gegevens voor de volledige vergoedingsperiode beschikbaar zijn, aangezien een kind dat in 2010 op 6-jarige leeftijd met de behandeling is begonnen, in 2021 17 jaar oud is);
- **de opvolging door de zorgverleners**, in termen van het percentage CM-leden dat in 2022 methylfenidaat gebruikte en dat in datzelfde jaar minstens één contact had met een psychiater, een psycholoog (vergoed door de VGVU in het kader van de nieuwe overeenkomst 'psychologische zorg' of door de aanvullende verzekering van CM), een professional in de geestelijke gezondheidszorg die in een revalidatiecentrum werkt, een huisarts, een kinderarts of een neuroloog;
- **het aantal gevallen van polyfarmacie**, in termen van het percentage CM-leden dat in hetzelfde jaar methylfenidaat en andere soorten medicatie gebruikte. Voor andere geneesmiddelen kijken we naar patiënten die in 2022 een vergoeding kregen voor ten minste 30 dagdoseringen antipsychotica (ATC-code N05A), antidepressiva (ATC-code N06A), of clonidine (α -2 agonist, ATC-code C02AC01) afgeleverd door openbare apotheken.
- **de leeftijd van de kinderen en hun geboortemaand**;
- **de financiële situatie van de jongeren**, met behulp van de proxy 'statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming' (VT-statuut). Dit is een transversale indicator voor ons onderzoek en we evalueren de invloed ervan op de verschillende elementen van onze analyse;
- **de geografische situatie**, in termen van percentage CM-leden in behandeling in Vlaanderen, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en op provinciaal niveau in 2022. We kijken ook naar de correlaties met het VT-statuut en de opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

3. Resultaten

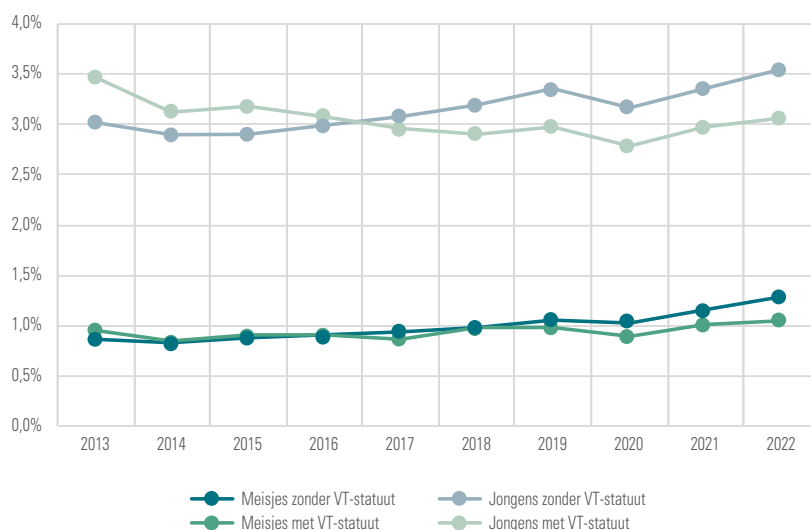
3.1. Gebruik en gebruiksduur van methylfenidaat

In 2022 gebruikte **bijna 2,4% van de kinderen en adolescenten** methylfenidaat, waarvan drie keer zoveel jongens (3,5%) als meisjes (1,2%). Dat is 20% meer dan in 2013. De toename van het gebruik onder jongeren betreft meer meisjes (+42%) dan jongens (+13%).

Met betrekking tot de invloed van de financiële situatie tonen de CM-gegevens voor het jaar 2022 **zeer weinig verschil in de medicamenteuze behandeling van ADHD tussen kinderen met en zonder het VT-statuut** (zie Figuur 1).

Onze tweede onderzoeksvraag betreft *het profiel van kinderen die risico lopen op een medicamenteuze behandeling voor ADHD*. Om deze vraag te beantwoorden, analyseren we de invloed van de volgende factoren op het gebruik van methylfenidaat:

Figuur 1: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte per jaar tussen 2013 en 2022, volgens geslacht en VT-statuut (Bron: CM-gegevens, 2023)



Ook tussen 2013 en 2022 zien we weinig verandering in deze situatie. Er was echter een omkering in de trend voor jongens in 2017: terwijl er voor die tijd iets meer methylfenidaatgebruikers waren onder de VT-kinderen, waren er na 2017 iets meer gebruikers onder de niet-VT-kinderen. De in 2022 waargenomen verschillen zijn statistisch significant.

Een analyse van de gebruiksduur laat zien dat methylfenidaat zeer langdurig wordt gebruikt. Bij kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, is de gemiddelde gebruiksduur 7 jaar (en de mediaan 8 jaar). Voor 25% van hen duurt de behandeling 11 jaar, wat betekent dat ze tot hun 17^e methylfenidaat blijven gebruiken. Dit is de maximale terugbetalingsperiode, die stopt als het kind 18 jaar wordt. Het is daarom mogelijk dat sommige van deze personen de behandeling nog langer voortzetten, ook al wordt deze niet langer vergoed. Bij 25% van de kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, duurt de behandeling minder dan 3 jaar. Bovendien wordt 25% van de kinderen die tussen 7 en 9 jaar oud beginnen met de behandeling, korter dan 2 jaar behandeld. Daarentegen heeft slechts 15% van de kinderen in deze leeftijdscategorieën een behandeling die minder dan een jaar duurt. Met betrekking tot het VT-statuuut was er geen statistisch significant verschil in de behandelduur tussen VT- en niet-VT-kinderen.

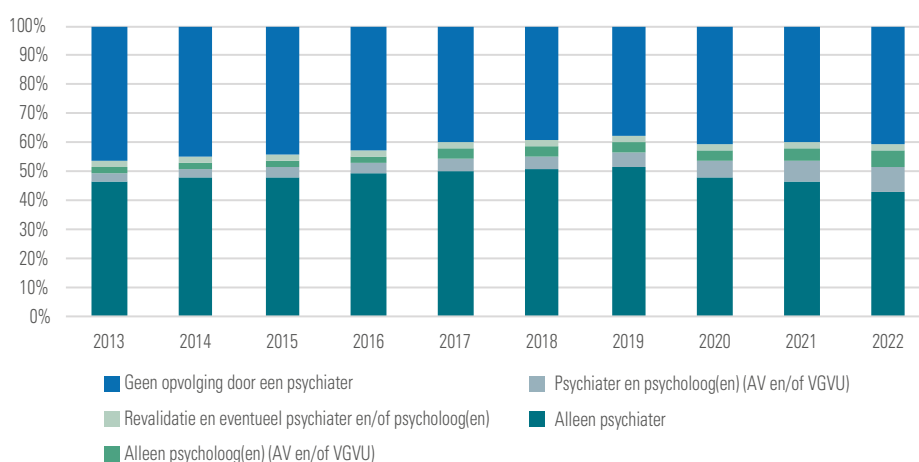
3.2. Opvolging door een zorgverlener

We beginnen met het bekijken van de opvolging door **professionals in de geestelijke gezondheidszorg** van kinderen die methylfenidaat gebruiken: psychiaters, (neuro)psychologen en gezondheidsprofessionals werkzaam in revalidatiecentra (behalve psychiaters en neuropsychologen kan het ook gaan om logopedisten, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, psychomotorisch therapeuten, enz.).

Figuur 2 laat zien hoe dit type opvolging tussen 2013 en 2022 evolueert. Er zijn vijf hoofdgroepen jongeren:

- 1) jongeren *zonder opvolging* door een professional in de geestelijke gezondheidszorg;
- 2) jongeren met opvolging in *revalidatiecentra* en die mogelijk consulten hebben gehad met psychiaters en/of psychologen buiten de revalidatiecentra;
- 3) jongeren die *alleen psychologische opvolging krijgen* (van (neuro)psychologen van wie de consulten worden betaald door ofwel de aanvullende verzekering (AV) van CM ofwel door de VGVU onder de nieuwe conventie 'psychologische zorg');
- 4) jongeren met opvolging door *psychiaters en (neuro)psychologen*;
- 5) jongeren met *uitsluitend opvolging door psychiaters*.

Figuur 2: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte en ten minste één afspraak had met een psychiater, tussen 2013 en 2022 (Bron: CM-gegevens, 2023)



Er zijn vier vaststellingen over deze evolutie.

- Ten eerste was er nog steeds **een groot aantal jongeren dat ADHD-medicatie gebruikte zonder enige opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg gedurende het jaar**. Wel is het percentage gedaald, van 46% in 2013 tot 41% in 2022.
- Ten tweede, **wanneer kinderen en adolescenten opvolging krijgen van professionals in de geestelijke gezondheidszorg, dan is dat meestal door psychiaters**. In 2022 had 43% van de jongeren enkel een psychiater bezocht (vergeleken met 46% in 2013). We merken ook op dat dit type opvolging onafhankelijk is van factoren zoals geslacht of VT-statuut. Het hangt daarentegen wel af van de leeftijd. Hoe ouder het kind, hoe waarschijnlijker het is dat het een gesprek met een psychiater heeft gehad. Zo had in 2022 45% van de kinderen van 6 tot 7 jaar een psychiater bezocht, vergeleken met 55% van de tieners van 16 tot 17 jaar.
- Ten derde wordt er **steeds meer gebruikgemaakt van psychologische zorg**. Terwijl in 2013 4,9% van de kinderen psychologische zorg ontving (groepen 3 en 4 samen), steeg dit cijfer in 2022 tot 14,5%. Deze verandering is vooral te danken aan de evolutie van psychologische prestaties die gedekt zijn in de AV van CM voor kinderen van 6 tot 8 jaar, van 5% van de gebruikers in 2013 naar 12% in 2022.
- Tot slot **is het aantal jongeren met opvolging in revalidatiecentra erg laag en relatief stabiel** in de periode 2013-2022. Er zijn echter significante verschillen tussen leeftijdsgroepen. In 2022 zien we de volgende cijfers voor de opvolging in revalidatiecentra: 6% van de kinderen van 6 tot 8 jaar (8% in 2013), 3% van de kinderen van 9 tot 11 jaar (4% in 2013), 1% van de kinderen van 12 tot 14 jaar (idem voor 2013), en bijna geen van de tieners van 15 tot 17 jaar.

Vervolgens analyseerden we de bezoeken aan andere artsen die de medicamenteuze behandeling van ADHD konden volgen, zoals **kinderartsen, huisartsen en neurologen**. We zien dat, terwijl in 2022 slechts de helft van de kinderen (52%) die methylfenidaat gebruikten (een) psychiater(s) bezocht (met of zonder andere professionals in de mentale gezondheidszorg), 95% minstens één bezoek bracht aan hun huisarts in hetzelfde jaar. Van deze 95% zag 14% van de kinderen geen andere arts, 41% had ten minste één bezoek aan de huisarts en ten minste één bezoek aan de psychiater, 19% aan de huisarts en de kinderarts, 11% aan de huisarts, de kinderarts en de psychiater, 3% aan de huisarts, de kinderarts en de neuroloog, 1% aan de huisarts, de neuroloog en de psychiater, en minder dan 1% had alle vier de types artsen bezocht.

3.3. Polyfarmacie

Wat betreft het gelijktijdig gebruik van verschillende psychofarmaca in hetzelfde jaar van behandeling, was er de afgelopen tien jaar een aanzienlijke toename van het aantal jongeren, ongeacht de leeftijd, dat zowel methylfenidaat als **antipsychotica** gebruikte (zie Figuur 3). Terwijl in 2013 4% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten ook antipsychotica gebruikte, steeg dit cijfer in 2022 tot 8%. Er zijn verschillen naargelang de leeftijd van de kinderen. Van de kinderen van 6 tot 7 jaar die in 2022 methylfenidaat gebruikten, gebruikte 7% in hetzelfde jaar een antipsychoticum, tegenover slechts 3% in 2013. Voor kinderen van 9 tot 11 jaar steeg dit cijfer van 3% in 2013 naar 8% in 2022, voor kinderen van 12 tot 14 jaar van 4% naar 9%, en voor oudere kinderen van 15 tot 17 jaar van 5% naar 8%.

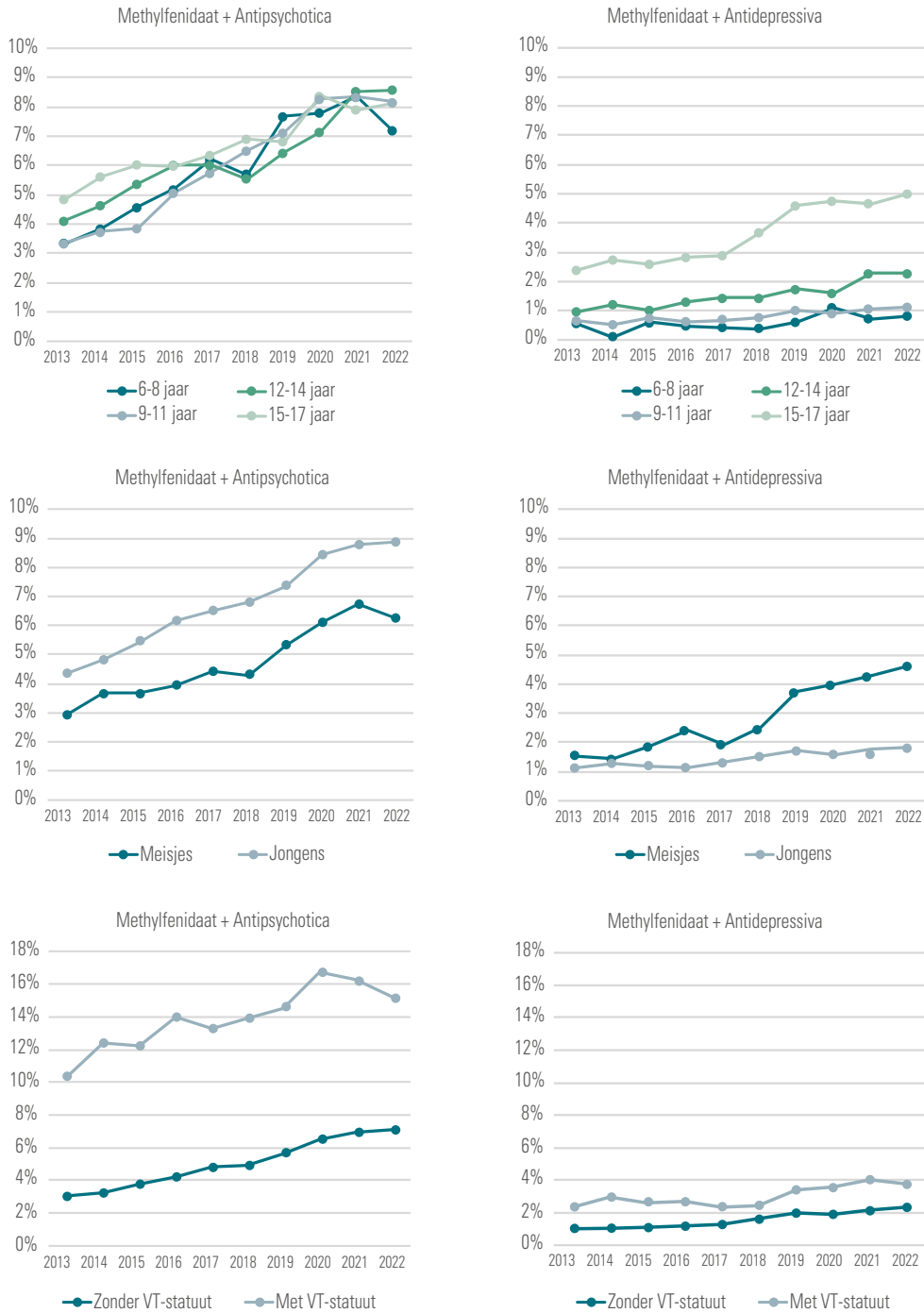
Er zijn ook gevallen bekend waarbij behandeling met methylfenidaat gecombineerd werd met **antidepressiva**. Over het algemeen gaat het om kleinere aantallen dan die voor antipsychotica. In 2022 gebruikte 3% van de kinderen tussen 6 en 17 jaar die methylfenidaat gebruikten ook antidepressiva. De meest significante verandering in het gebruik van beide soorten geneesmiddelen in hetzelfde jaar stelden we vast voor de jongeren van 15 tot 17 jaar: van 2% in 2013 naar 5% in 2022.

Er zijn ook verschillen naargelang het **geslacht** van het kind (zie Figuur 3). In 2022 gebruikte 6% van de meisjes die methylfenidaat gebruikten in hetzelfde jaar antipsychotica, tegenover 9% van de jongens. Een omgekeerde trend kan worden waargenomen voor antidepressiva: 2% van de jongens die methylfenidaat gebruikten, gebruikte in hetzelfde jaar antidepressiva, tegenover 5% van de meisjes.

Gedurende de onderzochte periode was het optreden van polyfarmacie sterk afhankelijk van het **VT-statuut** van het kind (zie Figuur 3). In 2022 gebruikte 15% van de kinderen met VT-statuut die methylfenidaat hadden gebruikt ook een antipsychoticum, vergeleken met 7% van de kinderen zonder VT-statuut. Tegelijkertijd gebruikte in 2022 4% van de kinderen met VT-statuut die methylfenidaat hadden gebruikt ook een antidepressivum, vergeleken met 2% van de kinderen zonder VT-statuut.

Wat betreft het gebruik van methylfenidaat en **clonidine** in hetzelfde jaar, zien we zeer lage waarden. In 2022 ging het om 0,2% van de kinderen CM-leden die methylfenidaat gebruikten. Dit is echter twee keer zoveel als in 2013 (0,1%).

Figuur 3: Verandering in het percentage gebruikers van antipsychotica en antidepressiva onder CM-leden van 6 tot 17 jaar die methylfenidaat gebruiken tussen 2013 en 2022, volgens leeftijdsgroep, geslacht en VT-status (Bron: CM-gegevens, 2023)

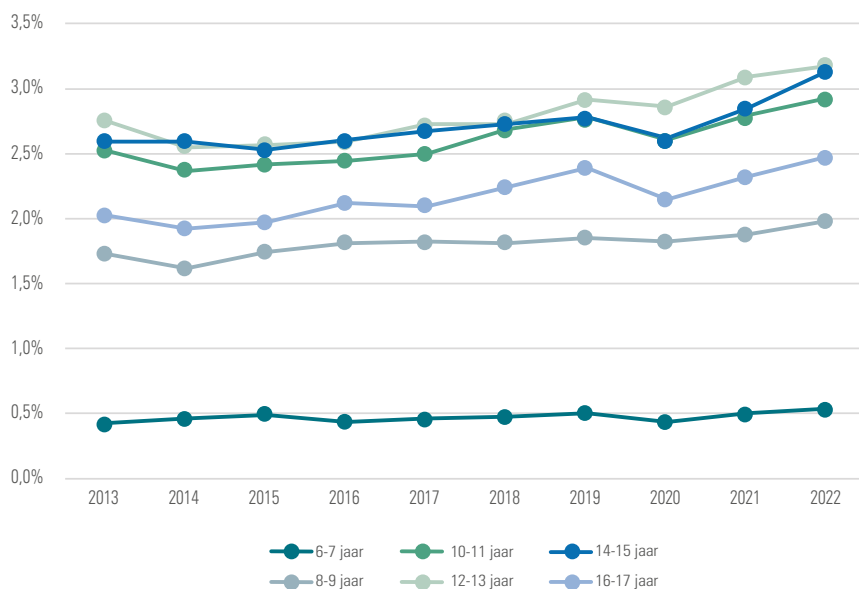


3.4. De invloed van de leeftijd van het kind en de geboortemaand op het gebruik van methylfenidaat

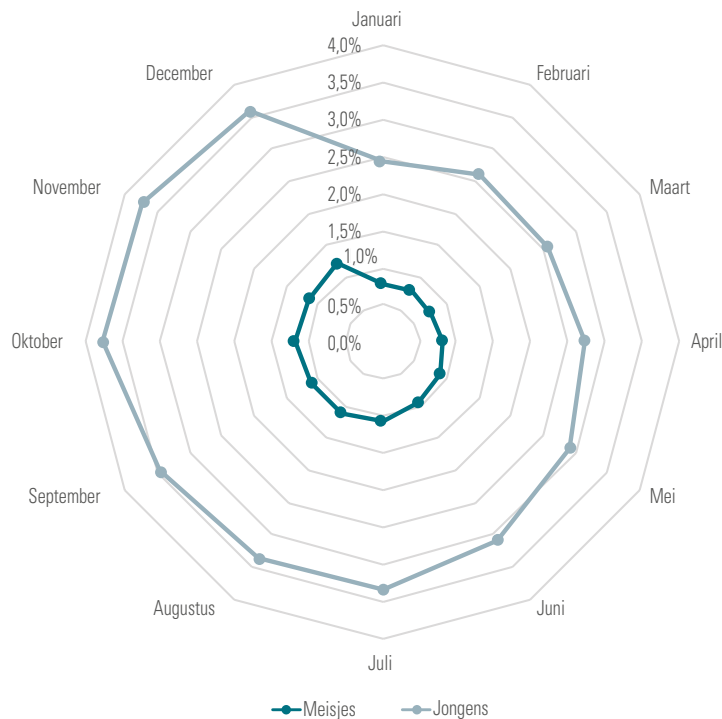
Het gebruik van methylfenidaat is sterk afhankelijk van **de leeftijd van jongeren** (zie Figuur 4). Al een aantal jaren zien we dat kinderen tussen de 12 en 15 jaar de grootste kans hebben op een medicamenteuze behandeling van ADHD. In 2022 wordt 3,2% van de kinderen van 12 tot 13 jaar en 3,1% van de kinderen van 14 tot 15 jaar op deze wijze behandeld. De leeftijdsgroep van 10 tot 11 jaar is de op twee na grootste als het gaat om het percentage kinderen dat op deze wijze wordt behandeld (2,9% in 2022). Bij kinderen van 8 tot 9 jaar is dat 2%. De jongste kinderen, tussen 6 en 7 jaar, gebruiken het minst vaak methylfenidaat. In 2022 gebruikt 0,5% van de bij CM aangesloten kinderen van 6 tot 7 jaar medicatie voor ADHD. De leeftijdsgroepen van 6 tot 7 en van 8 tot 9 jaar zijn de enige twee groepen waarvoor de prevalentie van het gebruik de afgelopen jaren niet is veranderd. Voor alle andere leeftijdsgroepen is er een stijging sinds 2013.

Er is ook de invloed van **de relatieve leeftijd van het kind** op het voorschrijven van methylfenidaat. Onze analyse van het aantal verstrekkingen van methylfenidaat volgens de geboortemaand van het kind of de jongere bevestigt de resultaten van de eerdere CM-studie (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017). In 2022 gebruikten kinderen die in het laatste trimester zijn geboren nog steeds vaker methylfenidaat (2,8%) dan kinderen die in het eerste trimester zijn geboren (1,9%) (zie Figuur 5). De verschillen zijn echter alleen statistisch significant voor **jongens, en meer specifiek wanneer ze geen VT-statuut hebben**. In alle andere gevallen (VT-jongens en VT- en niet-VT-meisjes) zijn de verschillen niet statistisch significant.

Figuur 4: Verandering in het percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte tussen 2013 en 2022, volgens leeftijdsgroep (Bron: CM-gegevens, 2023)



Figuur 5: Percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte tussen 2013 en 2022, volgens geboortemaand (Bron: CM-gegevens, 2023)



3.5. Geografische verschillen

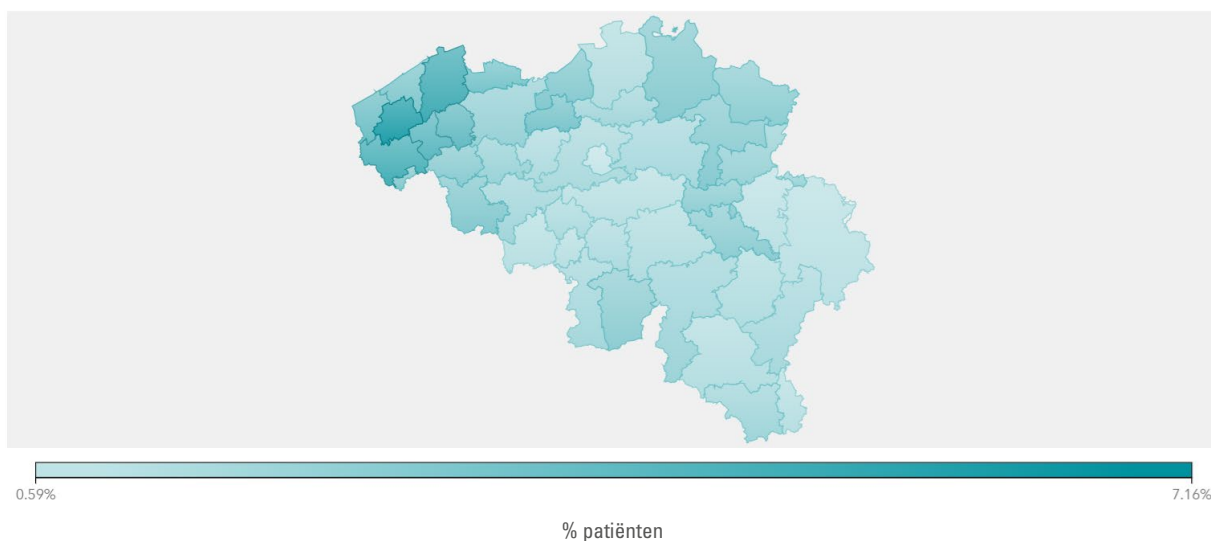
Er bestaan aanzienlijke geografische verschillen in de verstrekking van methylfenidaat in België. **Vlaanderen heeft relatief het hoogste aantal kinderen dat medicatie voor ADHD krijgt, met 2,9% van de kinderen die er gebruik van maken**, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel (figuur 6 toont de percentages per arrondissement). En terwijl in Brussel het percentage methylfenidaatgebruikers stabiel is, is er in Wallonië en Vlaanderen een stijging van 20% tussen 2013 en 2022.

Het gebruik van methylfenidaat is het hoogst in West-Vlaanderen en Limburg, waar respectievelijk gemiddeld 3,5% en 3,4% van de kinderen het middel gebruikt. Bovendien zijn er aanzienlijke verschillen tussen de verschillende gemeenten in deze twee provincies met verstrekking-

percentages die variëren van 2% tot 5%. Wat de andere gewesten betreft, varieert het percentage kinderen in Wallonië, naar gelang de provincie, tussen 1% en 1,5%, met het hoogste percentage in Namen. In Brussel ligt het laagste percentage in Ganshoren met 0,3% en het hoogste in Watermaal-Bosvoorde met 1,6%.

Wat de **opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg** betreft, is in 2022 55% van de kinderen die methylfenidaat gebruiken in Vlaanderen naar een psychiater geweest, tegenover 23% van de kinderen in Wallonië en 39% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (groepen 2, 4 en 5 uit deel 3.2. samen genomen). In Wallonië had 58% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten in 2022 geen enkele afspraak met een professional uit de geestelijke gezondheidszorg, tegenover 52% van de kinderen in Brussel die methylfenidaat gebruikten en 39% in Vlaanderen.

Figuur 6: Percentage CM-leden van 6 tot 17 jaar dat methylfenidaat gebruikte in 2022, volgens arrondissement (Bron: CM-gegevens, 2023)



3.6. De beperkingen van de studie

De beperkingen van onze studie vloeien voort uit de aard van de gegevens die we hebben geanalyseerd. We hebben te maken met administratieve gegevens over vergoedingen van farmaceutische specialiteiten door de verplichte ziekteverzekering (VGUV), die routinematig worden verzameld door CM. In het geval van methylfenidaat is vergoeding alleen beschikbaar voor de merken Rilatine® en Equasym®, en aan deze vergoeding zijn voorwaarden verbonden. Rilatine® en Equasym® worden door de VGUV alleen vergoed indien verstrekt aan kinderen tussen 6 en 17 jaar bij wie ADHD is vastgesteld. Het is dus mogelijk dat sommige kinderen methylfenidaat gebruiken (al dan niet voor ADHD) en dat we deze gegevens niet hebben. Onze analyse van de vergoedingsgegevens onderschat daarom het werkelijke gebruik van methylfenidaat door zowel jongeren als door de algemene bevolking.

De belangrijkste beperking van onze studie is daarom de onbeschikbaarheid van een reeks gegevens, zoals deze over verstrekkingen aan kinderen jonger dan 6 jaar en aan personen ouder dan 17 jaar¹⁰. Daarnaast hebben we geen gegevens over andere geneesmiddelen die niet worden vergoed door de VGUV en die methylfenidaat bevatten en

andere psychotrope geneesmiddelen zoals anxiolytica, die niet worden vergoed maar waarvan de registratie noodzakelijk zou zijn om het aantal gevallen van polyfarmacie te kunnen analyseren.

Vervolgens hebben de gegevens waartoe we toegang hebben, betrekking op de verstrekking van geneesmiddelen en niet op de precieze diagnose van het kind. Zelfs als het door de arts-specialist ondertekende en bij de aanvraag voor terugbetaling van een farmaceutische verstrekking gevoegde document getuigt van de aanwezigheid van de diagnose ADHD, weten we niet of het 'zuivere' ADHD is, dan wel of er sprake is van comorbiditeit met een andere stoornis (angst, depressie of autisme, bijvoorbeeld, en die polymedicatie rechtvaardigt), noch of het ADHD is met overwegend hyperactiviteit of gebrek aan aandacht.

Een andere beperking betreft de door de gezondheidszorgprofessionals geleverde prestaties. Psychologische zorg wordt pas sinds 2019 vergoed door de VGUV en is nog niet algemeen bekend (Noirhomme, 2023). Hoewel CM via haar aanvullende verzekering een tussenkomst biedt in de kosten van psychologische zorg die niet wordt vergoed door de VGUV, moeten er stappen worden gezet om deze tussenkomst te verkrijgen en is het mogelijk dat patiënten

¹⁰ Er zijn ook andere beperkingen, bijvoorbeeld op het gebied van dosering. Zie de website van het RIZIV.

geen gebruikmaken van hun rechten. Het is dus mogelijk dat sommige CM-leden geheel op eigen kosten gebruikmaken van psychologische zorg en dat we niet op de hoogte zijn van hun behandeling.

Bovendien is onze analyse van de niet-medicamenteuze behandeling beperkt tot informatie over de registratie van medische en paramedische consulten, maar hebben we geen gegevens over de psycho-educatie die aan kinderen, ouders en/of leerkrachten wordt aangeboden.

We zijn ook beperkt in onze analyse van de sociaaldemografische indicatoren, in het bijzonder door de proxy die gewoonlijk wordt gebruikt om de economische situatie van mensen te beoordelen, namelijk het VT-statuut. De belangrijkste zwakte van deze indicator is zijn duale aard. Als het inkomen van een persoon net boven de drempel ligt die toegang geeft tot het VT-statuut, wordt die persoon niet beschouwd als iemand die in een armoedesituatie verkeert, hoewel het inkomen laag is.

4. Bespreking van de resultaten

4.1. De kwaliteit van de medicamenteuze behandeling

Het gebruik van methylfenidaat voor de behandeling van ADHD bij jongeren tussen 6 en 17 jaar neemt steeds verder toe in België. **In bijna 10 jaar tijd is het percentage kinderen en adolescenten dat methylfenidaat gebruikt met 20% gestegen en oplopend tot 2,4% in 2022** (zie 3.1.), onder hen steeds meer meisjes (1,3% in vergelijking met 0,9% in 2013), hoewel het percentage jongens nog altijd hoger is (3,5% in vergelijking met 3,1% in 2013). Over het algemeen is het verstrektingspercentage in lijn met de Europese gemiddelden, hoewel het moeilijk is om de Belgische gegevens te vergelijken met die van andere landen omdat de gebruikte methoden voor gegevensverzameling sterk verschillen. Wereldwijd varieert de prevalentie van ADHD tussen 2% en 7% (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

De behandelduur is veeleer zorgwekkend te noemen. Voor bijna alle betrokken jongeren, ongeacht hun leeftijd, is de gemiddelde behandelduur erg lang (zie 3.1.). De gemiddelde behandelduur voor 6-jarigen is 7 jaar. **1 op de 4 kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, wordt behandeld tot diens 17 jaar** (vrijwel de gehele perio-

de die vergoed wordt door de VGVU). Dit is problematisch, omdat er heel weinig klinisch onderzoek is gedaan naar het gebruik van methylfenidaat gedurende een periode van meer dan 12 weken. Bovendien toont recent onderzoek naar de effectiviteit van behandeling na 2 jaar aan dat, zelfs als de behandeling op de lange termijn een positief effect heeft op de symptomen, het stoppen met de medicatie bij de meeste patiënten niet gepaard gaat met een verslechtering van de situatie en een verergering van de symptomen (Matthijssen, et al., 2019). Er zijn echter aanwijzingen voor frequente bijwerkingen die de levenskwaliteit van kinderen aanzienlijk verminderen (slaapstoornissen en verlies van eetlust behoren tot de meest voorkomende).

De extreem lange duur van de behandeling is echter niet verrassend, aangezien er **in België geen regels en geen specifieke aanbeveling zijn voor de duur van de behandeling van jongeren met psychostimulerende middelen**. Het officiële opvolgingstraject voor ADHD beschrijft de medicamenteuze behandeling van de stoornis niet in detail. We weten hoe het gebruik van methylfenidaat begint: wanneer de (neuro)psycholoog die het kind onderzoekt (en eventueel volgt) vindt dat een medicamenteuze behandeling nodig is, verwijst die het kind door naar een specialist (meestal een psychiater) die op zijn of haar beurt de diagnose kan bevestigen en kan beslissen of een psychostimulerend middel moet worden voorgeschreven. Er wordt weinig gezegd over wat er daarna gebeurt, in het bijzonder over de herziening van de diagnose en de ingestelde behandeling na verloop van tijd. De wetenschappelijke literatuur en de verschillende richtlijnen benadrukken echter de noodzaak van zorgvuldige en regelmatige opvolging bij een medicamenteuze behandeling van ADHD, vanwege de bijwerkingen van methylfenidaat (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

Om methylfenidaat vergoed te krijgen door de VGVU moet weliswaar een **document** worden voorgelegd **dat is ondertekend door een arts-specialist**. Dit document is de eerste zes maanden geldig, daarna kan het met een jaar worden verlengd. Maar het maximaal aantal mogelijke verlengingen is niet bepaald. En, hoewel de arts verklaart de noodzaak tot verlenging van de behandeling te hebben beoordeeld, geeft het attestatieformulier niet de specifieke criteria voor deze beoordeling aan.

We kunnen ons afvragen of de noodzaak om dit document van een specialist te krijgen, garandeert dat die specialist voor de opvolging zal zorgen. Opvolging verwijst naar regelmatige bezoeken aan de specialist die toelaten de ernst van de bijwerkingen en de veranderingen in de psychologi-

sche en fysieke toestand van de gebruiker te onderzoeken. Uit gegevens over bezoeken aan de psychiater blijkt dat **slechts de helft van de kinderen die behandeld werden met methylfenidaat in 2022 minstens één keer een psychiater zag** (zie 3.2.). Het is dus mogelijk dat sommige kinderen het attest van de psychiater kregen zonder een consult te hebben gehad. Toch is deze situatie niet verrassend. Het psychiatrisch aanbod in België is al vele jaren verzadigd (Noirhomme, 2023).

Het is geruststellend om te zien dat 95% van de kinderen die methylfenidaat gebruiken in 2022, ten minste één keer naar de **huisarts** ging. We kunnen echter niets zeggen over de inhoud van deze consulten en of er ook een opvolging van de ADHD was. Daarnaast gaat het om psychoactieve stoffen die worden voorgeschreven aan kinderen, van wie de hersenen nog in ontwikkeling zijn. Hoewel deze stoffen al heel lang op de markt zijn, blijven ze relatief weinig bestudeerd en onderwerp van veel discussie. Voor een goede opvolging lijkt het dus essentieel dat huisartsen hierin voldoende worden opgeleid.

In deze context baren ook **de gevallen van polyfarmacie** ons zorgen, vooral omdat er de afgelopen jaren een duidelijke stijgende trend is in het gelijktijdig gebruik van meerdere psychotrope middelen (zie 3.3.). Van de kinderen die methylfenidaat gebruiken, krijgt in 2022 8% ook antipsychotica en 3% antidepressiva. Terwijl gecombineerd gebruik met antidepressiva bijna uitsluitend is vastgesteld bij adolescenten van 15 tot 17 jaar, waar het gaat om 1 op de 20 kinderen die methylfenidaat gebruiken, **gebruikt 1 op de 13 kinderen die worden behandeld voor ADHD, ongeacht hun leeftijd, ook antipsychotica**. Uit de CM-gegevens kunnen we niet concluderen of dit gevallen van comorbiditeit zijn en of de twee geneesmiddelen op precies hetzelfde moment werden gebruikt of enkel in hetzelfde jaar. Volgens de *NICE*-richtlijnen mag deze combinatie echter niet worden voorgeschreven zonder advies van een in ADHD gespecialiseerde tertiaire dienst. En in geval van een psychotische episode, moet de ADHD-behandeling worden opgeschort (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

We analyseerden onder kinderen die methylfenidaat gebruiken ook het gebruik van clonidine, een geneesmiddel dat gewoonlijk wordt voorgeschreven voor hoge bloeddruk en dat volgens onderzoeken in andere landen soms wordt gebruikt om de bijwerkingen van methylfenidaat, zoals slaperigheid, te behandelen (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020). Ook al is het percentage betrokken kinderen, lid van CM, erg laag, het feit dat het op tien jaar tijd is verdubbeld, is uiterst zorgwekkend. Dit is een geneesmiddel dat niet

gebruikt mag worden bij personen onder de 18 jaar. Het gebruik ervan bij jongeren is daarom volledig *off-label*.

Maar hoe zit het met de **psychologische opvolging voor kinderen die medicatie gebruiken voor ADHD**? In 2022 ontving slechts 15% van de kinderen psychologische zorg. De behoefte aan psychologische opvolging is echter duidelijk als we kijken naar de aanzienlijke toename van het aantal jongeren dat de afgelopen jaren een beroep heeft gedaan op vergoedingen van de aanvullende verzekering (AV) van CM voor dit soort consulten. De toename van het aantal AV-terugbetalingen doet ook vermoeden dat de kostprijs de belangrijkste barrière is om toegang te krijgen tot psychologische zorg. In het advies *'Good clinical practice in de herkenning, diagnose en behandeling – ADHD'*, dat de HGR in 2013 publiceerde, werd al benadrukt dat "eerst de Belgische geestelijke gezondheidszorg moeten worden aangepast, de ontwikkeling van de psychosociale aanpak mogelijk worden gemaakt en de toegankelijkheid ervan verbeterd worden" (Hoge Gezondheidsraad, 2013, p. 3). Naar onze mening beantwoordt de invoering van de nieuwe conventie 'psychologische zorg' aan deze aanbeveling en kan ze bijdragen aan de psychologische zorg voor kinderen met ADHD. De exponentiële toename van het gebruik van dit type behandeling voor ADHD bevestigt dit (zie 3.2).

Uit onze analyse blijkt vooreerst dat de **medicamenteuze behandeling voor ADHD in België niet optimaal is en niet altijd evidence based**. Het gebruik van medicatie voor ADHD, vooral polyfarmacie, neemt toe, de behandelduren zijn extreem lang, terwijl het gebrek aan opvolging door professionals in de geestelijke gezondheidszorg voor bijna de helft van de gediagnosticeerde kinderen ontbreekt. Ten tweede is er **nog steeds onvoldoende toegang tot psychologische zorg**. Een onderzoek toont aan dat drie jaar na het begin van de ADHD-behandeling psychologische begeleiding niet minder effectief is dan medicamenteuze behandeling (Jensen, et al., 2007).

4.2. Het profiel van de jongeren

Er kunnen bepaalde trends worden waargenomen in het voorschrijven van methylfenidaat in België wat betreft het profiel van de kinderen. **De kinderen die het meeste risico lopen op behandeling met methylfenidaat zijn deze tussen de 10 en 15 jaar en jongens die geboren zijn tussen oktober en december** (zie 3.4.).

Studies in heel wat andere landen wezen al op een verhoogd risico op een medicamenteuze behandeling van

ADHD voor kinderen geboren in het laatste trimester van het jaar (Holland & Sayal, 2019). En hoewel onze gegevens alleen significante verschillen laten zien voor jongens, geldt dit in verschillende onderzoeken voor zowel meisjes als jongens (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018; Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017). Deze trend kan niet op medische gronden worden verantwoord. Wat deze kinderen gemeen hebben is dat ze, zodra ze naar school gaan, de jongste kinderen van de klas zijn. Dit bracht de onderzoekers tot de conclusie dat het mogelijk is dat in sommige gevallen “onvolwassenheid in de ontwikkeling ten onrechte werd bestempeld als een mentale stoornis en onnodig werd behandeld met stimulerende medicatie” (Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017, eigen vertaling).

De hypothese dat het voorschrijven van methylfenidaat samenhangt met de eisen van de schoolomgeving wordt ook ondersteund door het feit dat het de leerkrachten zijn die het vaakst de hypothese naar voren brengen dat het kind ADHD heeft (Sax & Kautz, 2003). Dit kan te maken hebben met het feit dat leerkrachten veeleer geneigd zijn om het gedrag van jongere kinderen in de klas te vergelijken met dat van oudere kinderen in de klas, terwijl ouders het gedrag van hun kind vergelijken met dat van andere kinderen in de familie, vrienden of de omgeving waarvan de leeftijd meer kan variëren (Whitely, et al., 2019). De relatieve onvolwassenheid van de jongste kinderen in de klas, die door ouders als normaal wordt beschouwd, wordt als pathologisch gezien in de schoolcontext, waar het leerplan weinig ruimte laat voor variatie in de leertijd.

De schoolomgeving kan ook de verschillen in het voorschrijven van medicatie tussen verschillende leeftijdsgroepen verklaren. Wat in België typerend is voor het leven van jongeren tussen 10 en 15 jaar, en vooral van 12-13-jarigen, is de overgang van de basisschool naar de middelbare school. Deze overgang wordt gekenmerkt door de vaak complete verandering in het schoolleven: een nieuwe school, nieuwe klasgenoten, nieuwe leerkrachten en vooral strengere onderwijs-eisen. In het geval van de Federatie Wallonië-Brussel zijn er aan het einde van het 6^{de} leerjaar ook examens die veel stress veroorzaken bij jongeren.

De druk op kinderen om succesvol te zijn en zich snel aan te passen aan veranderingen, kan in die periode daarom zwaar wegen. Dit wordt bevestigd door een *HBSC*-onderzoek ‘*Health Behaviour in School-aged Children*’¹¹ dat elke vier jaar wordt uitgevoerd. Volgens de bevindingen was in 2018 gemiddeld 32% van de leerlingen in België ‘tamelijk’ of ‘zeer’ gestrest door school. Het aantal gestreste kinderen neemt toe met de leeftijd en er zijn meer meisjes dan jongens (zie Figuur 7)¹².

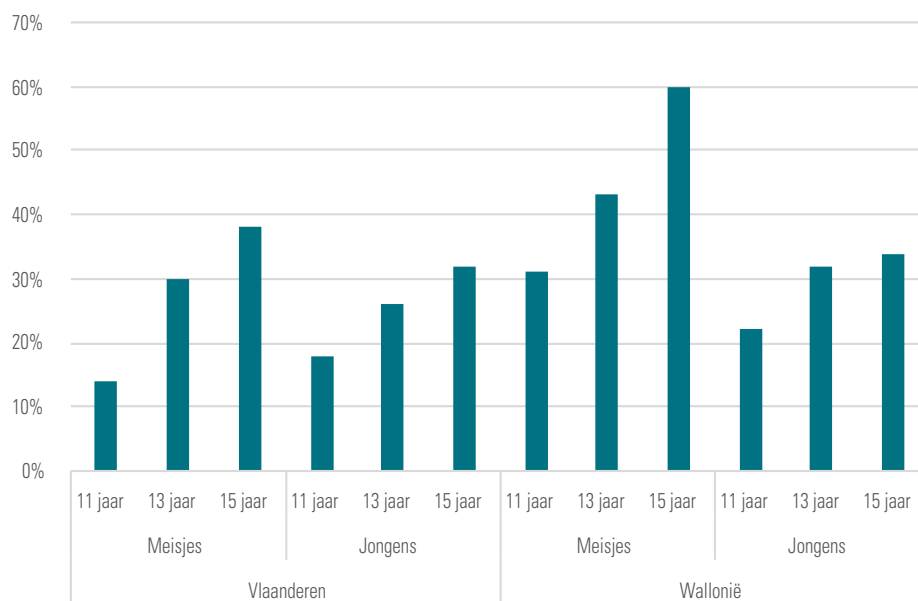
Wat **de invloed van de leefomstandigheden van jongeren op het gebruik van medicatie** betreft, hebben we gezien dat er zeer weinig verschillen in gebruik zijn tussen VT- en niet-VT-kinderen. In 2022 zijn er 3,6% gebruikers onder jongens zonder VT-statuuut en 3,1% gebruikers onder jongens met VT-statuuut, het verschil voor meisjes is nog kleiner (zie 3.1.). Dit is verrassend, want in studies over sociale ongelijkheid in België, in het bijzonder over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg, zijn er significante verschillen tussen deze twee groepen (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Armere mensen maken systematisch meer gebruik van zware zorg (gebruik van psychofarmaca en psychiatrische ziekenhuisopname) dan rijkere mensen, en omgekeerd maken de eersten minder gebruik van lichtere zorg (zoals ambulante psychiatrische zorg en opvolging door een psycholoog) dan de laatsten. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor kinderen: in 2018 hadden kinderen in armere buurten 37% meer kans om antipsychotica te gebruiken en 32% meer kans om opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis dan kinderen in rijkere buurten (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021).

We wijzen erop dat de trend van toenemend gebruik van **antipsychotica** onder kansarme groepen, waargenomen in onze eerdere onderzoeken, zich ook voordoet bij kinderen die opgevolgd worden voor ADHD. Onze analyse van gevallen van polyfarmacie bevestigt dat een VT-kind twee keer zoveel kans heeft op een voorschrift voor een antipsychoticum in hetzelfde jaar dat het een methylfenidaat-behandeling krijgt als een niet-VT-kind (in 2022 15% van de VT-kinderen vergeleken met 7% van de niet-VT-kinderen) (zie 3.3.).

11 https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbsc_44-pressured-by-schoolwork/.

12 De hypothese dat het verhoogd gebruik van methylfenidaat samenhangt met de eisen van de schoolomgeving, die we hier onderzoeken, sluit andere mogelijke hypothesen niet uit, zoals gezinsconflicten als bron van de onrust van het kind (Diener, 2011).

Figuur 7: Percentage kinderen dat aangeeft gestrest te zijn door schoolwerk in 2018 in België, volgens leeftijdsgroep en geslacht (Bron: HBSC, World Health Organization collaborative cross-national survey)



Hoe kunnen we dan verklaren dat het gebruik van methylfenidaat onafhankelijk is van het VT-statuut in België, te meer omdat in andere landen, zoals Frankrijk, kansarme kinderen juist vaker methylfenidaat gebruiken (Ponnou, Haliday, Thomé, & Gonon, 2022)? Het feit dat er in 2022 zeer weinig verschillen waren in het gebruik van medicatie voor ADHD tussen VT- en niet-VT-kinderen, kan volgens ons wijzen op een onderbenutting van geestelijke gezondheidszorg of, met andere woorden een gebrek aan behandeling van kansarme kinderen.

Dit gebrek wordt op zijn beurt veroorzaakt door de financiële ontoegankelijkheid van psychologische zorg. De diagnose ADHD wordt immers vaak voorafgegaan door een psychologisch onderzoek, waarna het kind kan worden doorverwezen naar een psychiater. Hiervoor moet de familie wel een aanzienlijk bedrag kunnen voorschieten (gemiddeld 350 euro, volgens de informatie die we vonden op de websites van verschillende psychologen). Voor personen met het VT-statuut is het echter al moeilijker om psychologische begeleiding te krijgen (Noirhomme, 2022). Het is mogelijk dat het gebrek aan toegang tot (neuro)psychologisch onderzoek in zekere mate leidt tot een gebrek aan toegang tot psychiatrische opvolging, met als gevolg dat kansarme personen minder vaak medicatie gebruiken dan rijkere personen.

Wat **geografische verschillen** betreft, heeft Vlaanderen relatief het hoogste aantal kinderen dat medicatie krijgt voor ADHD: 2,9%, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel (zie 3.6.). Hoe kunnen we deze verschillen verklaren?

Laten we bijvoorbeeld eens kijken naar het aantal psychiaters werkzaam in België. Vlaanderen en Wallonië hebben hetzelfde aantal psychiaters per 100.000 inwoners, namelijk 22. In Brussel zijn er 49 psychiaters per 100.000 inwoners (zie Tabel 1). We zien dus dat deze gegevens geen verklaring bieden voor de vastgestelde verschillen op het vlak van de opvolging van kinderen die methylfenidaat gebruikten door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen werd meer een beroep gedaan op psychiaters (55% van de kinderen die methylfenidaat gebruikten) en was het risico op geen opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg kleiner (39%), terwijl in Wallonië daarentegen de helft minder een beroep werd gedaan op psychiaters (23%) en het risico op geen opvolging door professionals uit de geestelijke gezondheidszorg groter was (58%).

Tabel 1: Aantal actieve (neuro) psychiaters per 100.000 inwoners (Bron: RIZIV, juni 2022)

Gewest/provincie	Aantal actieve (neuro) psychiaters/100.000 inwoners
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	49
Antwerpen	20
Limburg	20
Oost-Vlaanderen	21
Vlaams-Brabant	36
West-Vlaanderen	16
Vlaanderen	22
Waals-Brabant	44
Henegouwen	15
Luik	26
Luxembourg	12
Namen	18
Wallonië	22

Tegelijkertijd is het aantal kinderen dat in Vlaanderen opvolging krijgt door een psycholoog lager dan in de andere gewesten: in 2022 krijgt 11% van de kinderen in Vlaanderen, 14% in Wallonië en 22% in Brussel opvolging door een psycholoog. Volgens ons kunnen deze verschillen vooral verklaard worden door het verschil in de voorwaarden voor terugbetaling door de aanvullende verzekering van CM Vlaanderen enerzijds, en de Franstalige en Duitstalige aanvullende verzekering anderzijds (de eerste biedt veel minder dekking dan de laatste), en dus door het gebrek aan financiële toegang tot psychologische zorg. Dit gebrek aan betaalbaarheid aan de aanbodzijde (waarvan de situatie is verbeterd sinds de invoering van de conventie ‘psychologische zorg’) wordt bij sommige meer gegoede groepen waarschijnlijk gedeeltelijk gecompenseerd aan de vraagzijde, dit is het vermogen van mensen om de kosten van de zorg zelf te dragen. Binnen België is het gemiddelde netto belastbare inkomen per inwoner in 2021 het hoogst in Vlaanderen: “met een bedrag van 21.776 euro ligt het gemiddelde inkomen van de Vlaming 7,0% boven het nationale gemiddelde, [terwijl] ligt het gemiddelde inkomen van de Waal 5,7% onder het Belgische cijfer en een Brusselaar het op jaarbasis gemiddeld met 21,1% minder moet stellen”, volgens de gegevens van Statbel¹³.

Het is voor ons onmogelijk een definitieve verklaring te geven voor de geografische verschillen in de behandeling van ADHD in België. Er rijzen nieuwe vragen waarop we in het kader van deze studie geen antwoord kunnen geven. Wat verklaart de grotere toegankelijkheid van psychiatrische zorg in Vlaanderen? Wat zijn de risicofactoren voor het gebrek aan opvolging door zorgverleners in Wallonië? Een grondige analyse van de regionale verschillen is nodig om deze vragen te beantwoorden.

We kunnen dus concluderen dat **de behandelingspraktijk in België sterk beïnvloed wordt door niet-medische factoren**. Aan de ene kant leidt de schooldruk tot een risico op overdiagnose, wat gepaard gaat met de medicalisering bij de jongste kinderen in een klas. Aan de andere kant zorgt het gebrek aan financiële toegankelijkheid van psychologische zorg wellicht voor drempels bij de behandeling van kinderen uit kansarme milieus. Bovendien moeten de redenen voor de aanzienlijke regionale verschillen in België in de medicamenteuze behandeling nog worden onderzocht.

5. Samenvatting van de resultaten en aandachtspunten

Uit onze gegevensanalyse over de terugbetaling van psychostimulantia voor de behandeling van ADHD bij kinderen en adolescenten die lid zijn van CM, komen een aantal aandachtspunten naar voor. We stellen het volgende vast:

- **een toename van de medicamenteuze behandeling van ADHD in België:**
 - in 2022 gebruikt 2,5% van de jongeren methylfenidaat;
 - het gebruik is sinds 2013 met 20% gestegen;
- **een gebrek aan duidelijke richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling van ADHD (vooral over de duur van de behandeling en het soort medische opvolging dat nodig is):**
 - één op de vier kinderen die op 6-jarige leeftijd met de behandeling beginnen, blijft in behandeling tot minstens 17 jaar (het einde van de vergoedingsperiode voor methylfenidaat);
 - 41% van de kinderen bezocht in 2022 geen professionele zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg;

¹³ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

- **een sterke toename van het aantal gevallen van polyfarmacie met andere psychofarmaca:**
 - in 2022 gebruikt 8% van de kinderen die behandeld worden voor ADHD, ongeacht hun leeftijd, ook antipsychotica, dit is het dubbele in vergelijking met 2013;
 - kansarme kinderen gebruiken vaker antipsychotica in hetzelfde jaar dat ze behandeld worden met methylfenidaat;
- **een risico op overdiagnose en een verhoogd gebruik van medicatie als gevolg van de schoolomgeving:**
 - kinderen van 10 tot 15 jaar gebruiken vaker methylfenidaat;
 - de jongste jongens in de klas gebruiken bijna twee keer zo vaak medicatie als hun oudere klasgenoten;
- **een gebrek aan psychologische opvolging:**
 - in 2022 kreeg slechts 15% van de kinderen die medicatie gebruikten voor ADHD een psychologische behandeling;
 - de financiële ontoegankelijkheid is een van de redenen voor niet-gebruik;
- **een risico op overdiagnose van ADHD en overmatig gebruik van methylfenidaat in Vlaanderen:**
 - in 2022 gebruikt in Vlaanderen 2,9% van de kinderen methylfenidaat, tegenover 1,1% in Wallonië en 0,6% in Brussel;
- **geen toegang tot gegevens over de aflevering van geneesmiddelen die niet worden vergoed door de VGUV, waardoor het onmogelijk is om problematische gevallen van medicamenteuze behandeling te beoordelen, zoals:**
 - gevallen van polyfarmacie waarbij methylfenidaat wordt gecombineerd met anxiolytica;
 - *off-label* gebruik (bij kinderen jonger dan 6 jaar, bij jongeren zonder de diagnose ADHD);
 - aflevering aan volwassenen.

6. Aanbevelingen

Op basis van de verschillende aandachtspunten die we hierboven hebben samengevat, formuleren we een reeks aanbevelingen voor de verschillende actoren in de gezondheidszorg en de schoolsector, wiens rol in het leven van kinderen met ADHD niet onderschat mag worden.

6.1. Aan de beleidsverantwoordelijken

De meeste beperkingen van onze analyses houden verband met de onbeschikbaarheid van gegevens over geneesmiddelen die niet worden vergoed door de verplichte ziekteverzekering. **We vinden het daarom noodzakelijk om de registratie van gegevens over de aflevering van geneesmiddelen die niet door de VGUV worden vergoed, verplicht te maken.** Dit is essentieel om een beter beeld te krijgen van het zorggebruik en van de ongelijkheden waardoor dit gekenmerkt wordt.

6.2. Aan de verantwoordelijken binnen de gezondheidssector, inclusief de geestelijke gezondheidszorg

Hoewel het voorschrijven van psychostimulerende middelen aan kinderen de laatste jaren wijdverspreid is geworden, blijft de controverse over de behandeling van ADHD met methylfenidaat bestaan. Er is zeer weinig onderzoek gedaan naar langdurig gebruik van methylfenidaat. De risico's van overdiagnose van ADHD, vooral bij kinderen geboren in het laatste trimester van het jaar, zijn internationaal aangetoond. Onze analyse toont aan dat de medicamenteuze behandeling van ADHD in België niet optimaal is en niet altijd *evidence based* is. Het is dus noodzakelijk om **duidelijke richtlijnen te ontwikkelen voor de medicamenteuze behandeling van ADHD** (vooral over de duur van de behandeling en het soort medische opvolging dat nodig is).

De analyse toont ook dat **de basisopleiding en permanente vorming van artsen (huisartsen en specialisten, zoals psychiaters, kinderartsen en neurologen) moet worden verbeterd op het gebied van de kennis van ADHD**, de risico's van overdiagnose (vooral bij kinderen geboren in het laatste kwartaal van het jaar), de mogelijkheden van behandeling van ADHD met en zonder medicatie, de noodzaak van voortdurende evaluatie van de relevantie van de medicamenteuze behandeling en de voordelen van een

psychologische aanpak, en meer in het algemeen de voordelen van multidisciplinaire opvolging.

Ook **de basisopleiding en permanente vorming van psychologen** in de behandeling van ADHD moet worden verbeterd (**ook in het kader van nieuwe opleidingen voor geconventioneerde psychologen**).

6.3. Aan de verantwoordelijken binnen het basis- en secundair onderwijs

De leeftijd is een van de belangrijkste risicofactoren voor de medicamenteuze behandeling van ADHD. De jongste kinderen in de klas en de kinderen aan het einde van de basisschool en het begin van de middelbare school lopen het grootste risico op een diagnose en op een medicamenteuze behandeling. Eén op de drie kinderen in België is gestrest en voelt zich onder druk gezet op school.

Het is daarom essentieel om **de kennis van het onderwijzend personeel over ADHD**, de risico's van overdiagnose (vooral bij jongeren die geboren zijn in het laatste kwartaal van het jaar), de mogelijkheden om kinderen te ondersteunen, de behoeften van kinderen met ADHD **en, meer in het algemeen, de mentale gezondheid en de rol van scholen in het voorkomen van psychische stoornissen te verbeteren**.

Om dit te bereiken, moeten we de mogelijkheden om de schoolomgeving aan te passen aan de behoeften van kinderen vergroten en directies en onderwijzend personeel bewustmaken van de risico's van schooldruk op adolescenten.

6.4. Aan de verantwoordelijken inzake wetenschappelijk onderzoek

De huidige klinische realiteit is duidelijk niet in overeenstemming met de bestaande kennis: methylfenidaat wordt voor zeer lange periodes voorgeschreven en polyfarmacie komt steeds vaker voor. Daarom raden we aan om **longitudinaal onderzoek te doen naar de bijwerkingen van methylfenidaatgebruik** (ook in polyfarmacie) bij ADHD.

Naast traditioneel wetenschappelijk onderzoek, zijn er nog minder studies die kijken naar de mening van kinderen zelf over hun ADHD-opvolging. Het is echter essentieel om **vergelijkende studies** uit te voeren **tussen de behandeling**

van ADHD met medicatie en zonder medicatie, ook in de vorm van participatief onderzoek en/of op basis van de analyse van de ervaringen van patiënten en hun families met betrekking tot hun gebruik van methylfenidaat.

Conclusie

Het doel van deze studie was niet om de positieve effecten van de behandeling met methylfenidaat voor patiënten met de diagnose ADHD in vraag te stellen. Ons doel was om de kwaliteit van de huidige opvolging met medicatie in België te analyseren vanuit het oogpunt van de gemiddelde voorschrijfduur van methylfenidaat, de psychiatrische en psychologische opvolging die aan patiënten wordt aangeboden en de invloed van niet strikt medische factoren op het voorschrijfgedrag.

We concluderen dat de medicamenteuze behandeling van ADHD in België niet optimaal is en niet altijd *evidence based*. Het gebruik van medicatie voor ADHD neemt toe, met extreem lange behandelperiodes, maar zonder systematische opvolging door artsen-specialisten. In deze omstandigheden is er een reëel risico op overgediagnose en overmedicalisering bij kinderen met storend gedrag. De vaststelling over de jongste kinderen in de klas, die meer medicatie krijgen, illustreert hoe de medische praktijk beïnvloed wordt door niet-medische factoren.

Deze situatie is des te verontrustender omdat de psychologische begeleiding van kinderen met ADHD zeer beperkt blijft, ondanks de effectiviteit ervan en vooral ondanks het feit dat de medicamenteuze behandeling op de lange termijn aan effectiviteit inboet. Tot voor kort dekte de verplichte ziekteverzekering psychologische opvolging slechts in zeer beperkte mate (in het kader van RIZIV-conventies). De toegankelijkheid van psychologische zorg hangt ook af van de geografische en temporele beschikbaarheid, en van de gevoeligheid van de zorg voor de behoeften van individuen, ongeacht hun leeftijd, geslacht, afkomst, enz. Het is daarom noodzakelijk om de toegankelijkheid van psychologische zorg in al zijn dimensies te verbeteren, met name om de sociale ongelijkheid die er vandaag de dag kenmerkend voor is, te verminderen. Kinderen met het VT-statuut ondervinden immers nog steeds heel wat moeilijkheden om vroegtijdig een behandeling te krijgen, en dus voor het nodig is om een beroep te doen op zware zorg

zoals psychiatrische ziekenhuisopname en antipsychotica. Deze studie bevestigt de invloed van de leefomstandigheden van jongeren op de behandeling van ADHD.

In zijn analyse van de situatie in België in 2019 uit het Comité van de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties – dat toeziet op de uitvoering van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind – zijn bezorgdheid over de toename van het aantal voorschriften voor psychostimulantia aan kinderen met de diagnose ADHD (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019). Het Comité beveelt België aan “ervoor te zorgen dat medicamenteuze behandelingen alleen als laatste redmiddel worden voorgeschreven aan kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit en dat kinderen en hun ouders naar behoren worden geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen van een dergelijke behandeling en de niet-medicamenteuze alternatieven die voor hen beschikbaar zijn” (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019, eigen vertaling). Onze studie toont aan dat deze aanbeveling nog steeds geldig is en investeringen vereist van alle actoren wiens verantwoordelijkheidsdomeinen te maken hebben met de problematiek van ADHD, van gezondheidszorg tot scholen.

Bibliografie

- Angelescu, I., & Heuser, I. (2008). Psychostimulants. Dans S. Offermanns, & W. Rosenthal, *Encyclopedia of Molecular Pharmacology*. Springer.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Bolea-Alamanac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., . . . Young, S. J. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179-203.
- Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. (2019). *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques CRC/C/BEL/CO/5-6*.
- Diener, Y. (2011). *On agite un enfant. L'État, les psychothérapeutes et les psychotropes*. Paris: La fabrique éditions.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Girand, H., Litkowiec, S., & Sohn, M. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Psychotropic Polypharmacy Prescribing Trends. *Pediatrics*, 146(1), e20192835.
- Healy, D. (2016). *Psychiatric Drugs Explained. 6th edition*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Elsevier.
- Hoge Gezondheidsraad. (2013). *Good clinical practice in de herkenning, diagnose en behandeling - ADHD. Advies nr. 8846*. Brussel.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van ADHD. HGR NR 9547*. Brussel.
- Holland, J., & Sayal, K. (2019). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1417-1429.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., . . . Elliott, G. R. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD. *CM-Informatie*, 269, 41-45.
- Man, K. K., Häge, A., Banaschewski, T., Inglis, S. K., Buitelaar, J., Carucci, S., . . . ADDUCE. (2023). Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *The Lancet. Psychiatry*, 10(5), 323-333.
- Matthijssen, A.-F., Dietrich, A., Bierens, M., Kleine Deters, R., van de Loo-Neus, G., van den Hoofdakker, B., . . . Hoekstra, P. (2019). Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD after 2 Years in Clinical Practice: A Randomized, Placebo-Controlled Discontinuation Study. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 756-762.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. Overzicht van het gebruik van terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg en de beantwoorde en onbeantwoorde noden in België. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-38.

- Pereira Ribeiro, J., Lunde, C., Gluud, C., Simonsen, E., & Storebø, O. (2023). Methylphenidate denied access to the WHO List of Essential Medicines for the second time. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28, 75-77.
- Ponnou, S. (2022). Les impasses des approches biomédicales, nécessité de la psychanalyse : le cas de l'hyperactivité/TDAH. Dans S. Ponnou (Éd.), *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse*. Péronnas: Champ social éditions.
- Ponnou, S., Haliday, H., Thomé, B., & Gonon, F. (2022). La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 70(2).
- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of family medicine*, 1(3), 171-174.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186.
- Sevastidis, A., Wann, Arachchige Dona, S., Gold, L., Sciberra, E., Coghill, D., & Le, H. N. (2023). Social gradient in use of health services and health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *JCPP Advances*, e12170.
- Sholokhova, S. (2022). Preventie op het vlak van geestelijke gezondheid. Waarom, voor wie en hoe? *Gezondheid & Samenleving*, 3, 6-27.
- 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.
- Spencer, N. J., Ludvigsson, J., Bai, G., Gauvin, L., Clifford, S. A., Abu Awad, Y., . . . Group, E. C. (2022). Social gradients in ADHD by household income and maternal education exposure during early childhood: Findings from birth cohort studies across six countries. *PLoS one*, 17(3), e0264709.
- Standaarden, G. (2019). *Zorgstandaard ADHD*. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/introductie>
- Storebø, O., Storm, M., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H., . . . Gluud, C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Whitely, M., Lester, L., Phillimore, J., & Robinson, S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. *Medical Journal of Australia*, 206(2), 85.
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., . . . Landman, P. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(4), 380-391.

Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten

Een gezamenlijk onderzoek door drie ziekenfondsen en het PAQS

Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Studiedienst CM

Valérie Fabri — Solidaris

Wies Kestens — Onafhankelijke Ziekenfondsen

Quentin Schoonvaere — PAQS asbl

Samenvatting

De verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van zorg is een permanente doelstelling van elk gezondheidszorgsysteem. De afgelopen jaren is bijzondere aandacht besteed aan het perspectief van de patiënten. Door het delen van hun ervaringen, zijn ook zij een waardevolle bron van informatie, onder meer over ongewenste voorvallen die zich hebben voorgedaan tijdens een ziekenhuisopname (vooral tijdens een klassieke opname in een algemeen ziekenhuis). Een werkgroep van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) heeft zich verdiept in de vraag hoe met dit soort voorvallen rekening kan worden gehouden en hoe ze kunnen worden gemeten. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van een pilootvragenlijst van het PRIM-type (*Patient-Reported Incident Measures*), waarmee patiënten eventuele ongewenste voorvallen tijdens een ziekenhuisopname kunnen melden.

In 2021-2022 is deze vragenlijst voor het eerst afgenomen bij gehospitaliseerde personen in België. PAQS asbl (*Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients*)¹ en drie ziekenfondsen (Christelijke Mutualiteit, Solidaris en Onafhankelijke Ziekenfondsen) bundelden hun krachten om deze vragenlijst, vertaald en aangepast aan de context van Franstalig België, te verspreiden onder gehospitaliseerde patiënten. Dankzij de deelname van meer dan 1.000 respondenten, kunnen we het percentage patiënten dat geconfronteerd werd met een of meerdere ongewenste voorvallen tijdens hun ziekenhuisverblijf (het gaat om de Franstalige ziekenhuizen in ons land) schatten op **15,8%**. De drie meest voorkomende categorieën van ongewenste voorvallen zijn: problemen met het

1 Vzw Platform voor de permanente verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

niet naleven van klinische processen of procedures (26%), medicatiefouten (20%) en ongevallen waarbij de patiënt·e betrokken is (12%).

Statistische analyses tonen aan dat het optreden van ongewenste voorvallen samenhangt met de gezondheidstoestand van de patiënt·e en de duur van het ziekenhuisverblijf. Naast deze individuele kenmerken, die specifiek zijn voor de respondenten, zijn er ook meer organisatorische factoren die verband houden met het optreden van ongewenste voorvallen. Het gaat dan om de kwaliteit van de communicatie tussen het ziekenhuispersoneel onderling of tussen het ziekenhuispersoneel en de patiënten, en het algemene veiligheidsgevoel dat patiënten ervaren tijdens hun verblijf. Ten slotte laat de aanpak van het ongewenste voorval zelf de respondenten met gemengde gevoelens achter: 43,7% vond dat het voorval goed was afgehandeld door het ziekenhuis, 42,5% vond van niet.

Er is dus zeker ruimte voor verbetering. Dit type initiatief, uitgevoerd bij patiënten, maakt het mogelijk om relevante informatie te verzamelen over ongewenste voorvallen, in aanvulling op andere informatiebronnen. We mogen niet aarzelen om gehospitaliseerde patiënten een stem te geven. Hun getuigenissen vormen een verrijking en bieden een reële bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

Sleutelwoorden: PRIM, ongewenst voorval, ziekenhuis, vragenlijst, veiligheid van de zorg

Inleiding

In het zoeken naar informatie over de zorgkwaliteit en de verbetering ervan, is vrij recent een nieuwe bron ontdekt. Waarom zouden we, in plaats van alleen te vertrouwen op wat het zorgteam tijdens een medische prestatie ervaart, niet putten uit de ervaring van de patiënten? Zij zijn immers als eersten betrokken bij wat ze meemaken en ondergaan tijdens een operatie, een ziekenhuisopname of een andere gezondheidsgerelateerde gebeurtenis. Zij kunnen ons helpen om de zorgkwaliteit te verbeteren en zijn soms zelfs beter geplaatst dan het zorgteam om het succes van de zorg te beoordelen (Black, 2013).

Vanuit deze insteek werden de instrumenten PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*²) en PREM (*Patient-Reported Experience Measures*³) ontwikkeld, aanvankelijk als onderdeel van klinisch onderzoek, en vervolgens verspreid in de medische praktijk (voornamelijk ziekenhuizen), om de kwaliteit te verbeteren (bijvoorbeeld via *benchmarking*), de prestaties te meten en ten slotte nieuw beleid te implementeren (Desomer, et al., 2018).

Naast wat patiënten melden als uitkomst van een bepaalde medische prestatie op hun gezondheidstoestand (PROM) en als hun gepercipieerde ervaring met de zorg (PREM), is in de gezondheidszorg in het ziekenhuis nu een nieuw instrument in opmars, op het raakvlak van de twee eerste: PRIM (*Patient-Reported Incident Measures*). “De patiënten zijn immers in staat om ongewenste voorvallen te herkennen die van invloed zijn op hun zorg. Veel gebeurtenissen die door patiënten worden gemeld, worden niet opgepikt door het incidentrapportagesysteem van het ziekenhuis of opgenomen in het medisch dossier. Daarom is het betrekken van gehospitaliseerde patiënten als partners bij het identificeren van medische fouten en letsels een veelbelovende aanpak voor de verbetering van de patiëntveiligheid” (Weingart, et al., 2005, p. 830, eigen vertaling). Het idee is bijgevolg om, naar het voorbeeld van PROM en PREM, instrumenten te ontwikkelen waarmee patiënten zo goed mogelijk kunnen rapporteren wat ze tijdens hun zorgperiode hebben ervaren, in dit geval met de nadruk op ongewenste voorvallen die ze mogelijk hebben meegemaakt (Ward & Armitage, 2012).

De OESO steunt al lang de ontwikkeling van instrumenten om patiëntervaringen te meten. Voortbouwend op deze dy-

namiek en de bemoedigende bevindingen in de literatuur, richtte de OESO in 2018 een werkgroep op (*OECD Working Group on Patient-Reported Experiences of Safety*), bestaande uit nationale deskundigen en leden van het *European Patients' Forum* (EPF) om een pilootvragenlijst over ongewenste voorvallen in ziekenhuizen te ontwikkelen. Dankzij dit gemeenschappelijke instrument kunnen de verschillende landen hun resultaten vergelijken en nadenken over mogelijke maatregelen om ongewenste voorvallen te verminderen (OECD, 2019).

De volgende stap was het vertalen, aanpassen en testen van deze vragenlijst bij patiënten die in Franstalig België in het ziekenhuis hadden verbleven. Dit soort aanpak maakt deel uit van de opdracht van het PAQS (*Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients*), een vzw die actief is in Franstalig België en die, zoals de naam al aangeeft, onder andere nieuwe indicatoren ontwikkelt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg (de Béthune & Herbaux, 2014). De leden van deze vzw zijn onder andere ziekenfondsen, ziekenhuisfederaties en verschillende stakeholders en deskundigen in het domein van de gezondheidszorg. Om deze enquête uit te voeren bij Franstalige patiënten die in een algemeen ziekenhuis in de Franse Gemeenschap van België hadden verbleven, werkte het PAQS samen met drie ziekenfondsen: de Christelijke Mutualiteit (CM), Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen. De ziekenfondsen verspreidden de vragenlijst door – na het ontslag uit het ziekenhuis – per e-mail contact op te nemen met hun Franstalige leden en hen uit te nodigen een online vragenlijst in te vullen (gehost door het PAQS). Dit is de eerste keer in België dat een enquête onder patiënten is uitgevoerd om de omvang van ongewenste voorvallen in ziekenhuizen in te schatten. Naast deze schatting stelde de analyse van de antwoorden ons in staat om de ongewenste voorvallen te beschrijven en de factoren te onderzoeken die verband houden met patiënt-gerapporteerde incidentmeldingen.

In dit artikel geven we een overzicht van de resultaten van deze gezamenlijke aanpak van het PAQS, CM, Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen. We definiëren eerst wat we verstaan onder ‘ongewenst voorval’ en lichten toe hoe de vragenlijst werd aangepast in het Frans en verspreid onder de patiënten. We beschrijven vervolgens de resultaten en de belangrijkste boodschappen die de patiënten ons hebben gegeven over de communicatie tussen hen en het zorgteam, het beheer van het ongewenste voorval zelf, de

2 Patiënt-gerapporteerde uitkomsten.

3 Patiënt-gerapporteerde ervaringen.

patiëntveiligheid en de zorgcontinuïteit. Daarna bespreken we de resultaten vanuit een meer globaal perspectief en gaan we in op de toekomst van dit instrument in de Franse Gemeenschap, om te eindigen met een besluit.

1. Methode: Wat is een ongewenst voorval en hoe kan het worden gemeten?

1.1. Definitie en informatieverzameling

Wat is een 'ongewenst voorval'? In de literatuur worden veel termen en uitdrukkingen gebruikt, zoals ongewenste effecten, vermijdbare medische fouten, incidenten, enz. Het is daarom van belang om duidelijkheid te scheppen over wat we willen meten. In dit onderzoek wordt een ongewenst voorval gedefinieerd als een "onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, of (nog) zou kunnen leiden". Deze definitie komt uit een nota van de FOD Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, 2015, p. 6). Ze werd woordelijk herhaald in de vragenlijst, samen met een aantal concrete voorbeelden (medicatiefouten, zorggeassocieerde infecties, fouten bij de identificatie van de patiënten, verkeerde-kant-chirurgie⁴, vallen, doorligwonden).

Hoe kunnen ongewenste voorvallen worden gemeten door patiënten te raadplegen? De methode die wordt gebruikt om de informatie te verzamelen, heeft een grote invloed op de resultaten. Er zijn verschillende manieren: telefonisch, via een interview of door het verspreiden van een vragenlijst. Deze verspreiding kan plaatsvinden onder de algemene bevolking of specifiek bij patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. In het laatste geval is het gekozen tijdstip om deze patiënten te bevragen ook een belangrijke factor: tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, bij het ontslag of een tijd later. Als men contact opneemt met patiënten na afloop van hun verblijf in het ziekenhuis, moet men rekening houden met de termijn: aangezien herinneringen vervagen, mag men na het ontslag niet te lang wachten met het bevragen van de patiënten. Een ongewenst voorval is niet noodzakelijk spectaculair en heeft niet altijd ernstige gevolgen. Hoe langer de tussenliggende tijd, hoe groter het risico dat 'kleine' incidenten worden vergeten of ge-

bagatelliseerd. Tot slot is het redelijk om aan te nemen dat de antwoorden ook beïnvloed kunnen zijn door het feit dat de vragenlijst wordt voorgelegd door een bepaalde partij: het ziekenhuis zelf, een patiëntenvereniging, een (of meer) ziekenfonds(en) of andere partijen.

Een ander fundamenteel punt is de mate waarin de ongewenste voorvallen worden bevestigd via andere bronnen (bijvoorbeeld medische dossiers, notities of rapporten van het personeel, incidentenrapporten, enz.). Deze bevestiging heeft een grote impact op de meting van het aandeel van de patiënten dat wordt geconfronteerd met een ongewenst voorval. Zo bleek uit een Brits onderzoek bij 2.471 patiënten die tijdens hun ziekenhuisverblijf werden bevraagd, dat 23% van hen een of meer ongewenste voorvallen had gemeld. Maar na analyse, wanneer men zich beperkte tot de bevestigde en gedocumenteerde incidenten, was dit aandeel slechts 10,7% (O'Hara, et al., 2018). Hetzelfde geldt voor een onderzoek dat werd uitgevoerd in Massachusetts, waarbij 998 patiënten door artsen werden bevraagd nadat ze uit het ziekenhuis waren ontslagen: 23% van de patiënten meldt een of meer ongewenste voorvallen; na beoordeling van de dossiers daalt dit percentage echter tot 11% (Weissman, et al., 2008). Deze resultaten lijken er ook op te wijzen dat patiënten meer ongewenste voorvallen rapporteren dan de zorgverleners via de administratieve en medische gegevens van de ziekenhuizen. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat, wanneer een ongewenst voorval slechts minimaal schadelijk is of wanneer het zorgteam meent dat de patiënt-e niet significant is getroffen, het zorgteam minder geneigd is om zulke voorvallen te melden (Chamberlain, Koniaris, Wu, & Pawlik, 2012).

Voor dit onderzoek kozen de drie ziekenfondsen en het PAQS ervoor om patiënten te bevragen nadat ze uit het ziekenhuis waren ontslagen, door middel van een e-mail met een uitnodiging om een online vragenlijst in te vullen. De schatting van het percentage patiënten dat een ongewenst voorval heeft meegemaakt, evenals de beschrijving en classificatie ervan, is volledig gebaseerd op hun verklaringen. Met betrekking tot de tussenliggende periode pasten de ziekenfondsen de volgende procedure toe: ze selecteerden personen die in het ziekenhuis werden opgenomen tijdens de derde maand voorafgaand aan de datum van de gegevensverzameling. Voor een e-mailcampagne georganiseerd in september, werd dus rekening gehouden met ziekenhuisopnames in juni. De ziekenfondsen hebben deze periode van drie maanden nodig om de opnames correct te identificeren en de juiste controles uit te voeren

4 De chirurg vergist zich bijvoorbeeld tussen het linker- en het rechterbeen.

(vooral bij eventuele overlijdens). Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor de betrokken persoon, dus drie maanden later vragen naar wat er tijdens het verblijf is gebeurd, lijkt niet onredelijk. Ter vergelijking: deelnemers aan de gezondheidsenquête van 2018, georganiseerd door Sciensano, werden bevestigd over hun ziekenhuisopnames in de voorgaande twaalf maanden (Charafeddine, Demarest, Berete, & Drieskens, 2020).

1.2. De vragenlijst

De gebruikte vragenlijst is afkomstig van de door de OESO ontwikkelde pilootvragenlijst, waarmee patiënten een of meer ongewenste voorvallen kunnen melden die zij tijdens een ziekenhuisverblijf hebben ervaren (OECD, 2019, p. 8-9). Aangezien de vragenlijst in het Engels was, werd deze in 2020 vertaald naar het Frans. Om de Franstalige Belgische context te weerspiegelen, heeft het PAQS de vertaling voor advies voorgelegd aan ziekenhuisprofessionals. Het idee was om een consensus te bereiken over de gebruikte termen en de formulering van de vragen. Daarnaast kon een panel van patiënten beoordelen of de formulering van de vragen duidelijk was en of de vragen begrijpelijk waren. Als dat niet het geval was, werden de vragen opnieuw geformuleerd op basis van de suggesties van de patiënten.

De vragenlijst begint met vragen over het profiel van de respondenten (leeftijd, geslacht, provincie waar ze wonen, opleidingsniveau, ervaren gezondheidstoestand, duur van het ziekenhuisverblijf). Dan zijn er enkele vragen over de communicatie met en tussen de ziekenhuisprofessionals. Het betreft de volgende drie vragen.

- 'Hebt u tijdens uw meest recente hospitalisatie gemerkt dat er een goede communicatie was tussen de artsen, de verpleegkundigen en ander personeel over uw zorg en behandeling?'. Er waren zes mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nooit', 'Soms', 'Vaak', 'Altijd'.
- 'Voelde u zich tijdens uw recentste ziekenhuisopname vrij om zich te uiten over een onderwerp dat u wilde bespreken met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid?'. Er waren zes mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.
- 'Indien u zich hebt uitgesproken, werd dat goed ontvangen door het personeelslid met wie u sprak?' met dezelfde antwoordopties als bij de vorige vraag.

Het grootste deel van de vragenlijst is gewijd aan veiligheid in de zorg, met volgende vragen.

- De centrale vraag luidt als volgt: 'Hebt u tijdens uw meest recente ziekenhuisopname een of meer ongewenste voorvallen ervaren?' Er waren vijf mogelijke antwoorden: 'Ja', 'Nee', 'Ik weet het niet', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'.
- Aan degenen die 'Ja' antwoordden op de vorige vraag, werd gevraagd om het ongewenste voorval te beschrijven (in vrije tekst). Daarnaast is gevraagd hoe de patiënt-e wist dat die een ongewenst voorval had ervaren (met de volgende antwoordmogelijkheden: 'Een medewerker van het ziekenhuis heeft het me verteld', 'Ik heb het zelf vastgesteld', 'Mijn familie heeft het me verteld', 'Iemand anders heeft het me verteld', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'). Eén vraag luidde of het ongewenste voorval al dan niet was gemeld aan een arts, verpleegkundige of ander personeelslid (met de volgende antwoordopties: 'Ja', 'Nee', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden').
- Opnieuw voor degenen die aangaven dat ze een ongewenst voorval hadden ervaren, is nagegaan of dit voorval was behandeld zoals gewenst door de patiënt-e (met de volgende antwoordmogelijkheden: 'Ja', 'Nee', 'Ik weet het niet', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik wens niet te antwoorden'). In het geval van een positief of negatief antwoord kon de patiënt-e de reden opgeven (de antwoordmogelijkheden worden verderop vermeld in Figuur 3 en Figuur 4).
- Het gevoel van veiligheid in de zorg kwam aan bod in de volgende vraag: 'Voelde u zich veilig tijdens uw meest recente ziekenhuisopname?' met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

Tot slot zijn er enkele vragen over de zorgcontinuïteit (informatie ontvangen voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis). Het gaat om volgende vragen.

- 'Hebt u, voordat u het ziekenhuis verliet, alle informatie gekregen die u nodig had over symptomen en gezondheidsproblemen waarop u moest letten nadat u het ziekenhuis had verlaten?', met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik kan het me niet herinneren', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.
- 'Werd, voordat u het ziekenhuis verliet, duidelijk aan u uitgelegd hoe uw zorg of behandeling na uw vertrek uit het ziekenhuis zou worden voortgezet?', met de vol-

gende antwoordopties: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik had geen follow-up van mijn zorg of behandeling nodig', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

- 'Kreeg u, voordat u het ziekenhuis verliet, een duidelijke uitleg over hoe u de voorgeschreven geneesmiddelen moest innemen, inclusief de geneesmiddelen die u innam voordat u in het ziekenhuis werd opgenomen (bijvoorbeeld wanneer u de geneesmiddelen moest innemen, bijwerkingen waar u op moest letten, enz.)?', met de volgende mogelijke antwoorden: 'Ik wens niet te antwoorden', 'Ik hoefde geen voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen', 'Ik weet het niet zeker', 'Nee, helemaal niet', 'Nee, niet echt', 'Ja, gedeeltelijk', 'Ja, zeker'.

De vragenlijst was online toegankelijk (op een account van het PAQS) en volledig anoniem. Het was niet mogelijk om het ziekenfonds van de gecontacteerde persoon of het ziekenhuis waar het verblijf plaatsvond te identificeren. Er werd geen diagnostische informatie gevraagd. In overeenstemming met de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) werd elke respondent-e bovendien gevraagd om het PAQS toestemming te geven voor de verwerking van de informatie die in de online vragenlijst was ingevoerd.

Alle analyses werden door het PAQS uitgevoerd. De resultaten van deze analyses worden gepresenteerd onder punt 2. In het bijzonder testen we een aantal verbanden tussen variabelen en het feit of een ongewenst voorval is gemeld. Er moet echter worden opgemerkt dat als een variabele in verband staat met het optreden van een ongewenst voorval, dit niet noodzakelijkerwijs betekent dat deze variabele de oorzaak is van het ongewenste voorval in kwestie.

1.3. Steekproef en verspreiding van de vragenlijst

De drie ziekenfondsen (CM, Solidaris, Onafhankelijke Ziekenfondsen) namen contact op met hun leden (via e-mail) en nodigden hen uit om de online vragenlijst in te vullen. Tussen september 2021 en februari 2022 werden twee e-mailcampagnes georganiseerd. In totaal werden 21.902 e-mails verstuurd. Alle gecontacteerde personen waren Franstalig en waren opgenomen in een Franstalig ziekenhuis (gelegen in het Brussels of Waals Gewest) tijdens de derde maand voor de datum van gegevensverzameling.

De personen die door de drie ziekenfondsen werden geselecteerd, moesten ouder dan 18 en jonger dan 80 jaar zijn op het moment van hun meest recente ziekenhuisopname, en moesten opgenomen zijn geweest in een algemeen ziekenhuis (met minstens één gefactureerde overnachting).

De volgende personen werden uitgesloten:

- patiënten die waren opgenomen in psychiatrische instellingen of op psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen;
- patiënten die waren opgenomen in ziekenhuizen in het Vlaams Gewest of in het UZ Brussel (VUB) in Brussel;
- patiënten die waren overleden sinds hun ziekenhuisopname;
- patiënten die na een ziekenhuisopname palliatieve zorg ontvingen of werden opgenomen in een woonzorgcentrum.

1.4. Beperkingen

Aangezien het PAQS een Franstalige organisatie is, is deze studie beperkt tot Franstalige patiënten die opgenomen werden in Franstalige ziekenhuizen in het Brussels en Waals Gewest. De gepresenteerde resultaten kunnen daarom niet worden veralgemeend voor gans België.

Een andere beperking is dat de vragenlijst alleen online beschikbaar was. Patiënten van wie geen e-mailadres bekend was bij hun ziekenfonds werden niet gecontacteerd, wat ertoe kan leiden dat bepaalde sociale groepen ondervertegenwoordigd zijn onder de deelnemers aan het onderzoek. Mensen met een laag inkomen hebben bijvoorbeeld vaker dan mensen met een hoger inkomen te maken met een digitale kloof (Faure, Brotcorne, Vendramin, Marien, & Dedonder, 2022), wat maakt dat zij moeilijker kunnen deelnemen aan dit soort initiatieven.

We kozen ervoor om bepaalde patiënten niet te bevragen (zoals hierboven beschreven bij punt 1.3). Dit was om praktische redenen vanwege de moeilijkheden die zij zouden kunnen ondervinden bij het beantwoorden van een online vragenlijst (kinderen, ouderen, mensen die een beroep deden op psychiatrische zorg, bewoners van woonzorgcentra, enz.). Het spreekt uiteraard vanzelf dat deze mensen ons ook veel hadden kunnen vertellen over hun (ziekenhuis- en andere) zorg.

2. Resultaten: Wat vertellen patiënten ons over hun ziekenhuisverblijf?

2.1. Beschrijving van de respondenten

Het aantal mensen dat de online vragenlijst opende, was 2.037⁵. Echter, 512 respondenten gaven het PAQS geen toestemming om hun gegevens te verwerken. Daarnaast hebben 426 respondenten de vragenlijst wel geopend, maar de vragen niet beantwoord. Uiteindelijk hebben 1.099 respondenten de vragenlijst ingevuld (bijna altijd tot en met de laatste vraag). Om robuuste resultaten te verkrijgen, was het de bedoeling om ten minste 1.000 respondenten te bereiken.

Het profiel van de 1.099 mensen van wie de antwoorden werden verwerkt, is weergegeven in tabel 1. Voor elk analysecriterium worden de respondenten vergeleken met een referentiepopulatie. Dit varieert van criterium tot criterium en is afkomstig uit de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) of de resultaten van de Gezondheidsenquête 2018 (georganiseerd door Sciensano).

Vergeleken met de referentiepopulatie geldt voor onze respondenten het volgende.

- Ze zijn oververtegenwoordigd in de hogere leeftijdsgroepen (56-65 jaar en 66-75 jaar).
- Ze hebben een hoger opleidingsniveau.
- Ze hebben een ervaren gezondheidstoestand die slechter is dan bij de algemene bevolking die deelnam aan de Gezondheidsenquête van 2018. Dit komt doordat we te maken hebben met mensen die onlangs in het ziekenhuis zijn opgenomen. Helaas meet de Gezondheidsenquête van 2018 niet de ervaren gezondheid van mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen.
- Ze zijn oververtegenwoordigd voor ziekenhuisverblijven van 2 tot 3 nachten en van 4 tot 6 nachten.
- Ze zijn oververtegenwoordigd in Waals-Brabant, ondervertegenwoordigd in de provincie Luik en lichtjes ondervertegenwoordigd in de provincie Henegouwen en in Brussel. We merken op dat sommige van onze respondenten uit Vlaams-Brabant komen. Dit kan verklaard worden door het feit dat de mensen die door de ziekenfondsen gecontacteerd zijn Franstalig moesten zijn en opgenomen moesten zijn geweest in een Franstalig ziekenhuis, maar in Vlaanderen mochten wonen.

2.2. Aanvaardbaarheid van de vragenlijst

Aangezien de vragenlijst voor het eerst in België werd gebruikt, werd de aanvaardbaarheid ervan geëvalueerd. Voor elke vraag is het responspercentage berekend (het beantwoorden van de vragen was niet verplicht). Voor de meeste vragen bedroeg dit percentage meer dan 95%. Voor slechts twee vragen (één over de informatie van de patiënt-e over de mogelijkheden om bezorgdheden te uiten, de andere over de behandeling van het ongewenst voorval volgens de wens van de patiënt-e) was de respons lager, wat duidt op een probleem met de begrijpelijkheid of de relevantie. Om de aanvaardbaarheid van deze twee vragen te verbeteren, moet worden overwogen om ze tijdens een nieuw onderzoek te herformuleren en eventueel andere antwoordopties te bieden.

2.3. Beschrijvende analyses

2.3.1. Communicatie

Verschillende vragen hadden betrekking op de communicatie tussen de zorgverleners onderling, maar ook tussen de zorgverleners en de patiënt-e.

- De communicatie tussen professionals over de zorg en behandeling van de patiënt-e wordt veeleer positief beoordeeld: **76%** van de respondenten is van mening dat deze communicatie altijd of vaak goed is, 17% dat ze soms goed is en 3% dat ze nooit goed is.
- Voelt de patiënt-e zich vrij om met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid te praten over een onderwerp dat die wil bespreken? Voor **88%** van de respondenten is dat geheel of gedeeltelijk het geval. Volgens 11% van de respondenten is het niet echt of helemaal niet het geval.
- Werden de opmerkingen van de patiënt-e goed ontvangen door het personeelslid met wie die sprak? Ook hier is de beoordeling veeleer positief: **89%** van de respondenten geeft aan dat dit geheel of gedeeltelijk het geval is. Voor 8,8% van de respondenten werden diens opmerkingen niet echt of helemaal niet goed ontvangen.

2.3.2. Veiligheid van de zorg

Om te evalueren in welke mate de patiënten een ongewenst voorval hadden ervaren, waren in de online vragenlijst de definitie (zie punt 1.1) en enkele concrete voorbeelden opgenomen (medicatiefouten, zorggeassocieerde

5 De beschreven resultaten zijn allemaal afkomstig uit het onderzoeksrapport (PAQS, 2023).

Tabel 1: Profiel van de respondenten

Analysecriteria	PRIM-enquête (n=1.099)	Referentiepopulatie
Leeftijd*		
16-25 jaar	0,6%	6,7%
26-35 jaar	10,0%	13,8%
36-45 jaar	9,1%	11,6%
46-55 jaar	13,3%	15,5%
56-65 jaar	25,1%	19,9%
66-75 jaar	33,2%	22,1%
76-80 jaar	8,6%	10,4%
Geslacht**		
Vrouw	50,9%	54,4%
Man	49,0%	45,6%
X	0,2%	-
Opleidingsniveau**		
Geen diploma of lagere school	6,2%	11,7%
Secundair onderwijs	37,6%	51,4%
Hoger onderwijs van het korte type en bachelor	34,5%	37,0%
Hoger onderwijs van het lange type	21,7%	
Woonplaats**		
Provincie Henegouwen	28,4%	30,9%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18,5%	21,1%
Provincie Luik	18,3%	23,6%
Provincie Waals-Brabant	13,5%	7,9%
Provincie Namen	11,4%	10,8%
Provincie Luxemburg	5,5%	5,6%
Provincie Vlaams-Brabant	2,6%	-
Andere	1,9%	-
Ervaren gezondheidstoestand****		
Zeer slecht	2,5%	23%
Slecht	17,9%	
Goed noch slecht	32,0%	
Goed	36,7%	77%
Zeer goed	10,9%	
Duur van het ziekenhuisverblijf***		
1 nacht	20,3%	28,6%
2 tot 3 nachten	32,7%	24,4%
4 tot 6 nachten	24,4%	17,1%
7 nachten of meer	22,7%	29,9%

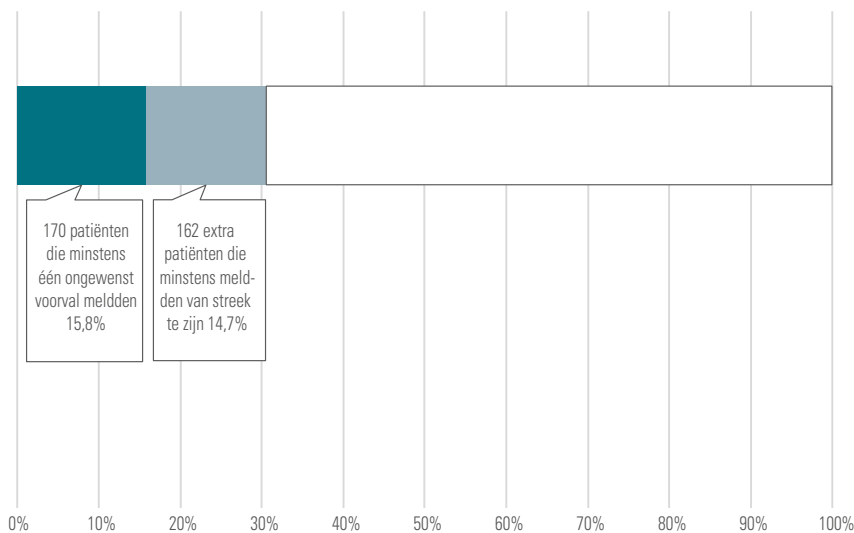
* Vergelijking met de verdeling van de in 2017 gehospitaliseerde bevolking (bron: MZG - www.gezondbelgie.be)

** Vergelijking met de verdeling van de in 2020 gehospitaliseerde bevolking woonachtig in het Waals en Brussels Gewest (Bron: MZG - FOD Volksgezondheid)

*** Vergelijking met de steekproef van respondenten die ten minste één nacht in het ziekenhuis waren opgenomen in de Gezondheidsenquête 2018 (Bron: Sciensano)

**** Vergelijking met de totale steekproef van respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 (Bron: Sciensano)

Figuur 1: Percentage respondentent die een ongewenst voorval heeft ervaren tijdens of van streek is over hun verblijf in het ziekenhuis

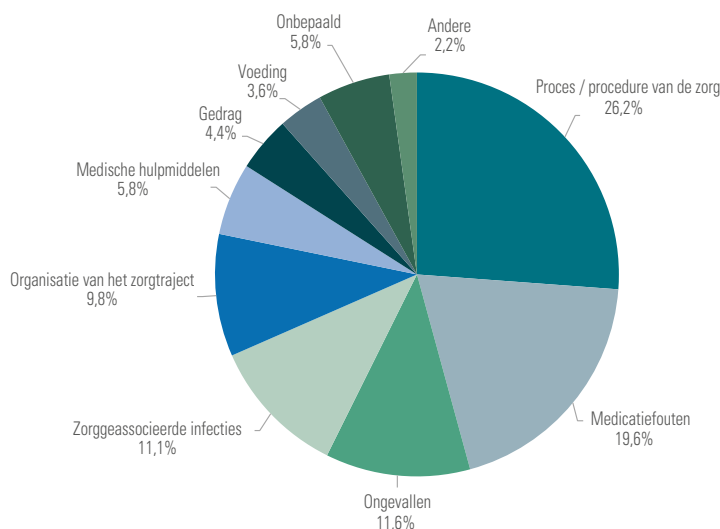


infecties, fouten bij de identificatie van patiënten, verkeerde-kant-chirurgie, vallen, doorligwonden). Bijna 170 van de 1.099 personen die de vragenlijst invulden, antwoordden dat ze een (of meer) ongewenste voorvallen hadden ervaren tijdens hun recentste ziekenhuisopname, dit is **15,8%** van de respondenten (zie Figuur 1).

De respondenten kregen de gelegenheid om deze ongewenste voorvallen te beschrijven. Deze werden geclassificeerd volgens de taxonomie van de *International Classification for Patient Safety (ICPS)* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2009, p. 32). Zoals te zien is in

figuur 2, heeft ongeveer **26%** van de ongewenste voorvallen te maken met de niet-naleving van klinische processen of procedures, dus de gestructureerde manier waarop het zorgpersoneel omgaat met de patiënten en hun gezondheidsproblemen behandelt. Het op één na meest voorkomende type ongewenste voorvallen (**20%**) betreft medicatiefouten. Ongevallen waarbij de patiënt-e betrokken was, zijn goed voor **12%** van de ongewenste voorvallen die door respondenten worden gemeld. Bijna **11%** van de incidenten houdt verband met zorggeassocieerde infecties. Iets minder dan **10%** betreft de organisatie van het zorgtraject.

Figuur 2: Soorten ongewenste voorvallen beschreven door respondenten



Een bijkomende vraag had de bedoeling te weten of de patiënt-e van streek was over de manier waarop die was verzorgd. Het was dus de bedoeling om niet alleen naar ongewenste voorvallen te vragen, maar ook om een beeld te krijgen van de mate waarin de patiënten andere redenen voor ontevredenheid hadden. 162 respondenten die geen ongewenst voorval hadden ervaren, meldden dat ze van streek waren over de manier waarop ze werden verzorgd of behandeld tijdens hun ziekenhuisverblijf, zonder dat dit direct gerelateerd was aan een ongewenst voorval (bijvoorbeeld ontevredenheid over de kwaliteit van het eten). Dit aantal komt overeen met **14,7%** van de respondenten (zie Figuur 1). Algemeen genomen, stellen we vast dat **30%** van de respondenten aangeeft een of meer ongewenste voorvallen meegemaakt te hebben tijdens hun ziekenhuisverblijf (15,8%) of van streek te zijn geweest (14,7%).

Hoe veilig voelen de patiënten zich in het algemeen? Voelden de patiënten zich veilig over hun zorg in het ziekenhuis? Het gevoel van veiligheid is sterk aanwezig: **70%** van de respondenten voelde zich volledig veilig, **22%** gedeeltelijk veilig. Toch voelt **7,9%** van de respondenten zich niet echt of helemaal niet veilig.

2.3.3. Beheer van het ongewenst voorval

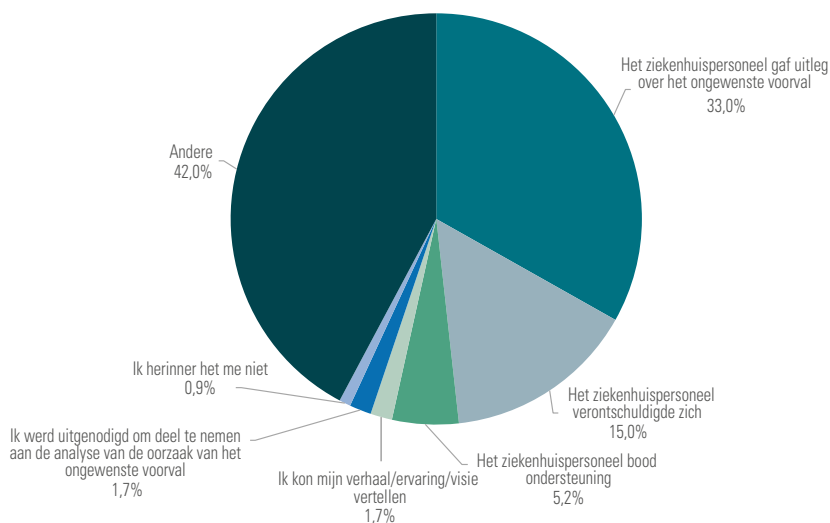
Door wie werd het ongewenste voorval vastgesteld en hoe werd ermee omgegaan? In de overgrote meerderheid van de gevallen (**76%**) was het de patiënt-e die het onge-

wenste voorval vaststelde. Het ongewenste voorval werd in **19%** van de gevallen gemeld door een personeelslid van het ziekenhuis en in **4,5%** van de gevallen door iemand uit de omgeving van de patiënt-e. Wanneer het ongewenste voorval werd opgemerkt door de patiënt-e of iemand uit diens omgeving, geeft **89%** van de respondenten aan dat ze het vervolgens hebben gemeld aan een medewerker van het ziekenhuis.

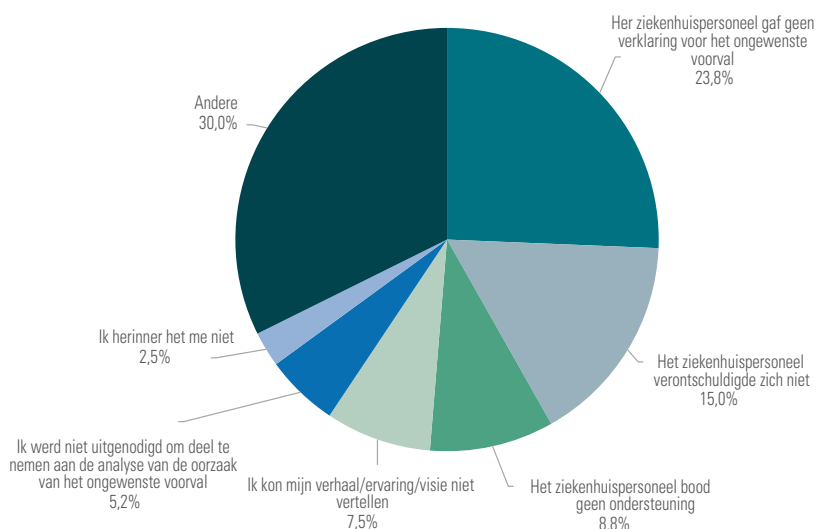
Wat de aanpak van het ongewenste voorval betreft, zijn de meningen van de respondenten verdeeld: **43,7%** vond dat het voorval goed werd afgehandeld door het ziekenhuis, **42,5%** vond dat niet. Merk op dat bijna 14% van de respondenten het niet weet.

- Wanneer de aanpak van het ongewenste voorval positief verliep (zie Figuur 3), benadrukken de respondenten het feit dat het ziekenhuispersoneel uitleg gaf (**33%**), zich verontschuldigde (**15%**), ondersteuning aanbood (**5,2%**).
- Wanneer het ongewenste voorval niet volgens de wensen van de patiënt-e werd behandeld (zie Figuur 4), waren de meest genoemde redenen dat het ziekenhuispersoneel geen uitleg gaf (**24%**), geen excuses aanbood (**15%**), geen ondersteuning aanbood (**9%**).
- Voor deze twee vragen hebben de respondenten andere redenen toegevoegd als vrije opmerkingen, wat aangeeft dat de antwoordopties die aanvankelijk in de vragenlijst waren voorzien, zouden kunnen worden aangevuld. Deze opmerkingen zijn jammer genoeg nog niet geanalyseerd.

Figuur 3: Goed beheer van het ongewenste voorval – door patiënt-e opgegeven redenen



Figuur 4: Slecht beheer van het ongewenste voorval – door patiënt-e opgegeven redenen



2.3.4. Continuïteit van de zorg

Voorafgaand aan het ontslag uit het ziekenhuis, is het belangrijk om duidelijke instructies te geven voor de follow-up en de continuïteit van zorg eens de patiënt-e terug thuis is. Drie vragen maakten het mogelijk te evalueren hoe goed de patiënten werden geïnformeerd over de symptomen en gezondheidsproblemen waarop ze moesten letten, over het voortzetten van hun behandeling en over de geneesmiddelen (tijdstip van inname, bijwerkingen, enz.). Zoals te zien is in tabel 2, vond **85% tot 89%** van de patiënten dat ze geheel of gedeeltelijk waren geïnformeerd over deze verschillende aspecten. Merk op dat bijna 15% van de respondenten vindt dat ze niet echt of helemaal niet zijn geïnformeerd over de geneesmiddelen.

2.4. Statistische analyse

Welke variabelen zijn geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval? Om dit type statistische analyse uit te voeren, gebruikten de onderzoekers de *chi-kwadraattoets*, die test of twee categorische variabelen al dan niet geassocieerd zijn.

2.4.1. De kenmerken van de patiënt-e en de kenmerken die verband houden met diens gezondheidstoestand

Uit de literatuur blijkt dat een aantal factoren positief geassocieerd is met het optreden van een ongewenst voorval. Het gaat onder meer om hoge leeftijd, lange verblijfsduur en slechte gezondheid (Tsilimingras, Rosen, & Berlowitz, 2003; Vincent, 2012). Hoe zit het met onze respondenten?

Tabel 2: Informatie over de zorgcontinuïteit - verdeling van de respondenten

Informatie bij ontslag over	Ja, zeer goed	Ja, gedeeltelijk	Nee, niet echt	Nee, helemaal niet	Ik weet het niet zeker / Ik kan het me niet herinneren
Symptomen en gezondheidsproblemen om op te letten	65,9%	21,7%	8,8%	2,6%	0,9%
De verdere behandeling	69,4%	19,8%	8,2%	2,5%	0,2%
De voorgeschreven geneesmiddelen	68,7%	16,3%	10,7%	3,9%	0,3%

We testten of leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, ervaren gezondheidstoestand, verblijfsduur in het ziekenhuis en woonplaats verband hielden met het melden van een ongewenst voorval. Twee variabelen springen eruit in deze statistische analyses: **de ervaren gezondheidstoestand en de verblijfsduur in het ziekenhuis**. Deze twee variabelen zijn significant ($p < 0,001$) geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval.

- Hoe slechter respondenten hun gezondheidstoestand inschatten, hoe groter de kans dat ze een ongewenst voorval rapporteren.
- Hoe langer de verblijfsduur, hoe groter de kans dat ze een ongewenst voorval melden.

Eenzijds is een slechtere gezondheid geassocieerd met een hogere rapportering van ongewenste voorvallen. Anderzijds verhoogt ook een langer ziekenhuisverblijf dat risico. Er was geen significant verband tussen het melden van een ongewenst voorval enerzijds en leeftijd, geslacht, woonplaats of opleidingsniveau anderzijds. Deze variabelen houden dus geen significant verband met het risico om een ongewenst voorval te melden.

2.4.2. Communicatie door de zorgverleners en gevoel van veiligheid

Vervolgens testten we of de communicatie tussen de professionals onderling en tussen de professionals en de patiënten verband hield met het melden van een ongewenst voorval.

- **Wanneer een patiënt-e vaststelt dat de communicatie tussen de professionals in het ziekenhuis goed is, is de neiging om ongewenste voorvallen te melden kleiner.** Omgekeerd geldt dat hoe slechter de communicatie tussen de professionals wordt ervaren, hoe groter ook de kans is dat patiënten een ongewenst voorval melden.
- **Wanneer patiënten zich uitspreken over om het even welk onderwerp dat ze willen bespreken met een arts, verpleegkundige of ander personeelslid, is de manier waarop dit door ziekenhuisprofessionals wordt ontvangen negatief geassocieerd met het melden van een ongewenst voorval.** Hoe meer patiënten zich dus gehoord voelen in elementen die ze ter sprake brengen, hoe kleiner de kans dat ze een ongewenst voorval zullen melden. Nogmaals, dit is een associatie, geen oorzakelijk verband.

Het melden van ongewenste voorvallen is dus negatief en significant ($p < 0,001$) geassocieerd met de communicatie tussen de professionals onderling en met deze tussen de professionals en de patiënten. Hetzelfde geldt voor het algemene gevoel van veiligheid dat patiënten ervaren in het ziekenhuis.

- Het **algemene gevoel van veiligheid dat patiënten ervaren, is significant en negatief geassocieerd met het melden van ongewenste voorvallen**: hoe veiliger patiënten zich zeggen te voelen, hoe kleiner de kans is dat ze een ongewenst voorval melden.

2.4.3. Continuïteit van de zorg

De drie vragen over de zorgcontinuïteit (zie Tabel 2) werden gebruikt om de informatie te evalueren die de patiënt-e ontving voor het vertrek uit het ziekenhuis. Gezien de onderlinge correlatie tussen deze drie vragen, zijn ze samen-gevat door het aantal ondervonden problemen te tellen. De respondent-e kon immers het gevoel hebben helemaal niet of niet goed te zijn geïnformeerd over de volgende drie items: symptomen om op te letten, de verdere behandeling en de inname van geneesmiddelen. Vervolgens telden we per respondent-e het aantal items waarvoor de informatie ontoereikend was (dit aantal kan dus variëren van 0 tot 3). Vervolgens testten we het verband tussen dit aantal items en het melden van een ongewenst voorval.

We stellen een significant verband vast ($p < 0,001$) tussen het aantal gebreken in de zorgcontinuïteit en het melden van een ongewenst voorval: hoe beter de ontvangen informatie over de drie items, hoe minder waarschijnlijk dat respondenten een ongewenst voorval melden. Anders gezegd: hoe meer zaken waarover slecht wordt geïnformeerd, hoe groter de kans dat de respondenten een ongewenst voorval melden.

3. Bespreking, aanbevelingen en mogelijkheden voor de toekomst

3.1. Belangrijkste bevindingen

3.1.1. Het globale percentage gemelde ongewenste voorvallen

De vragenlijst maakte het mogelijk om in ons land voor het eerst een schatting te geven van het percentage patiënten dat een ongewenst voorval heeft ervaren tijdens een ziekenhuisopname. Dit percentage is 15,8% en betreft alleen het Franstalige deel van ons land. Wat is de situatie in andere westerse landen?

De OESO verzamelde de resultaten van onderzoeken in verschillende westerse landen (zie Figuur 5). Voor landen waar de vragenlijst werd verspreid onder de algemene bevolking (niet alleen onder mensen die onlangs in het ziekenhuis waren opgenomen), zijn de resultaten afkomstig van een internationaal onderzoek (*Commonwealth Fund 2020 International Health Survey*) en gaat het om “mensen tussen 18 en 64 jaar die zeiden dat ze de afgelopen twee jaar het slachtoffer waren geweest van een medische fout” (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, p. 33, eigen vertaling). Voor landen waar gehospitaliseerde patiënten werden bevraagd, kwamen de vragen uit de pilootvragenlijst die was ontwikkeld door de OESO-werkgroep.

Zoals figuur 5 laat zien, is het resultaat voor Franstalig België hoger dan de percentages in andere landen. Het is mogelijk dat ons resultaat een overschatting is: de interesse van (sommige van) onze respondenten om deel te nemen aan het onderzoek, kan te wijten zijn aan het feit dat ze in het ziekenhuis problemen hebben ervaren en daarvan wilden getuigen. Bovendien kan de verstreken tijd tussen de ziekenhuisopname en het moment waarop de patiënten worden ondervraagd, een invloed hebben op het aantal mensen dat een ongewenst voorval meldt.

Andere onderzoeken (waarin andere instrumenten en methoden werden gebruikt voor de gegevensverzameling) laten zelfs nog hogere percentages zien: 20,5% in een Zweedse studie bij 960 patiënten (Rutberg, et al., 2014), 23,4% in een Brits onderzoek bij 329 patiënten (Armitage,

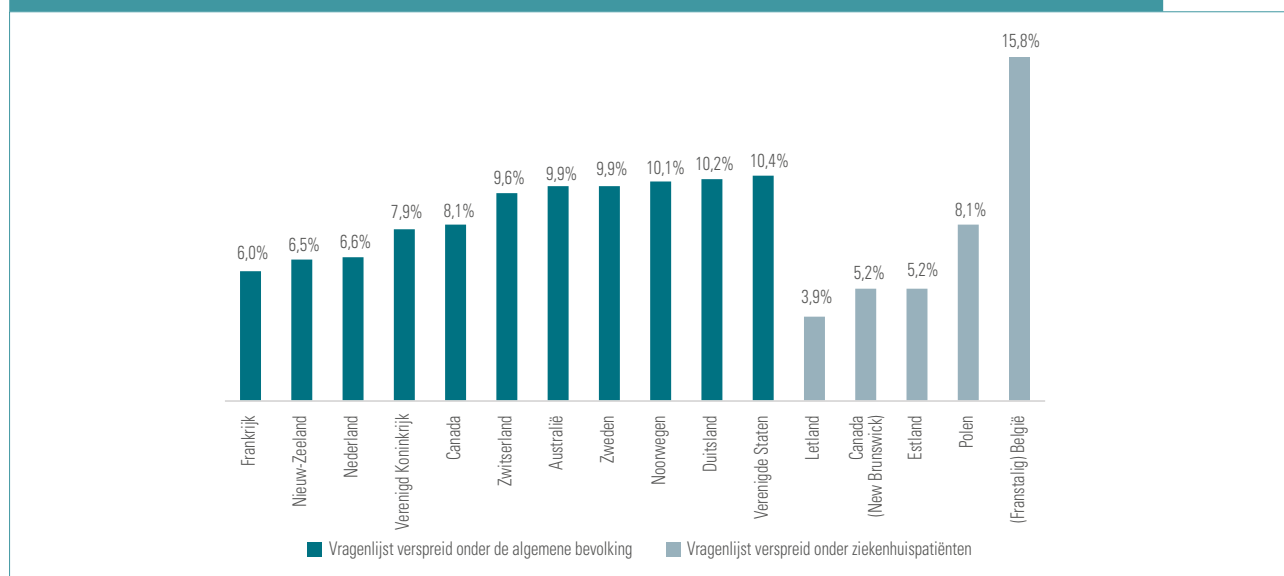
et al., 2018) en 29,2% in een Amerikaanse studie bij 2.582 patiënten (Zhu, et al., 2011).

Voorzichtigheid is echter geboden daar het niet eenvoudig is om vergelijkingen te maken tussen landen, zelfs niet op basis van vergelijkbare vragen. In haar commentaar op ons huidige initiatief stelt de OESO: “Volgens het proefproject voor de verzameling van gegevens dat in België werd uitgevoerd, maakten problemen op vlak van gedrag 4,4% uit van de ongewenste voorvallen die door patiënten werden gemeld, maar deze informatie was niet beschikbaar in de open tekst die werd verzameld in het kader van onderzoeken in andere landen die deelnamen aan het proefproject voor de verzameling van gegevens van de OESO. Dit komt waarschijnlijk doordat patiënten in andere landen deze niet als patiëntveiligheidsincidenten beschouwden. De percentageverschillen tussen landen in de door patiënten gemelde incidenten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd” (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, p. 34, eigen vertaling).

3.1.2. De meest gemelde incidenten

Meer dan de helft van de gemelde ongewenste voorvallen gaat over klinische processen/procedures, medicatiefouten, ongevallen en zorggeassocieerde infecties. Het lijkt dus evident dat een deel van deze voorvallen vermijdbaar is door een preventiebeleid in het ziekenhuis. De overheden moeten ook nadenken over terugkerende problemen in de ziekenhuissector en de gezondheidszorg in het algemeen, zoals de zwaarte van het werk en het tekort aan

Figuur 5: Percentage patiënten dat een ongewenst voorval meldde in verschillende westerse landen (Bronnen: Kendir et al. (2023), voor België: PAQS (2023))



bepaalde zorgberoepen. België is zeker niet gespaard van deze problemen. Bijna 2.500 ziekenhuisbedden zijn momenteel gesloten. “Er zijn verschillende redenen voor het sluiten van bedden, in feite *‘is het sluiten van bedden een wijdverspreid gevolg van het tekort aan zorgpersoneel, in het bijzonder verpleegkundigen*, zegt Pascal Mertens, algemeen directeur van Vivalia, de intercommunale voor gezondheidszorg in Luxemburg” (RTBF, 2023, eigen vertaling).

Hoewel dat tekort zelf ook meerdere oorzaken heeft, kunnen we aannemen dat een gebrek aan welzijn op het werk er één van is en dat dit gevolgen heeft voor de patiëntveiligheid. Meerdere onderzoeken laten een verband zien tussen een slechter welzijn of zelfs een hoge mate van burn-out enerzijds en een achteruitgang van de patiëntveiligheid anderzijds (Hall, Watt, Tsipa, & O’Connor, 2016). Dit geldt voor veel diensten, waaronder de dienst intensieve zorgen, waar de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid te lijden kunnen hebben onder burn-out bij bepaalde leden van het zorgteam (Reader, Cuthbertson, & Decruyenaere, 2008).

3.1.3. Relaties tussen het melden van een ongewenst voorval en andere variabelen

Onze benadering, die het subjectieve perspectief van patiënten weerspiegelt, lijkt al aan te tonen dat deze goed in staat zijn om organisatorische problemen te identificeren die verband houden met de melding van ongewenste voorvallen. De kwaliteit van de communicatie tussen de ziekenhuisprofessionals onderling of tussen de ziekenhuisprofessionals en de patiënten hangt bijvoorbeeld samen met het optreden van ongewenste voorvallen. Hoe slechter de kwaliteit van deze communicatie, hoe groter het risico dat een ongewenst voorval wordt gemeld. Het is duidelijk dat het verbeteren van de communicatie een geschikte manier is om ongewenste voorvallen te voorkomen. Voorts zijn de meningen onder de patiënten verdeeld over het beheer van de ongewenste voorvallen zelf: 43,7% vond dat het voorval goed was afgehandeld door het ziekenhuis, 42,5% vond dat niet. In dit opzicht tekent zich een actiedomein af voor het ziekenhuis.

3.2. Evaluatie van de vragenlijst zelf

Aangezien dit de eerste keer is dat een dergelijke vragenlijst in Franstalig België werd afgenomen bij Franstalige patiënten die in het ziekenhuis hadden verbleven, is het belangrijk om de kwaliteit van de vragenlijst kritisch te bekijken. Werde de vragenlijst goed begrepen? Was hij moeilijk in te vullen? Van de 1.099 mensen die de vragenlijst

hebben ingevuld, heeft bijna iedereen alles ingevuld. De mediane tijd die nodig was om de vragenlijst in te vullen, was minder dan 7 minuten, wat vrij kort is en aangeeft dat er geen grote problemen waren. Zoals besproken in punt 2.2, zijn er echter twee vragen (één over de informatie aan de patiënt-e over de mogelijkheden om bezorgdheden te uiten, de andere over de aanpak van het ongewenst voorval zoals gewenst door de patiënt-e) waar het non respons percentage hoger was dan 5%. Om deze twee vragen te verbeteren, moeten ze worden geherformuleerd en moeten eventueel andere antwoordopties worden voorzien. Daarnaast zagen we dat de respondenten veel andere opmerkingen gaven bij vragen over goed of slecht beheer van het ongewenste voorval (zie Figuur 3 en Figuur 4). Op basis van deze opmerkingen moeten de antwoordopties worden verbeterd. Kortom, de vragenlijst zelf is nog voor verbetering vatbaar.

3.3. Mogelijkheden voor toekomstig onderzoek

Om de eerste resultaten te bevestigen, zou het interessant zijn om het onderzoek te herhalen om de robuustheid ervan te beoordelen. Dat zou tevens een gelegenheid zijn om methodologische verbeteringen aan te brengen en variaties in de manier van verspreiding van de vragenlijst te testen.

- Wat de steekproef betreft, kan worden overwogen om bepaalde categorieën mensen die ondervetegenwoordigd zijn onder de respondenten te oververtegenwoordigen, zoals jongeren (35 jaar en jonger), mensen met een zwakker sociaaleconomisch profiel (bijvoorbeeld op basis van hun statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming), vrouwen, mensen met een hospitalisatie van 1 nacht of van 7 nachten of meer (zie Tabel 1).
- Er kan ook worden overwogen om een alternatieve methode voor de gegevensverzameling te testen. Kunnen we, met de medewerking van de ziekenhuizen, overwegen om de vragenlijst willekeurig onder de patiënten te verspreiden aan het einde van hun verblijf? Dit zou mogelijk een betere representativiteit van de patiënten opleveren. We zouden dan kunnen onderzoeken in hoeverre deze alternatieve methode een invloed heeft op de resultaten. Als onze huidige methode om de vragenlijst te verspreiden bijvoorbeeld gepaard gaat met een selectiebias, waardoor het percentage patiënten dat een ongewenst voorval rapporteert hoger is, dan zou het rechtstreeks bevragen van patiënten aan het eind van hun verblijf deze bias kunnen wegnemen.

- Dit type onderzoek kan ook worden uitgebreid naar andere zorgsectoren dan klassieke ziekenhuisopnames. Ambulante zorg, ziekenhuisopname omwille van psychiatrische problematiek, verblijf in woonzorgcentra, enz., zouden het onderwerp kunnen zijn van een PRIM-benadering, op voorwaarde dat men een adequate en aangepaste manier vindt om de patiënten te bevragen.

Conclusie

Voor het eerst in België werd een vragenlijst van het PRIM-type (*Patient-Reported Incident Measures*) getest bij gehospitaliseerde patiënten. Deze aanpak is het resultaat van een samenwerking tussen het PAQS en drie ziekenfondsen (CM, Solidaris en de Onafhankelijke Ziekenfondsen). De vragenlijst zelf is afkomstig van een pilootvragenlijst ontwikkeld door de OESO. Aan de hand van deze vragenlijst, vertaald en aangepast aan de Franstalige Belgische context, kunnen we ramen dat **15,8%** van de patiënten een of meerdere ongewenste voorvallen heeft meegemaakt (waarvan meer dan de helft verband hield met klinische processen/procedures, medicatiefouten, ongevallen en zorggeassocieerde infecties). Dit percentage lijkt hoog, maar is plausibel gelet op onderzoeksresultaten in andere westerse landen. Naast ongewenste voorvallen gaf **14,7%** van de respondenten aan dat ze een of andere gebeurtenis hadden meegemaakt die hen ontevreden stemde.

De resultaten van deze studie laten zien dat er ruimte is voor verbetering, zowel wat betreft de veiligheid van de zorg als de manier waarop ongewenste voorvallen worden beheerd. We zijn van mening dat de inspraak van patiënten in thema's als deze een echte verrijking vormt en bijdraagt aan de veiligheidscultuur binnen het ziekenhuis. Een PRIM-instrument heeft daarom duidelijk zijn plaats in de verbeteringsstrategie van zorgkwaliteit en -veiligheid in ziekenhuizen, aanvullend op andere instrumenten en informatiebronnen over ongewenste voorvallen (zoals routinematig verzamelde gegevens over behandelingen, procedures, diagnoses, kenmerken van patiënten, enz., en rapporten over door het ziekenhuispersoneel gemelde incidenten).

Gelet op het huidige tekort aan zorgpersoneel vinden we het ook belangrijk om erop te wijzen dat de organisatorische context van de zorg en de arbeidsomstandigheden van alle zorgprofessionals bijzondere aandacht moeten krijgen. In de huidige context is het moeilijk te geloven dat de veiligheid van zorg optimaal kan worden gegarandeerd als er niet genoeg personeel is om aan de behoeften van de patiënten te voldoen. De verdere verbetering van zorgkwaliteit moet ongetwijfeld samengaan met het verder verbeteren van het welzijn van het zorgpersoneel, in het bijzonder van het verplegend en verzorgend personeel.

Bibliografie

- Armitage, G., Moore, S., Reynolds, C., Laloë, P.-A., Coulson, C., Mc Eachan, R., . . . O'Hara, J. (2018). Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28(1), 36-43.
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *British Medical Journal*, 346, f167.
- Chamberlain, C. J., Koniaris, L. G., Wu, A. W., & Pawlik, T. M. (2012). Disclosure of "Nonharmful" Medical Errors and Other Events: Duty to Disclose. *Archives of Surgery*, 147(3), 282-286.
- Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Opname in het ziekenhuis*. Brussel: Sciensano.
- de Béthune, X., & Herbaux, D. (2014). Het platform voor continue verbetering van de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt: de fundamenten zijn gelegd. *CM-Informatie*, 258, 11-16.
- Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L., & Cleemput, I. (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. Health Services Research (HSR), Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 303. D/2018/10.237/40.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Barometer digitale inclusie 2022*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- FOD Volksgezondheid. (2015). *Bevraging over het veiligheidsmanagementsysteem 2015*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Hall, L. H., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), e0159015.
- Kendir, C., Fujisawa, R., Brito Fernandes, O., de Bienassis, K., & Klazinga, N. (2023). Patient engagement for patient safety: The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety. *OECD Health Working Papers*, 159.
- OECD. (2019). *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance*. Paris: OECD.
- O'Hara, J. K., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., . . . Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality & Safety*, 27, 673-682.
- PAQS. (2023). *Rapport du projet PRIM - Etude réalisée en collaboration avec l'OCDE, Solidaris, la Mutualité Chrétienne et les Mutualités Libres*. Bruxelles: PAQS.
- Reader, T. W., Cuthbertson, B. H., & Decruyenaere, J. (2008). Burnout in the ICU : potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive care medicine*, 34, 4-6.
- RTBF. (2023, Octobre 3). *Près de 2500 lits d'hôpital encore fermés en Belgique par manque de personnel*. Opgehaald van <https://www.rtbef.be/article/pres-de-2500-lits-d-hopital-encore-fermes-en-belgique-par-manque-de-personnel-11265574>
- Rutberg, H., Borgstedt Risberg, M., Sjö Dahl, R., Nordqvist, P., Valter, L., & Nilsson, L. (2014). Characterisations of adverse events detected in a university hospital: a 4-year study using the Global Trigger Tool method. *BMJ open*, 4, e004879.
- Tsilimingras, D., Rosen, A., & Berlowitz, D. (2003). Patient safety in geriatrics: A call for action. *Journals of Gerontology*, 58(9), 813-819.
- Vincent, C. (2012). *L'essentiel sur la sécurité des patients*. Bâle : Fondation pour la Sécurité des Patients (Publication n°4).
- Ward, J. K., & Armitage, G. (2012). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting ? A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(8), 685-699.
- Weingart, S., Pagovich, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B., . . . Phillips, R. S. (2005). What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 830-836.
- Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelman, S., . . . Gatsonis, C. (2008). Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 149(2), 100-108.
- WHO. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report January 2009*. WHO/IER/PSP/2010.2.
- Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can we rely on patients' reports of adverse events? *Medical Care*, 49(10), 948-955.

Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden

Samenvatting van de uiteenzetting van vier experten op de CM-studiedag van
27 april 2023

Elise Derroitte, Hélène Janssens, Ann Morissens,
Clara Noirhomme, Rebekka Verniest — Studiedienst

Samenvatting

Mentale gezondheid is lange tijd benaderd vanuit een overwegend individuele invalshoek, waarbij de aandacht uitging naar de individuen zelf, hun erfelijke achtergrond en hun gedrag. Maar zoals het colloquium 'Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden' toont, is deze visie niet alleen beperkend, maar vooral verkeerd. De presentaties van Richard Wilkinson, Olivier De Schutter, Piet Bracke en Eva Kestens belichten de fundamentele invloed van maatschappelijke structuren, ongelijkheid en de sociaal-culturele omgeving op de mentale gezondheid.

Richard Wilkinson waarschuwt ons voor de huidige trend om psychische aandoeningen te individualiseren. Hij benadrukt het belang van collectieve kenmerken in de mentale gezondheid en de noodzaak om de structuur van de samenleving te onderzoeken om inzicht te verwerven in de vormen van sociale ongelijkheid. Zijn fundamenteel uitgangspunt benadrukt de invloed van een ongelijke samenleving op gezondheidsproblemen in het algemeen en op de mentale gezondheid in het bijzonder. Hij beklemtoont de gevolgen van sociale hiërarchisering en internalisering van de strijd om sociale status, en stelt dat de essentie zelf van de sociale relaties bepalend kan zijn voor het mentale welzijn van een individu. Deze interpretatie stelt onze opvatting van mentale gezondheid als louter het resultaat van de veerkracht of de motivatie van een individu grondig ter discussie. Wilkinson wijst erop dat de mentale gezondheid vaak het resultaat is van onze positie in de samenleving en dat mentale gezondheidsproblemen dikwijls het gevolg zijn van onderliggende sociale problemen. Leven in precare omstandigheden, slachtoffer zijn van systematische discriminatie en geen toegang hebben tot gezondheidsdiensten, zijn allemaal factoren die mentale gezondheidsproblemen verergeren. Dit perspectief stelt ons in staat om mentale gezondheidsproblemen

in de context van de volksgezondheid te plaatsen, alvorens ze te bekijken door het prisma van de individuele interventie, die de structurele oorzaken van ongelijkheid op het vlak van de mentale gezondheid niet kan aanpakken.

Olivier De Schutter, speciaal rapporteur van de Verenigde Naties, bespreekt de complexe relatie tussen armoede en mentale gezondheidsproblemen. Hij benadrukt dat dit een tweerichtingsrelatie is die veel meer behelst dan simpelweg oorzaak en gevolg. Zijn visie breidt de definitie van armoede uit naar meer dan de financiële parameters, vooral door hierin het belang te integreren van de gevolgen van armoede voor het vermogen van mensen om te handelen. Zijn presentatie belicht in het bijzonder het belang van veiligheid voor het behoud van de mentale gezondheid en de ingenieuze overlevingsstrategieën van mensen die in extreme armoede leven. Zijn conclusies onderstrepen het belang van preventie op vlak van mentale gezondheid en de noodzaak om psychische problemen van hun stigma te ontdoen.

Piet Bracke van zijn kant nodigt ons uit tot een grondige reflectie over de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid. Hij vergelijkt verschillende benaderingen om te interveniëren, zowel klinisch curatief als sociologisch preventief. Daarbij benadrukt hij de noodzaak van een sociologisch begrip van mentale gezondheidsproblemen. Zijn analyse stelt ons in staat om de woordenschat van de preventieve sociale interventie inzake mentale gezondheid uit te breiden, zodat we een brede visie op mentale gezondheid kunnen hanteren die afhankelijk is van de gezondheidsdeterminanten (omgeving, financiële situatie, gender, beroepssituatie, handicap of migratie).

Tot slot vestigt **Eva Kestens** onze aandacht op de specifieke kwetsbaarheid van kinderen en jongeren voor mentale gezondheidsproblemen. De situatie van kinderen is in meer dan één opzicht specifiek, en met deze specifieke kenmerken moet rekening worden gehouden om kinderen de juiste zorg te kunnen bieden. Zo heeft de staat van de neuronale ontwikkeling van kinderen bijvoorbeeld een invloed op hun vermogen om met problemen om te gaan die tot mentale gezondheidsproblemen kunnen leiden. Hun gebrek aan autonomie in het omgaan met de oorzaken die mentale gezondheidsproblemen versterken, is mogelijk ook een verzwarende factor en die de interventie kan bemoeilijken. Tot slot is de betrokkenheid van de omgeving waarin het kind zich ontwikkelt eveneens cruciaal voor de zorg voor het kind.

Kortom, dit colloquium biedt een vernieuwend en diepgaand perspectief op de uitdagingen van de mentale gezondheid in de hedendaagse context. Het is een uitnodiging voor terreinactoren, onderzoekers en beleidsmakers om mentale gezondheidsproblemen niet alleen te herkennen en aan te pakken als aandoeningen op individueel niveau, maar ook als het resultaat van een complex web van sociale en structurele interacties.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, psychische problemen, ongelijkheid, armoede, samenleving, sociale relaties, studiedag

1. Richard Wilkinson: Ongelijkheid en andere overheersingsrelaties

In zijn presentatie benadrukt prof. dr. em. Richard Wilkinson het cruciale verband tussen onze sociale relaties en onze mentale gezondheid. Hoewel we mentale gezondheidsproblemen vaak individueel bekijken, is de kwaliteit van onze sociale relaties bepalend voor onze mentale gezondheid. Wilkinson laat zien dat maatschappelijke modellen die sterk gebaseerd zijn op ongelijkheid, competitie en hiërarchie nauw samenhangen met een hogere prevalentie van een reeks ongunstige gevolgen voor de gezondheid in het algemeen en de mentale gezondheid in het bijzonder. Dit geldt niet alleen voor mensen met minder financiële middelen, maar voor iedereen in de samenleving. Ongelijkheden hebben dus een invloed op ieders mentale gezondheid.

‘Laten we in gelijkheid leven om gelukkig te leven’ of ‘Waarom gelijkheid beter is voor iedereen’. Deze twee slogans zijn de vertaling van de titels van twee boeken van Richard Wilkinson en Kate Pickett, experts op het gebied van ongelijkheid en haar verborgen gevolgen op het psychisch functioneren van individuen (Wilkinson & Pickett, 2020; Wilkinson & Pickett, 2013).

We kunnen ongelijkheid en de ideeën van Wilkinson illustreren met het voorbeeld¹ van een klas leerlingen die klasiek in rijen is ingedeeld. De leerlingen krijgen een prop papier en de leerkracht vraagt hen die in een prullenmand te gooien die vooraan in het lokaal staat, onder het schoolbord. Individuele verschillen zullen misschien verklaren waarom sommige leerlingen erin slagen het doel te raken, zelfs vanuit een slechte positie, terwijl ongelijkheid zal verklaren waarom zoveel leerlingen van de achterste rijen falen. Ver van het doel zitten, zorgt niet alleen voor grotere moeilijkheden, maar ook voor het optreden van allerlei sociale en gezondheidsproblemen. De leerlingen op de achterste rij hebben meer kans op stress, gebrek aan zelfvertrouwen en angststoornissen dan deze op de voorste rij. De auteurs wijzen erop dat de psychologische en emotionele omgevingen bepalend zijn voor ongelijke contexten, maar er ook door worden bepaald. Zij benadrukken de verantwoordelijkheid van deze omgevingen voor het individuele

en maatschappelijke onbehagen, terwijl gelijkheid de norm is geweest gedurende meer dan 90% van onze tijd als mensen op aarde (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47).

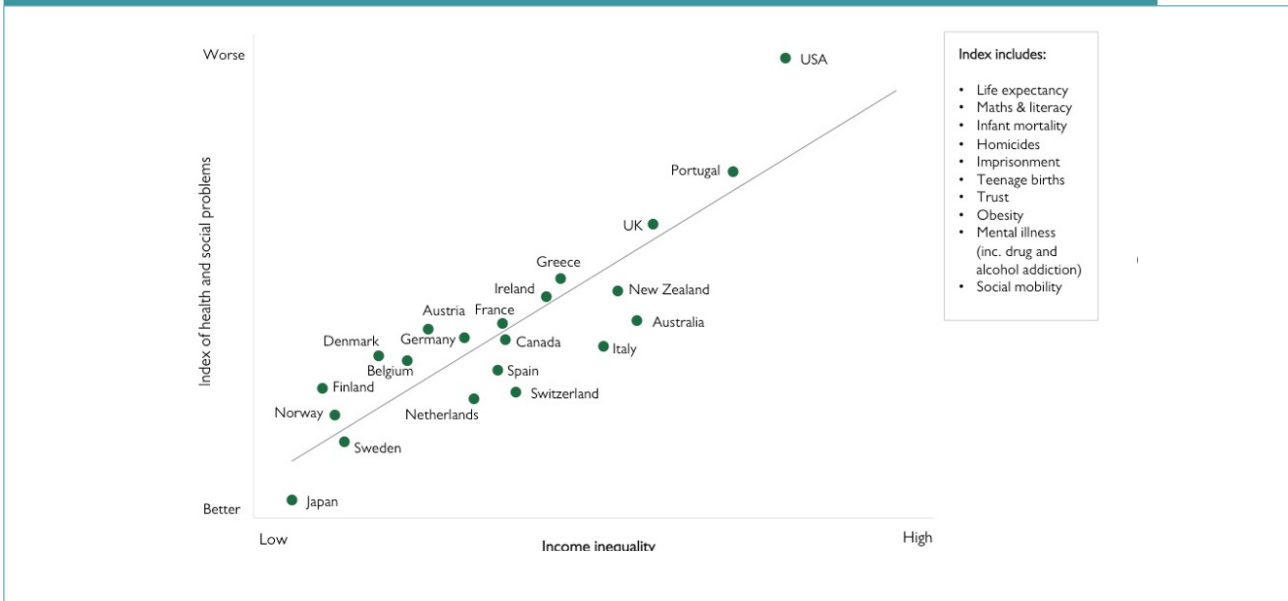
De verbetering van de materiële levensomstandigheden bracht een verslechtering van welzijn met zich mee in meer ongelijke systemen. Het is namelijk bewezen dat het welzijn van kinderen slechter is in rijke, ongelijke landen dan in landen met meer gelijkheid. Tegelijkertijd is de situatie van een rijk persoon in een ongelijk land minder goed dan in een land met meer gelijkheid. In ongelijke landen is de algemene situatie van mensen minder goed. Of, om het voorbeeld te herhalen, als meer leerlingen het doel missen, is de negatieve impact voelbaar in de hele klas. Een ongelijk systeem treft de overgrote meerderheid van de bevolking.

Wilkinson analyseert de invloed van sociaaleconomische ongelijkheid op een aantal variabelen. Landen zoals de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk, met grotere inkomensverschillen tussen de armste 20% en de rijkste 20%, hebben slechtere resultaten voor elke variabele dan meer egalitaire landen zoals Japan, Zweden of Finland (Wilkinson & Pickett, 2020). Figuur 1 laat zien dat voor alle variabelen - ‘levensverwachting’, ‘rekenen, lezen en schrijven’, ‘kindersterfte’, ‘moord’, ‘gevangenisstraf’, ‘tienerzwangerschappen’, ‘vertrouwen’, ‘obesitas’, ‘psychische aandoeningen (inclusief drug- en alcoholmisbruik)’ en ‘sociale mobiliteit’ - de landen met de grootste inkomensongelijkheid aan de rechterkant van het kader (Verenigde Staten, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, enz.) minder goed scoren dan de landen aan de linkerkant (Japan, Zweden, Finland, enz.).

Bovendien is deze vaststelling specifiek van toepassing op problemen met een sociale gradiënt, dit zijn problemen die vaker voorkomen naarmate het inkomen daalt. Slechte gezondheid, geweld, onwelzijn bij kinderen, detentiecijfers, psychische aandoeningen, drugsverslaving en vele andere problemen zijn typische problemen met een sociale gradiënt. Deze problemen treffen de onderkant van de sociale ladder des te meer en verergeren naarmate de inkomensverschillen groter worden. Met andere woorden, ongelijkheid heeft een directe impact op de ‘sociale gradiënt’ en dat wordt grotendeels verklaard door het belang van de sociale status (Deel 1.1.1.).

1 Voorbeeld van de auteur van de tekst, H el ene Janssens.

Figuur 1: Gezondheids- en sociale problemen zijn ernstiger in meer ongelijke samenlevingen (Bron: Wilkinson & Pickett, 2009)



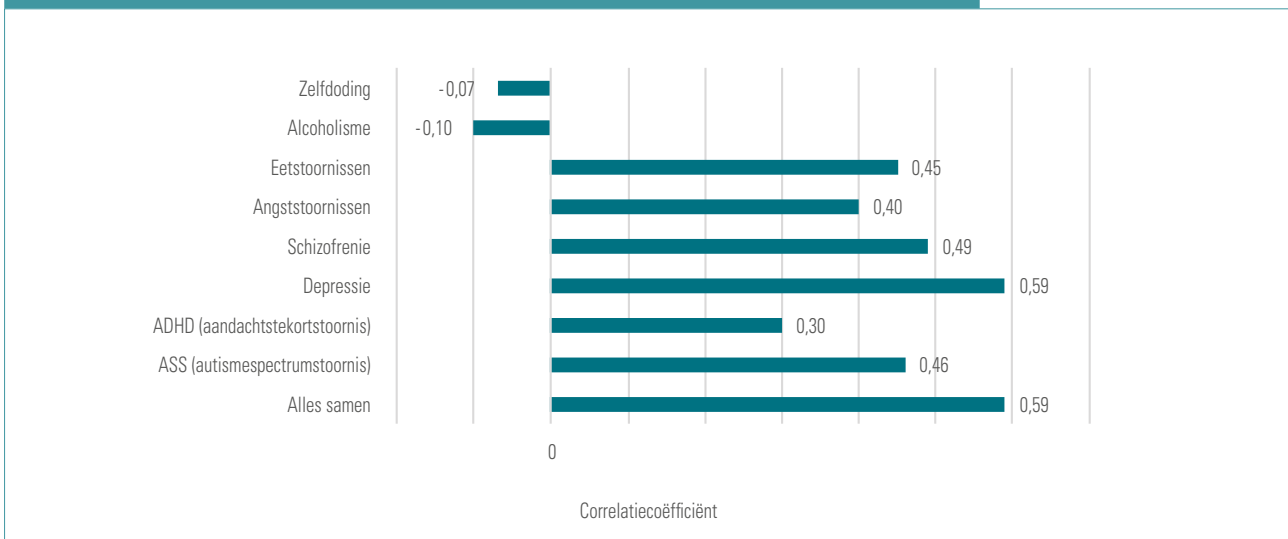
1.1. Ongelijkheid en mentale gezondheid

De impact van ongelijkheid gaat verder dan een eenvoudig verschil in consumptie tussen arm en rijk. Ongelijkheid heeft een diepgaande invloed op individuen doordat het hun psychologische systemen beïnvloedt. Ongelijkheid geeft vorm aan een reeks menselijke gedragingen, waaronder de houding tegenover anderen, het vermogen om te slagen of te falen, de neiging tot het ontwikkelen van angststoornissen en, meer in het algemeen, de mentale gezondheid. Hoe groter de inkomens kloof, en dus hoe ongelijker de samenleving, hoe groter de impact op de mentale gezondheid van mensen. Figuur 2 toont de correlatie tussen verschil-

lende specifieke mentale gezondheidsproblemen en ongelijkheid. Met uitzondering van zelfdoding en alcoholisme, correleren eetstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, depressie, aandachtstekortstoornis (ADHD) en autismespectrumstoornis (ASS) positief met ongelijkheid.

Bovendien zijn psychologische problemen, zoals hierboven vermeld, niet gelijkmatig verdeeld over de inkomenschaal, gezien de aanwezigheid van een sociale gradiënt op de lagere niveaus. Dat alles helpt om de uitgangspositie van individuen in het leven en de retoriek van individuele verantwoordelijkheid, die beweert dat 'willen is kunnen', te relativeren wanneer de startpositie zeer ongelijk is.

Figuur 2: Psychische problemen en inkomensongelijkheid in 36 OESO-landen (Bron: Barbalat & Franck, 2020, eigen vertaling)



1.1.1. Sociale status: een beangstigende dreiging voor de mens

Mensen zijn zeer gevoelig voor hun plaats in de maatschappij, of anders gezegd voor hun positie ten opzichte van anderen, die de sociale status definieert. Om te begrijpen waarom deze gevoeligheid bestaat, wordt gewezen op het systeem van rangorde: een hogere status wordt als belangrijker beschouwd, terwijl een lagere status wordt beschouwd als bijna waardeloos. Deze verschillen in status zijn des te groter in ongelijke situaties (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 67). Met andere woorden, verschillen in inkomen en rijkdom lijken belangrijk voor mensen omdat ze in staat stellen om superioriteit of inferioriteit uit te drukken.

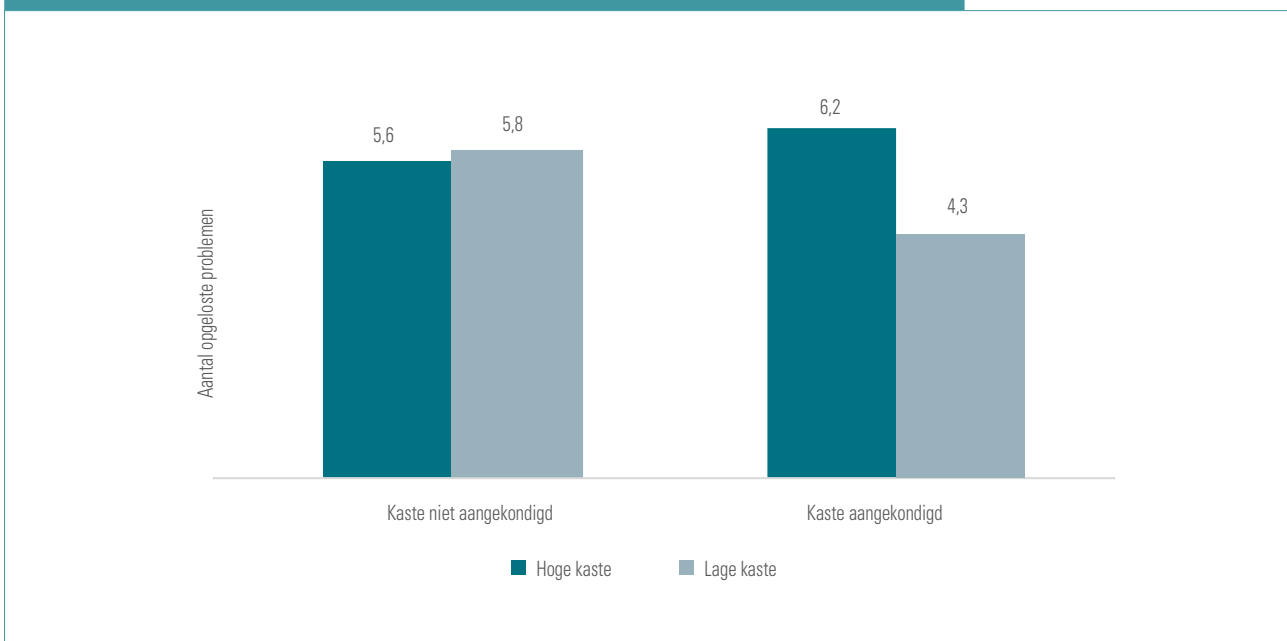
Het belang dat we aan status hechten, creëert stress en versterkt onzeker of angstig gedrag en zelfs terugtrekking tot het punt van onderwerping of ondergeschiktheid. In ongelijke systemen wordt deze situatie verergerd. Wanneer de helling van de ongelijkheid steiler is, neemt de onzekerheid gekoppeld aan de status toe, met zware psychologische gevolgen (depressie, angst, druggebruik, mentale gezondheidsproblemen, enz.). Zoals de auteurs herhaaldelijk aangeven, treffen deze kosten de volledige samenleving en niet alleen degenen die er het eerst onder lijden, namelijk de economisch meest kwetsbare bevolkingsgroepen. In dit opzicht is het belang van status voor succes op school eveneens interessant.

Ongelijkheid en schoolprestaties

Hoe anderen onze eigen status zien, heeft een impact op het lichaam (door stress), de emoties en de geest. Tests hebben aangetoond dat deelnemers minder goed presteren wanneer statuselementen voor het begin van de test zichtbaar worden gemaakt. Dit wordt geïllustreerd in figuur 3. Wanneer de sociaaleconomische status van de deelnemers niet gekend was, waren de antwoorden van de twee groepen vergelijkbaar. Maar wanneer de status werd bekendgemaakt, faalden mensen met een minder gunstige sociale positie significant vaker. De impact van de perceptie van anderen is groot en verklaart de mate waarin de sociale positie een bepalende factor is voor de capaciteiten, talenten en interesses van een individu. Dit in tegenstelling tot wat individuen over het algemeen geloven, namelijk dat hun plaats in de sociale hiërarchie (en dus hun succes) bepaald wordt door hun vaardigheden.

Deze stereotiepe vertekening, weergegeven in figuur 3, wordt voornamelijk verklaard door verhoogde fysiologische stress (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 237) en bevestigt vanuit een ander oogpunt het belang dat men hecht aan status en aan de overheersende rol van de hiërarchie. Hoe groter de inkomenskloof, hoe waarschijnlijker het is dat de prestaties (in wiskunde- of leestoetsen) statusverschillen zullen weerspiegelen. Als gevolg daarvan zullen de kans op geluk, slagen en de prestaties verschillen, en zullen de schoolprestaties op het niveau van de samenleving als geheel achteruitgaan (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 244).

Figuur 3: Het effect van kaste-identiteit op de prestaties van kinderen
(Bron: Hoff & Pandey, 2004, eigen vertaling)



1.1.2. Angst: de ziekte van ons allemaal

“In 1980 leed 4% van de Amerikanen aan een mentale stoornis die te maken had met angst. Vandaag is dat 50%. De angstepidemie treft naar schatting 8,2 miljoen Britten” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 37, eigen vertaling). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) lijden 350 miljoen mensen aan depressie, waarmee dit wereldwijd de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid is (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 70). Dit grote moderne kwaad gaat hand in hand met een statusangst die samenhangt met de manier waarop anderen en de maatschappij kijken naar wat individuen zijn (dit wil zeggen naar wat ze hebben). Deze angst neemt aanzienlijk toe naarmate we langs de inkomensladder afdalen. In ongelijke landen neemt de angst voor iedereen toe, zoals figuur 4 duidelijk laat zien.

1.1.3. Narcisme: een andere epidemie

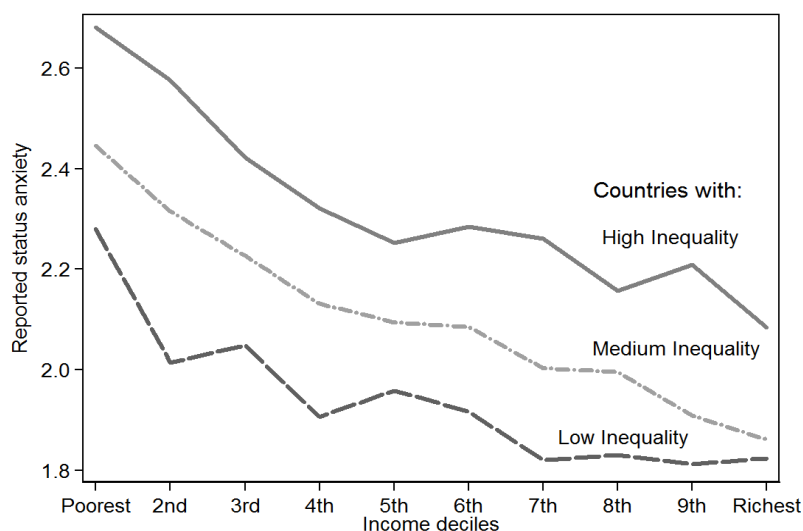
Inkomensverschillen duiden zeker op verschillen in consumptie, maar ook op meer uitgesproken statuskenmerken en een grotere sociale hiërarchie in deze populatie. Op basis van deze vaststelling worden in de studies van de auteurs theorieën aangehaald die verband houden met macht, en die onderwerps- en overheersingsgedrag verklaren. Met andere woorden, ongelijkheid en hiërarchie, of sociale status en macht, gaan hand in hand. Omdat sociale bedreigingen (de blik van anderen) sterker zijn in een ongelijke wereld, hebben individuen de neiging om zich op een meer zelfvoorzienende en robuuste manier te

gedragen. Anders gesteld, ze willen laten zien dat ze ‘beter’ zijn dan anderen om aan de sociale druk te ontsnappen en in een competitieve en ongelijke wereld stand te houden. Verschillende sociale groepen zullen op dezelfde manier proberen hun gevoel van eigenwaarde te vergroten en het geweld in de sociale relaties zal toenemen.

De onderzoekers Twenge en Campbell wijzen op een duidelijke toename van ‘narcistische persoonlijkheidsstoornissen’: in 2006 had in de Verenigde Staten 30% meer mensen een dergelijke stoornis dan in 1982 (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 109). Deze stoornis, die kenmerkend is voor de logica van ‘een tegen allen’, wordt gedefinieerd door symptomen van egocentrisch gedrag, zelfoverschatting en afwezigheid van empathie. Deze gedragingen zijn problematisch in de zin dat narcisme en zelfwaardering op onzekerheid gebouwd zijn en het vormen van gezonde menselijke relaties in de weg staan. Daarmee ondermijnen ze de opbouw van een samenleving waarin met iedereen rekening wordt gehouden. Kortom, ze bevorderen concurrentie boven samenwerking en vinden een gunstige voedingsbodem in kapitalistische samenlevingen.

“Door sociale competitie en individualisme te intensiveren, lijkt ongelijkheid aanleiding te geven tot een cultuur die hebzucht tot een deugd maakt, het nemen van risico’s verheerlijkt en de grens tussen leiden en domineren doet vervagen” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 117, eigen vertaling). Deze waarden creëren de voedingsbodem voor individuen (en leiders) met persoonlijkheidsstoornissen zoals liegen,

Figuur 4: In ongelijke landen is de sociale statusangst groter op alle inkomensniveaus (Bron: Layte & Whelan, 2014)



manipulatie, ongevoeligheid (en dus naast ongevoeligheid voor anderen ook ongevoeligheid voor de natuur), bedrog en egoïsme. Dit gedrag beïnvloedt zowel de mentale gezondheid van individuen als hun sociale relaties, die samen de gezondheid van de samenleving als geheel vormen.

1.2. Ongelijkheid, sociale relaties en samenleving

In een ongelijkere wereld is de afstand tussen de voorste en achterste rij in onze voorbeeldklas groter. Met andere woorden, de afstand tussen verschillende sociale groepen maakt het moeilijker om tot een gedeelde visie te komen over de samenleving waarin men wil leven, omdat individuen zich distantiëren van hetzelfde schuitje waar ze allemaal in zitten. Wanneer ongelijkheid de empathie in de samenleving als geheel vermindert, zoals blijkt uit de opkomst van het narcisme, wordt de noodzaak om de meest kwetsbaren te beschermen over het hoofd gezien en wordt de solidariteit ondermijnd (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 130). Dat de inwoners van landen met meer ongelijkheid bijvoorbeeld minder bereid zijn om hun medemensen te helpen, is een feit dat door de auteurs uitvoerig wordt gerapporteerd.

Zoals gezegd: waar sociale status belangrijker is, komen problemen die te maken hebben met 'macht' vaker voor. Omgekeerd bestaat er een positief verband tussen enerzijds meer gelijkheid en anderzijds broederlijkheid en een gedrag dat wederkerigheid, sociale verplichtingen, delen en erkenning van ieders behoeften waardeert. Het is een *conditio sine qua non* voor het opbouwen van een duurzame samenleving.

“De kracht van hiërarchieën en het belang van status in een samenleving vertellen ons hoe ver deze verwijderd is van gelijkheid, en hoe verder ze verwijderd is van gelijkheid en delen, hoe meer ze haar leden bijbrengt dat iedereen zichzelf moet zien te redden” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 346, eigen vertaling).

Wilkinson en Pickett hebben uitgebreid aangetoond dat een toename van de ongelijkheid de sociale cohesie, de burgerparticipatie, de betrokkenheid bij het lokale en gemeenschapsleven en de sociale mobiliteit vermindert (bijvoorbeeld minder huwelijken tussen klassen). “Gelijkheid was de norm gedurende meer dan 90% van het bestaan van de mensheid” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47, eigen vertaling). Dit impliceert ook een breder gemeenschapsleven, dit wil zeggen minder veranderlijke sociale relaties,

minder tijd die wordt besteed aan het herdefiniëren van onze positie op het sociale schaakbord en ons minder bedreigd voelen door het oordeel van de anderen. In meer egalitaire samenlevingen ontspant het sociale leven omdat er meer vertrouwen is, en minder angst, narcisme, zelftwijfel en opzichtige consumptie. Tegelijkertijd kan de productiviteitswinst worden gebruikt om tijd in plaats van geld te besparen. Er is minder inspanning nodig om in de race te blijven en daardoor waarschijnlijk meer tijd voor anderen (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 347).

1.3. Ongelijkheid en het milieu

Meer gelijkheid in het sociale functioneren zou ook bevorderlijk zijn voor de constructie van een ecologisch duurzame samenleving. In ongelijkere samenlevingen zien we een consumptiegericht gedrag dat gericht is op het beschermen van sociale status, de problematiek van 'ik koop, dus ik ben'. Dit wordt vaak samengevat in de woorden van de Amerikaanse socioloog Juliet B. Schor (Schor, 2004; Schor, 1997) dat het kopen van een dure auto een manier is om te pronken met rijkdom. Dat gedrag is echter ook schadelijk voor het milieu. Meer gelijke omgevingen zouden daarom vanuit ecologisch oogpunt wenselijker zijn, omdat er minder aankopen zouden worden gedaan om te pronken met rijkdom of om een lagere sociale status op de inkomensladder te verbergen. Al in het begin van de 20^{ste} eeuw beschreef de econoom Thorstein Veblen de neiging om zichzelf te vergelijken met mensen met een hogere sociaaleconomische status, wat past bij het kapitalistische systeem dat consumptie aanmoedigt (Veblen, 2007). **Zoals Wilkinson opmerkt, roept het feit dat psychische problemen zo veel voorkomen in de rijkste samenlevingen in de geschiedenis van de beschaving, grote vragen op** (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 322). Als het individualisme zou worden teruggedrongen ten voordele van het collectieve leven, zou een hele reeks acties worden vergemakkelijkt (herstellen, ruilen, delen, collectief bezit, enz.) omdat 'hebben' en 'kopen' niet langer de antwoorden zouden zijn op diepgewortelde angst.

1.4. Conclusie

Zoals Thomas Piketty het formuleert: “De ongelijkheid, en wat ze teweegbrengt, staat centraal in ons lot en onze mogelijke zelfvernietiging” (Piketty, 2019, eigen vertaling). De sociaaleconomische kloof tussen bevolkingsgroepen is nog steeds een realiteit die aan de kaak gesteld moet worden, gezien de omvang van de psychologische en an-

dere schade. Ongelijkheid is een last voor de samenleving omdat ze een negatieve invloed heeft op alle problemen met een sociale gradiënt (geweld, slechtere gezondheid², mislukking op school, onwelzijn bij kinderen, depressie, angst, enz.). Deze komen vaker voor bij de armsten, maar in een samenleving heeft ongelijkheid ook een invloed op het welzijn van rijkere mensen, zelfs als die een comfortabele baan en inkomen hebben. Met andere woorden, leven in een land met veel ongelijkheid betekent dat zowel de rijken als de armen slechter af zijn.

Ongelijkheid beïnvloedt in het bijzonder de mentale gezondheid. De wortels van deze psychologische problemen zijn het belang van status en de dreiging van het sociale oordeel. Dit zijn bronnen van angst. De psychische structuren worden dus veranderd door een maatschappij die groeiende inkomensverschillen tolereert. Ongelijkheid is schadelijk voor de sociale cohesie, de sociale mix en de menselijke relaties. Tot slot is een ongelijke samenleving niet ecologisch duurzaam, omdat consumptie vooral ostentatief blijft. Wilkinson concludeert dat een egalitaire samenleving een samenleving is die gebaseerd is op samenwerking en wederkerigheid. Daartegenover staan ongelijke systemen, waar rivaliteit en concurrentie de orde van de dag zijn, met tal van sociale en gezondheidsproblemen tot gevolg.

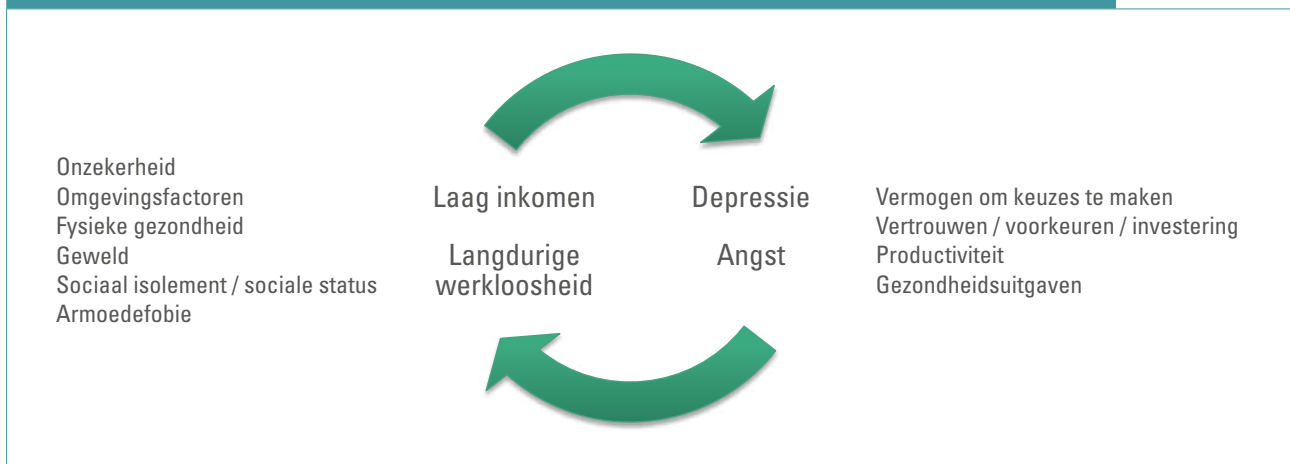
2. Olivier De Schutter: De vicieuze cirkel van armoede en depressie/ angststoornissen

Prof. dr. Olivier De Schutter belicht de nauwe relatie tussen armoede en mentale gezondheidsproblemen. Dit zijn twee zeer complexe concepten, met veel geassocieerde kenmerken, die uiteindelijk in verschillende richtingen op elkaar inwerken. Hij legt uit dat armoedebestrijding belangrijk is als we de mentale gezondheid in het algemeen willen verbeteren, maar dat we psychische problemen ook moeten destigmatiseren als we armoede structureel willen aanpakken.

De presentatie van Olivier De Schutter begint met een vaststelling die onderzoekers al lang onder de aandacht brengen: de correlatie tussen armoede en mentale gezondheid. Een van de opmerkelijkste voorbeelden is een longitudinaal onderzoek van Sareen en zijn team dat een zeer duidelijke correlatie aantoonde tussen het inkomensniveau en het risico op het ontwikkelen van depressie of angst (Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011). Crick Lund en zijn team van onderzoekers schatten dat mensen die in armoede leven 1,5 tot 3 keer meer kans hebben om depressies of angstsyndromen te ontwikkelen (Lund, et al., 2010). Ook Khun et al. hebben een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat, na de sluiting van een fabriek, het gebruik van antidepressiva bij mannen en het aantal zelfdodingen sterk toenamen in de betreffende regio (Kuhn, Lalive, & Zweimüller, 2009). Er bestaat dus een correlatie die door talloze onderzoeken is bevestigd. Dit vertelt ons echter niet meteen of armoede depressie en angst veroorzaakt, dan wel of depressie en angst bijdragen aan armoede. Deze presentatie tracht daarom aan te tonen dat deze relatie in feite in twee richtingen gaat: het is een vicieuze cirkel waarin de factoren rond armoede psychologische stoornissen veroorzaken, vooral depressie en angst, terwijl depressie of angst ook een handicap zijn die het moeilijker maakt om uit de armoede te geraken (zie Figuur 5).

2 Zie de CM-studie over gezondheidsongelijkheden (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Figuur 5: De factoren die een rol spelen in de vicieuze cirkel van armoede en depressie en angststoornissen (Bron: De Schutter, presentatie CM-studiedag, 2023)



2.1. De invloed van de factoren rond armoede op de mentale gezondheid

De eerste factor rond armoede die Olivier De Schutter identificeert is **onzekerheid**. Verschillende studies tonen aan dat, meer nog dan het inkomensniveau en ernstige materiële ontberingen die het gevolg zijn van armoede, de onzekerheid en instabiliteit van de context waarin men leeft en de risico's voor de toekomst psychische stoornissen veroorzaken.

Een artikel van Pierce en Schott onderzoekt het aantal zelfdodingen in de Amerikaanse districten die het zwaarst werden getroffen door de toetreding van China tot de Wereldhandelsorganisatie (WTO – *World Trade Organisation*) en de daaruit voortvloeiende concurrentie: intensivering van het werk, risico op fabriekssluitingen, het gevoel van overbodigheid dat ervaren kan worden in een context van mondialisering en goedkopere concurrentie uit het buitenland, waardoor de angst ontstaat om werkloos te worden. De auteurs tonen aan dat het aantal zelfdodingen stijgt – en nog meer onder mannen – vanaf 2000, wat overeenkomt met de toetreding van China tot de WTO en de daaruit voortvloeiende bedreigingen voor de werkgelegenheid (Pierce & Schott, 2020).

Andere experimenten wijzen in dezelfde richting, zoals een experiment over de voordelen van een gratis ziektekostenverzekering (Finkelstein, et al., 2012). In de eerste maanden waarin de steekproef van mensen deze verzekering kreeg – die hen anders tussen de 550 en 750 US dollar per jaar zou hebben gekost – daalde het depressiepercentage met 25%, wat zeer significant is, en zelfs significanter dan wat

het resultaat zou zijn geweest van een verhoging van het inkomen van deze mensen.

Het verminderen van onzekerheid door mensen uit te rusten met mechanismen die hen in staat stellen om de toekomst met vertrouwen tegemoet te zien, is dus een manier om te voorkomen dat ze psychische problemen zoals depressie of angst ontwikkelen. Dit kan ook in verband worden gebracht met de resultaten van een onderzoek dat een groot aantal mensen volgde die de loterij hadden gewonnen in Zweden. Daaruit bleek dat deze mensen meer tevreden waren met hun financiële leven dan een controlegroep, maar dat hun mentale gezondheid niet veel veranderde (Lindqvist, Ostling, & Cesarini, 2018). De verklaring is dat de mentale gezondheid minder afhangt van rijkdom dan van de zekerheid die een ontwikkelde welvaartsstaat biedt. Met andere woorden, de mentale gezondheid wordt niet echt beïnvloed door het winnen van de loterij, want in een land als Zweden heeft men een bepaalde mate van zekerheid dankzij de welvaartsstaat.

De tweede les is dat armoede de bron is van kwetsbaarheden die als **omgevingsgerelateerd** kunnen worden omschreven. Personen in armoede wonen vaak in de meest vervuilde en lawaaierige buurten, waar het moeilijker is om een goede nachtrust te krijgen – er is een nauw verband tussen de kwaliteit van de nachtrust en het risico op het ontwikkelen van mentale stoornissen – en waar er minder toegang is tot buitenactiviteiten, minder groene ruimtes om te bewegen, minder contact met de natuur, enz. Ook dat is dus een risicofactor die de correlatie tussen een laag inkomen/werkloosheid en depressie/angst verklaart.

Wie in armoede leeft, heeft uiteraard ook meer moeite om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, met gevolgen voor de **lichamelijke gezondheid**. En wie lijdt, wie constant pijn heeft, wie niet goed verzorgd wordt, kan ook ontmoedigd raken en depressies en angstsyndromen ontwikkelen. Er is dus een verband tussen de fysieke en de mentale gezondheid.

Daarnaast is er meer intrafamiliaal **geweld** in gezinnen die in armoede leven, onder meer doordat armoede stress veroorzaakt bij de ouders, wat de relaties tussen de ouders onderling en tussen de ouders en de kinderen beïnvloedt.

Nog belangrijker, en nauwer verbonden met het mandaat van Olivier De Schutter als speciaal rapporteur over armoede bij de Verenigde Naties, is het feit dat lage inkomens en langdurige werkloosheid individuen in een vorm van **sociaal isolement en angst brengen, gekoppeld aan hun sociale status**, waardoor het risico op depressie en angst toeneemt.

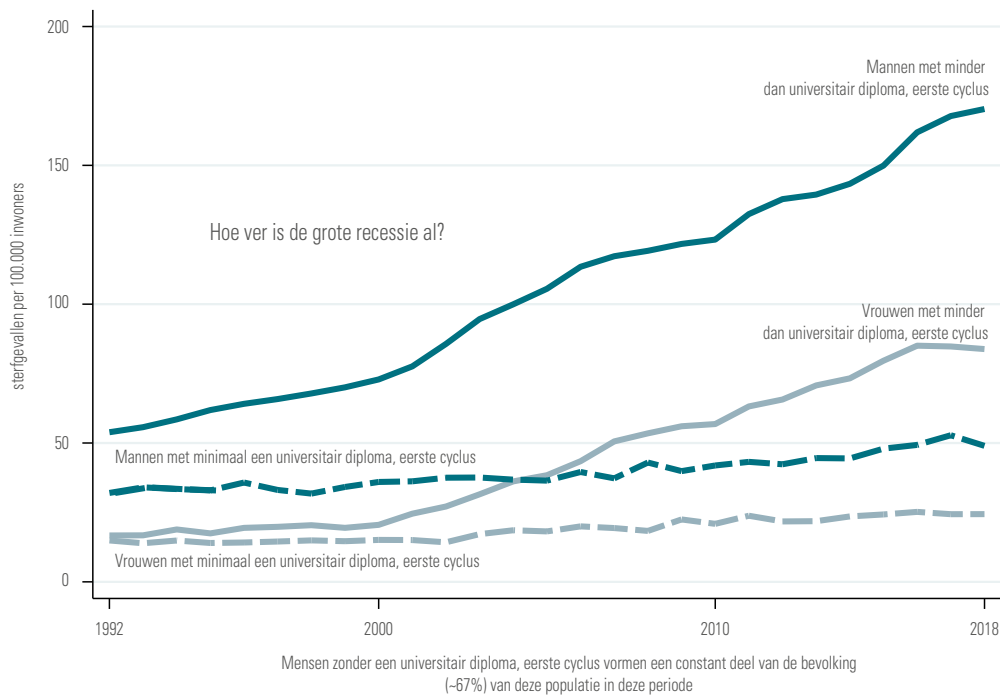
Wilkinson en Pickett hebben aangetoond dat het feit dat een samenleving gemiddeld eerder rijk dan arm is, niet betekent dat ze de uitdagingen waarvoor ze staat ook oplost. Integendeel, het zijn de landen met de grootste ongelijkheid, zoals Portugal, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, die het moeilijkst kunnen antwoorden op de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden, waaronder die van de mentale gezondheid (Wilkinson & Pickett, 2009). In een ander onderzoek dat zich richtte op de mentale gezondheid, toonden Wilkinson en Pickett ook aan dat **samenlevingen met de hoogste niveaus van ongelijkheid ook samenlevingen zijn met de hoogste percentages psychische aandoeningen**, met name depressie en angst (Pickett & Wilkinson, 2010). De prioriteit moet daarom niet liggen bij economische groei en het creëren van geldelijke rijkdom in het algemeen. Ze moet wel liggen bij het verminderen van de ongelijkheid, gezien de angst die wordt gecreëerd door het feit van te leven in zeer ongelijke samenlevingen waarin men zich voortdurend vergelijkt met anderen en bang is om de sociale status te verliezen die men heeft verworven in deze sterke concurrentie. Met andere woorden, hoe rijker een land is, hoe groter de kans op een toename van het aantal mensen met mentale gezondheidsproblemen, omdat dit landen zijn met een hogere intensivering van het werk en een hogere druk om competitief te zijn.

Olivier De Schutter koppelt dit ook aan de context van onze economieën via het werk van de econoom Milanovic. Deze onderzocht de ongelijkheid alsof de wereldbevolking één land zou zijn, om de veranderingen in de inkomens van de verschillende percentielen van de wereldbevolking te analyseren tussen 1988 en 2008, 20 jaar van zeer sterke mondialisering (Milanovic, 2016). In deze periode stegen de inkomens met gemiddeld 24%. Toch zagen veel mensen in westerse landen hun inkomen stagneren, terwijl de inkomens van hun concurrenten in het buitenland zijn gestegen en de inkomens van de rijkste 1-2% personen drastisch zijn gestegen. Dit laat zien dat de ongelijkheid in rijke landen toeneemt en onderhevig is aan een wereldwijde concurrentie. Die gaat vervolgens ten koste van de laagst gekwalificeerde werknemers, van wie de banen het meest bedreigd worden door het risico op delocalisatie, waardoor ook de onderhandelingspositie van de vakbonden die de rechten van werknemers verdedigen verzwakt. Het onderzoek van Milanovic illustreert de **achteruitgang van de middenklasse in ontwikkelde landen** en de bedreigingen voor de werkgelegenheid van laaggeschoolde arbeiders in rijke landen. Ze kunnen psychische stoornissen ontwikkelen die verband houden met hun onzekere toekomst.

Case en Deaton publiceerden in 2018 *'Deaths of despair'*, waarin ze de daling van de levensverwachting voor één bevolkingsgroep in een rijk land (laaggekwalificeerde blanke Amerikanen 50-54-jarigen) verklaren door het feit dat deze mensen de eerste slachtoffers zijn van de epidemie van opioïdengebruik, van alcoholmisbruik en vaker zelfdoding plegen (zie Figuur 6) (Case & Deaton, 2020). Dit kan verband houden met het gevoel van overbodigheid dat deze groep laaggeschoolde werknemers ervaart in een context waarin ze geleidelijk worden vervangen door machines en in recente jaren geconfronteerd worden met het risico op delocalisatie. Deze onderzoeken laten zien hoezeer de **angst voor sociale degradatie, de groeiende ongelijkheid en de onzekerheid over de toekomst van het werk** kunnen leiden tot een soort zelfvernietiging, hetzij direct door zelfdoding, hetzij door de langzame zelfdoding als gevolg van drugs- of alcoholmisbruik.

Armoedefobie kan ook een rol spelen in de mentale gezondheid, namelijk door de discriminatie, vernederingen, stigmatisering en dagelijkse ervaringen van minachting die mensen in armoede ondervinden. Armoedefobie is net zo venijnig als racisme, seksisme of homofobie en kan ook een bron zijn van verlies van zelfvertrouwen, depressie en angst.

Figuur 6: Sterfte door drugs, alcohol en zelfdoding onder blanke, niet latino personen tussen 50 en 54 jaar in de Verenigde Staten (Bron: Case & Deaton, 2020, eigen vertaling)



2.2. De invloed van de mentale gezondheid op armoede

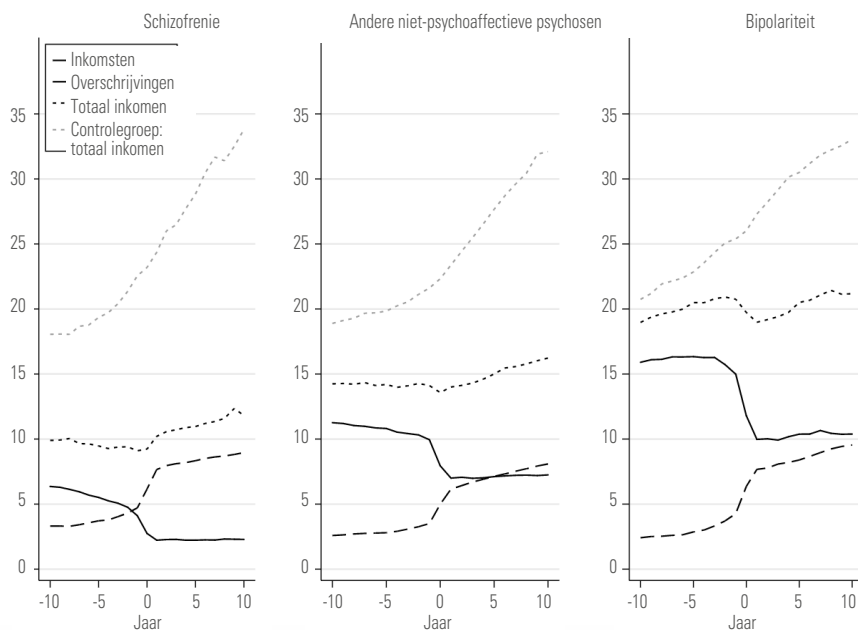
Alle factoren die Olivier De Schutter in het eerste deel van zijn presentatie schetste, verklaren waarom economische onzekerheid, gebrek aan voldoende inkomen en periodes van werkloosheid, vooral langdurige werkloosheid, kunnen leiden tot depressie- of angstsyndromen. Maar ook het omgekeerde is waar.

Een onderzoek trachtte de impact te meten van psychische aandoeningen (schizofrenie, bipolariteit en andere vormen van psychose) op de sociaaleconomische situatie van een populatie van meer dan 2.000.000 personen in Finland tussen 1988 en 2015. Uit de resultaten blijkt dat **mensen die aan deze aandoeningen lijden, veel meer moeite hebben om aan werk te geraken, en dat dit gevolgen heeft voor hun vermogen om een toereikend inkomen te verwerven**. Naarmate deze stoornissen zich ontwikkelen, neemt de welvaartsstaat in Finland het over, zodat de inkomens niet te sterk dalen. Desondanks zijn de inkomens van mensen die aan deze stoornissen lijden lager dan in controlegroepen die niet door deze stoornissen worden getroffen (zie Figuur 7). In deze controlegroepen stijgt het inkomen met de leeftijd en de beroepservaring, terwijl dit helemaal niet

het geval is voor mensen die deze aandoeningen ontwikkelen (Hakulinen, et al., 2019).

Mullainathan en Shafir komen met een eerste verklaring voor het onvermogen van mensen met psychische problemen om op de arbeidsmarkt te integreren en een inkomen te verdienen, maar deze verklaring is problematisch. Volgens deze auteurs nemen personen die van alles tekort hebben, beslissingen die niet rationeel zijn. Beslissingen worden genomen onder invloed van de stress van overal tekort aan hebben, en men heeft het eigen leven niet goed in de hand (Mullainathan & Shafir, 2013). Een citaat uit het boek *'Scarcity'*: "Studies tonen een verband aan tussen armoede en contraproductief gedrag. Mensen in armoede maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, houden zich niet aan medicamenteuze behandelingen, zijn te laat op afspraken en komen die minder vaak na, zijn minder productieve werknemers, minder oplettende ouders en minder goede beheerders van hun financiën. Deze op zich al zorgwekkende gedragingen zijn nog problematischer omdat ze de armoede kunnen verergeren. Acute budgettaire bekommernissen zorgen ervoor dat er minder cognitieve middelen beschikbaar zijn om keuzes en acties te sturen" (Mullainathan & Shafir, 2013, eigen vertaling).

Figuur 7: Vergelijking van veranderingen in het inkomen van mensen met psychische aandoeningen in Finland met een controlegroep (Bron: Hakulinen et al., 2019, eigen vertaling)



Volgens Olivier De Schutter zijn mensen die in armoede leven echter in veel opzichten net zeer rationeel, bijvoorbeeld wanneer ze hun dagelijkse uitgaven tot op de cent nauwkeurig berekenen. Aan de ene kant is er deze hyper-rationaliteit en aan de andere kant is er gedrag dat niet altijd het meest redelijke is op middellange en lange termijn. We moeten afstand nemen van deze onderzoeken en van het idee dat we beslissingen voor deze mensen moeten nemen in plaats van hun autonomie en zelfbeschikking te erkennen. Omgekeerd kunnen we deze mensen helpen de juiste keuzes te maken door hen te steunen en vooral gerust te stellen over hun financiële en economische zekerheid. De eerste vraag die we kunnen stellen, is of het feit dat iemand in armoede leeft leidt tot het maken van slechte keuzes, zodat een vicieuze cirkel ontstaat.

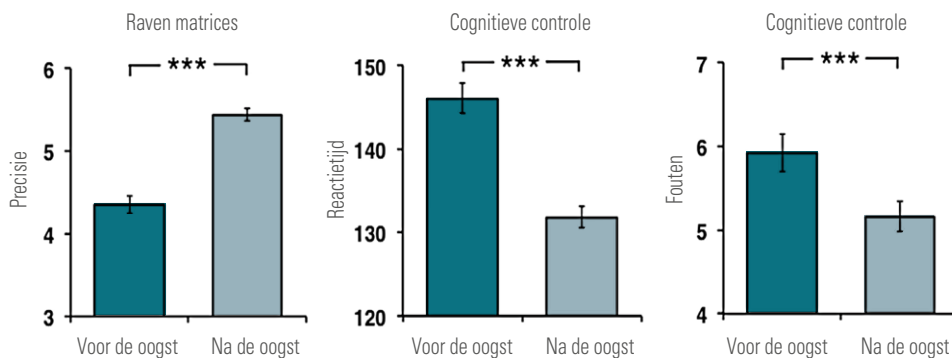
In een ander bekend onderzoek volgden Mani et al. suikerriettelers in een Indiase deelstaat voor en na de oogst. Ze stelden vast dat de boeren na de oogst beter presteerden op IQ- en cognitieve tests, sneller redeneerden en minder fouten maakten (zie Figuur 8) (Mani, Mullainathan, Shafir, & Zhao, 2013). De conclusie zou dus zijn dat ze na de oogst betere beslissingen nemen dan ervoor. Hieruit kunnen we afleiden dat mensen in armoede niet goed in staat zijn om de juiste keuzes te maken, en dit is ongetwijfeld iets dat ons zou moeten alarmeren en deels de vicieuze cirkel ver-

klaart: het **vermogen om de juiste keuzes te maken, wordt ongetwijfeld beïnvloed door onze mentale toestand.**

Volgens Olivier De Schutter maakt iemand die depressief is, die leeft in angst voor morgen, soms keuzes die gedicteerd worden door overwegingen die niet voldoende doordacht zijn en die onvoldoende rekening houden met de lange termijn. Wat we zien is dat **mensen in armoede geen risico's durven nemen** en de voorkeur geven aan de beslissing die het minste risico inhoudt, zelfs als dat irrationeel is omdat het veel beter zou zijn om een klein risico te nemen in de hoop op grotere voordelen in de toekomst.

De **overwaardering van stabiliteit** boven de mogelijkheid van voordelen op de langere termijn verklaart ook gedeeltelijk waarom mensen geen gebruik maken van hun rechten. Wanneer men administratieve hindernissen moet overwinnen, op bureaucratische deuren moet kloppen, documenten moet verzamelen om toegang te krijgen tot bepaalde sociale voordelen, is dat op korte termijn een inspanning en krijgen dringende kwesties voorrang. Men heeft meer directe zorgen dan op zoek te gaan naar die kinderbijslag of die bonus om de toegang tot huisvesting te bevorderen, men gaat niet alle obstakels aan bij het zoeken naar een baan, enz. Men eist zijn rechten niet op omdat men de korte boven de lange termijn verkiest, wat

Figuur 8: Suikerrietelers in Tamil Nadu, prestaties in termen van het vermogen om logische problemen op te lossen (Raven), responstijd (RT) of foutenpercentage, voor en na de oogst (Bron: Mullainathan & Shafir, 2013, eigen vertaling)



de tweede reden is waarom depressie en angst armoede kunnen veroorzaken.

Wie depressief of angstig is, kan een **minder productieve** werknemer zijn, deels omdat men discriminatie ondervindt, zich minder op zijn gemak voelt in sociale omgevingen en zich gestigmatiseerd voelt, minder gemotiveerd is om zich in te zetten voor het werk en om de negatieve stereotypen waarvan men het slachtoffer is te overwinnen, en deels ook omdat men minder netwerken heeft. Mensen die lijden aan depressie en angst, hebben over het algemeen een gebrek aan zelfvertrouwen en hebben minder netwerken om op terug te vallen voor toegang tot werk en professionele vooruitgang.

Wie aan een depressie of een ernstige angstaandoening lijdt, heeft bovendien **gezondheidszorguitgaven**, wat de bestaansonzekerheid versterkt. Dat zijn de ingrediënten die deze vicieuze cirkel verklaren.

2.3. Conclusie

Het eerste punt in de conclusie van de presentatie is dat wanneer we rond armoede werken, zoals Olivier De Schutter de afgelopen vier jaar heeft gedaan in het kader van zijn mandaat bij de Verenigde Naties, oplossingen rond een minimumloon of fatsoenlijk loon, sociale bijstand, het versterken van de welvaartsstaat, eerlijke fiscaliteit, enz., als eerste worden overwogen. Te vaak wordt het belang van investeren in de preventie van mentale gezondheidsproblemen onderschat. Volgens Olivier De Schutter is de

beste investering die we kunnen doen in termen van kosten-batenverhouding het **intensiveren van de preventie van psychische stoornissen**. Zo kan men vermijden dat mensen in economische moeilijkheden lijden aan depressies en angsten, wat dan kan leiden tot de vicieuze cirkel die de armoede versterkt. De kosten van de investering in mentale gezondheid zijn laag in vergelijking met de voordelen op vlak van armoedebestrijding. Dit is de beste manier om armoede te bestrijden.

De tweede conclusie is dat mensen die lijden aan depressie, angst, psychose, schizofrenie en bipolaire aandoeningen vaak gestigmatiseerd worden. Het is nog altijd iets waar mensen zich voor schamen. Ze durven niet op consult te gaan of te zeggen dat ze op consult gaan. **Mentale gezondheidsproblemen moeten van hun stigma worden ontdaan, want anders worden mensen niet aangemoedigd om zich te laten behandelen en zal hun sociaal isolement alleen maar toenemen.**

Ten derde zijn de mondialisering, die ons wordt verkocht als bron van sociale vooruitgang en economische groei, de introductie van nieuwe technologieën op de werkplek, de robotisering en artificiële intelligentie bronnen van **economische onzekerheid en angst om een baan te verliezen. Deze kunnen vervolgens de mentale gezondheid ondermijnen van de mensen die door deze ontwikkelingen worden bedreigd.** De koopkrachtcrisis en de onzekerheden als gevolg van een slecht beheerde mondialisering en snelle technologische veranderingen brengen dus extra risico's met zich mee, waar we ons bewust van moeten zijn.

3. Piet Bracke: Sociale ongelijkheden in geestelijke gezondheid

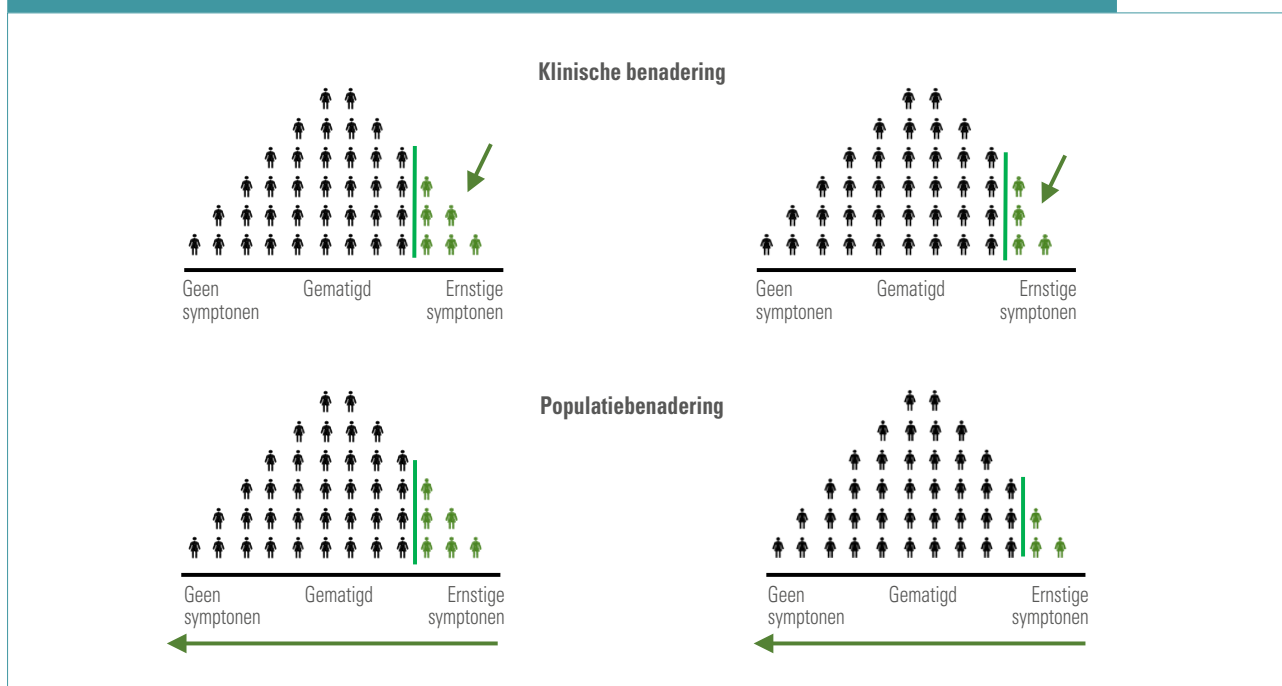
In zijn presentatie wil prof. dr. Piet Bracke een aanzet geven voor hoe we moeten nadenken over *public mental health*, dit is mentale gezondheid als uitdaging voor de volksgezondheid. Als we sociale ongelijkheid en mentale gezondheidsproblemen willen indijken, moeten we ons beter bewust worden van zowel de mogelijkheden als de beperkingen van interventies op verschillende niveaus, zo stelt hij. Zowel preventie als curatieve interventies bieden voordelen, maar hebben vaak ook ongewenste nadelen. Om die goed in kaart te kunnen brengen, plaatst Bracke enkele verschillende invalshoeken naast elkaar.

3.1. Een klinische versus een populatiebenadering van volksgezondheid

Bij wijze van inleiding staat Piet Bracke stil bij twee mogelijke benaderingen om binnen het domein van de volksgezondheid te kijken naar mentale gezondheid, het zorggebruik en de sociale ongelijkheid daarin. Een eerste is de typisch **klinische benadering** waarbij de focus ligt op die

mensen die geconfronteerd worden met ernstige klachten, op de groep met een hoog gezondheidsrisico, gedefinieerd op basis van klinische criteria (zie Figuur 9). De nadruk ligt hier op **curatieve interventies** (met uitzondering van tertiaire preventie of het verhinderen dat een conditie er verder op achteruitgaat) die weliswaar effectief kunnen zijn, maar die voor de algemene volksgezondheid en voor de ongelijkheid in gezondheid relatief irrelevant zijn. Ze dragen ook niet bij tot een afname van de omvang van de totale doelgroep van mensen met psychische klachten, zowel ernstige als eerder milde. Een tweede mogelijke benadering is de **populatiebenadering** die kijkt naar de spreiding van klachten binnen de algemene bevolking (zie Figuur 9). Hierbij gaat men uit van een normale distributie, gaande van mensen die zich compleet goed voelen tot zij die geconfronteerd worden met ernstige psychische klachten en problemen. Sociologen die dit fenomeen bestuderen, beschouwen psychische klachten als een normale manier van zich te gedragen en zoeken naar sociale determinanten van gezondheid en de spreiding hierin. Hun **interventies** zijn **meer gericht op** de totale bevolking en op **een verschuiving van de volledige bevolking in de richting van minder klachten** ('*shifting the curve*'). In deze benadering is **ook ruimte voor preventiedenken**. Dergelijke aanpak heeft een directe impact op de groep met ernstige klachten, aangezien die in omvang afneemt. Maar daarnaast heeft ze een zeer grote impact op mensen met eerder milde klachten. Dit laatste is meteen ook een van de zwakke

Figuur 9: Klinische versus populatiebenadering van mentale gezondheid (Bron: Bracke, presentatie CM-studiedag, 2023)



punten van de populatiebenadering. Als men zich richt op het algemeen verbeteren van de mentale gezondheid in de bevolking, ziet een grote groep er het nut niet van in omdat ze zich eigenlijk al goed voelen.

3.2. Ongelijkheid in geestelijke gezondheid als maatschappelijk fenomeen

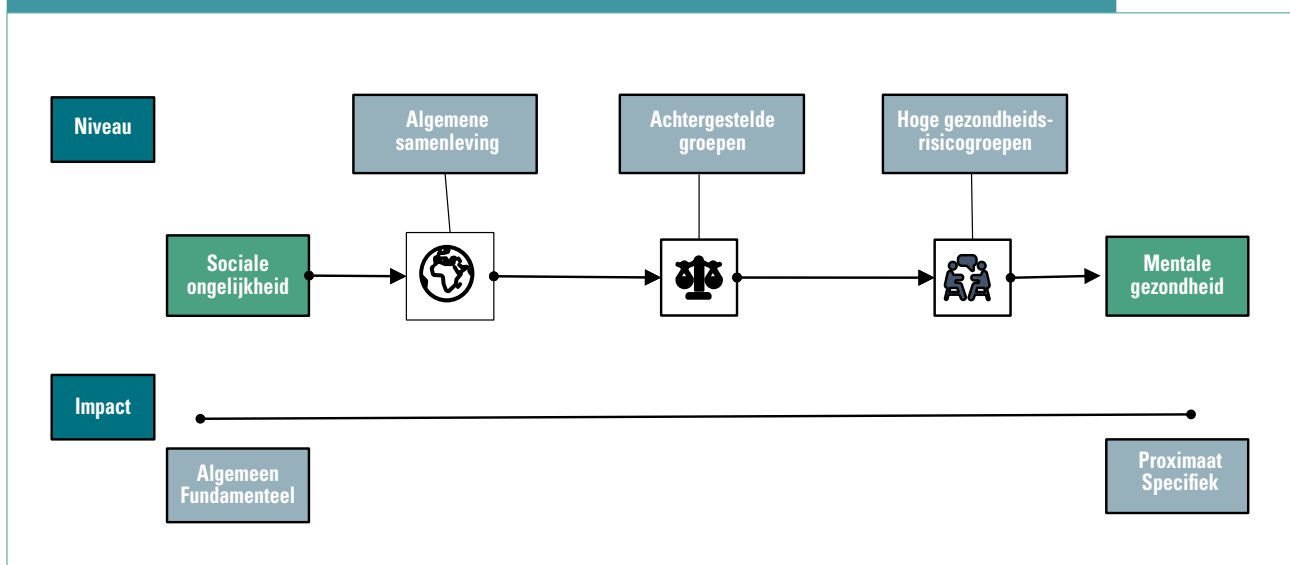
Voor de denkoefening over maatschappelijke factoren die impact hebben op de geestelijke volksgezondheid en op de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid, neemt Piet Bracke als vertrekpunt de veronderstelling dat ongelijkheid in mentale gezondheid een maatschappelijk fenomeen is en dat de oorzaken en de interventies zich op hetzelfde niveau moeten situeren. Hij onderscheidt drie niveaus met elk hun mogelijkheden en beperkingen: het niveau van de algemene samenleving, het niveau van de achtergestelde groepen en het niveau van de hoge gezondheidsrisicogroepen (zie Figuur 10).

3.2.1. Het niveau van de algemene samenleving

Op het eerste niveau gaat het erom hoe een samenleving zich organiseert, om de algemene systemen van stratificatie en de welvaartsstaat, de sociale organisatie van de economie of van verwantschap. Een zeer relevant aspect hier is de **genderstratificatie** binnen de samenleving. Gender is een belangrijke factor wanneer het gaat over geestelijke gezondheid. Voor sommigen wordt het verschil in geestelijke gezondheid volgens geslacht vooral

biologisch verklaard, maar onderzoek heeft aangetoond dat het genderverschil niet overal even uitgesproken is. Dit komt omdat dit verschil ook te maken heeft met hoe **sociale verhoudingen op een gendered manier georganiseerd** zijn, dus met **de mate van genderongelijkheid of gendergelijkheid in een samenleving**. Een studie naar de verdeling van klachten van angst en depressiviteit in verschillende samenlevingen wijst uit dat er in samenlevingen met een grote graad van genderongelijkheid een duidelijk verschil is in de prevalentie van de klachten volgens geslacht (Bracke, Delaruelle, Deruedde, & Van de Velde, 2020). Bovendien nemen de klachten toe met de leeftijd, evenals de kloof tussen vrouwen en mannen. In samenlevingen met grote graad van gendergelijkheid, bijvoorbeeld Noorwegen, zijn er daarentegen weinig genderverschillen in mentale gezondheid en neemt het welbevinden toe met de leeftijd. Het geslachtsverschil in depressiviteit wordt dus sterk bepaald door verschillen tussen mannen en vrouwen in machtsverhoudingen en statusverhoudingen in samenlevingen. Genderstratificatie is een fundamenteel proces en heeft als maatschappelijk fenomeen ook een impact op een resem andere domeinen die ook indirect gelinkt zijn aan het mentaal welbevinden, zoals werken in precair werk of niet precair werk, reproductieve gezondheid, de mate waarin mensen in staat zijn het leven te leiden dat ze zelf willen, enz. Een belangrijke kanttekening hier is dat deze algemene processen **fundamentele processen zijn die moeilijk te wijzigen zijn**, en waarop mensen, hulpverleners zeer weinig controle hebben en die ze moeilijk direct kunnen beïnvloeden. Een bijkomende moeilijkheid op het niveau van de brede samenleving is dat **veel van wat gedaan wordt ertoe leidt dat ongelijkhe-**

Figuur 10: Drie niveaus van oorzaken in ongelijkheid in mentale gezondheid (Bron: Bracke, presentatie CM-studiedag, 2023)



den gereproduceerd worden, eerder dan dat ze verholpen worden. Dit heeft veel te maken met de wijze waarop de interventies uitgebouwd worden.

Nog in verband met het genderverschil, is geweten dat vrouwen meer klachten vertonen van angst en depressiviteit. Maar toch is er niet de verwachte genderkloof in het **gebruik van hulp**. Vrouwen stoten immers op een aantal drempels die hen verhinderen professionele hulp te zoeken. Dit bleek ook uit studies rond determinanten van hulpzoekend gedrag die in de conclusies verwijzen naar redenen waarom vrouwen er soms minder goed toe komen om professionele hulp te zoeken (Buffel, Van de Velde, & Bracke, 2014). Ten eerste leven vrouwen doorgaans meer in armoede dan mannen, bijvoorbeeld in een eenoudergezin na een echtscheiding waarbij vrouwen en hun kinderen in preciaire omstandigheden moeten leven. Ten tweede nemen vrouwen nog steeds meer dan mannen zorgtaken op voor hun kinderen, voor andere leeftijdsgenoten en voor de ouders. Dit verhindert hen soms om voor zichzelf te zorgen en professionele hulp te zoeken.

Een andere studie wijst dan weer op het fenomeen van de **stigmatisering van de dienstverlening**. Er wordt vaak gezegd dat mannen aarzelen professionele hulp te zoeken omdat ze bij psychische klachten meer geneigd zijn om op zichzelf terug te vallen en om zelfredzaamheid centraal te stellen. Uit de resultaten van de studie blijkt evenwel dat deze zelfredzaamheid niet enkel verwacht wordt door mannen over zichzelf, maar ook door de vrouwen uit hun omgeving (Pattyn, Verhaeghe, & Bracke, 2015). Dit genderstereotype is dus duidelijk een cultureel gegeven dat mannen verhindert op tijd hulp te zoeken, waardoor ze op het moment van een hulpvraag al kampen met zeer ernstige klachten.

3.2.2. Het niveau van de achtergestelde groepen

Een tweede niveau, dat van de achtergestelde groepen, betreft bijvoorbeeld mensen in armoede, kortgeschoolden, met een migratieachtergrond, en vooral mensen die deze achterstellingen accumuleren. Het gaat eveneens om de buurten waarin deze groepen geconcentreerd leven als gevolg van sociale segregatieprocessen. Het is **het niveau voor oorzaken voor ongelijkheid in mentale gezondheid** en ook het niveau **waar interventies kunnen gepland worden om met die ongelijkheid om te gaan**. Ter illustratie verwijst Piet Bracke naar een studie over de impact van de economische crisis en van buurtvernieuwingsprojecten op de mentale gezondheid en het gebruik van psychofarmaca in de Spaanse regio's in Andalusië (Zapata Moya &

Navarro Yañez, 2021). Uit de analyses blijkt duidelijk dat de economische crisis algemeen een impact had op de geestelijke gezondheid en op het gebruik van psychofarmaca. Maar deze impact is veel geringer voor huishoudens in wijken waar aan stadsrenovatie is gedaan in vergelijking met huishoudens in wijken waar er geen stadsrenovatie was (= controlegroep). Bijgevolg is inzetten op buurtrenovatie een zeer belangrijke determinant van geestelijke gezondheid en in dit geval het gebruik van psychofarmaca.

Anderzijds weet men uit ander onderzoek dat zelfs interveniëren op dit niveau maar een zeer geringe impact heeft op de totale volksgezondheid en op de globale ongelijkheid in mentale gezondheid. Er zijn immers allerlei andere processen op hogere niveaus die het effect van het buurtniveau deels kunnen tenietdoen. We denken bijvoorbeeld aan processen die sociale klassen in onze samenleving van elkaar scheiden (klassensegregatieprocessen) en waarbij de geschoolde middenklasse in de betere wijken woont, terwijl de laagbetaalde en kortgeschoolde klasse uitwijkt uit naar de meer preciaire wijken. Op die manier reproduceren interventies op dit niveau in feite de gezondheidsongelijkheid. Sociologen verwijzen hier naar **klassensegregatie als een fundamentele oorzaak van ongelijkheid in welbevinden die zichzelf bovendien blijft reproduceren**.

3.2.3. Het niveau van de hoogrisicogroepen

Ten slotte is er het niveau van de hoogrisicogroepen, waar onder bijvoorbeeld mensen met suïcidale gedachten, met een voorgeschiedenis van bipolaire stoornissen, enz. Dit is de groep waarop de **curatieve residentiële psychiatrie** zich hoofdzakelijk richt. Hoewel deze benadering als **effectief en relevant** wordt ervaren, zowel door de professionelen als door de cliënten, is het probleem met deze benadering dat ze **geen impact** heeft **op de volksgezondheid**. Er zijn immers geen zuiver klinische interventies gekend die de volksgezondheid verbeteren. Deze interventies hebben ook **geen impact op de ongelijkheid in mentale gezondheid**. Integendeel, de wijze waarop sommige interventies worden georganiseerd, reproduceren juist die ongelijkheid. Men kan curatief interveniëren in populatiegezondheid. Het is vergelijkbaar met het uitdelen van hoestsiroop tijdens een griep epidemie. Deze zal bij een individu het hoesten verlichten, maar dit heeft geen impact op het rondom ons razen van het griepvirus. De vraag is dan uiteraard hoe de verspreiding van het griepvirus wel kan beïnvloed worden. Dezelfde denkoefening moet worden gemaakt voor mentale gezondheid: hoe moet men interveniëren om iets te doen aan de ongelijkheid in mentale gezondheid.

Bij wijze van voorbeeld verwijst Piet Bracke naar een studie op basis van de gegevens van de gezondheidsenquêtes van Sciensano over de evolutie in het gebruik van psychofarmaca en psychotherapie in de Belgische bevolking gedurende de laatste vijftien jaar (Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023a; Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023b). Deze studie vergelijkt de evolutie tussen vier groepen mensen met een zelfverklaarde depressie: zij die enkel farmacologische behandeling volgden, zij die geen behandeling gevraagd of gekregen hebben, zij die enkel langsgingen bij een psychotherapeut of klinisch psycholoog en ten slotte zij die zowel antidepressiva namen als zich psychotherapeutisch lieten behandelen. Dit laatste, een combinatie van medicatie en psychotherapie, wordt algemeen beschouwd als een meer effectief behandelingspatroon. De resultaten tonen aan dat een louter medicamenteuze behandeling de voorbije jaren plaats aan het maken is voor een gecombineerde psychotherapeutische/medicamenteuze behandeling. Maar uit analyses volgens scholingsgraad blijkt dat deze shift naar meer effectieve dienstverlening zich vooral voordoet bij mensen die langgeschoold zijn (tertiair onderwijs of meer). We stellen dus vast dat de toename van het aanbod van psychotherapeutisch helpen bijdraagt tot een toename van de kloof in de toegang tot effectieve hulpverlening. Sociologische theorieën verklaren dit vanuit de wijze waarop de zorg georganiseerd is en geven hiermee tegelijk aan dat dit niet zo hoeft te zijn.

3.3. Hoe kunnen we impact hebben op de volksgezondheid en op de ongelijkheid?

In het laatste deel van zijn presentatie gaat Piet Bracke in op de factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij het organiseren van interventies opdat die een impact zouden hebben op de volksgezondheid en op de ongelijkheid in mentale gezondheid. Hij gaat ook in op de factoren die ertoe bijdragen dat dienstverlening de ongelijkheid reproduceert. Hij doet dit aan de hand van drie tweedelingen.

3.3.1. Maatschappelijk preventief versus klinisch curatief

Een eerste factor heeft te maken met het onderscheid tussen maatschappelijk preventief werken versus klinisch curatief. **Alle factoren die inwerken op de fundamentele oorzaken van mentale gezondheid en ongelijkheid hierin, zijn in staat hier een belangrijke rol te spelen en dus impact te hebben op de volksgezondheid en de ongelijkheid in mentale gezondheid** (= maatschappelijk preventief). Alle

factoren die ons weg brengen van het populatieniveau en er ons toe brengen louter curatief in te zetten op zij die beschouwd worden als zijnde hogericisogroepen, hebben zeer weinig consequenties voor de volksgezondheid en voor de ongelijkheid in mentale gezondheid (= klinisch curatief). Dit betekent uiteraard niet dat curatieve interventies voor de hoogerisicogroepen niet zeer relevant en zinvol zijn voor wie geconfronteerd wordt met deze problematiek. Het betekent in deze context bijvoorbeeld wel dat middelen die gebruikt worden om meer doelgericht te zoeken naar de risicofactoren bij mensen met suïcidale ideatie, beter ingezet kunnen worden op de reorganisatie van het onderwijs. Deze reorganisatie kan ervoor zorgen dat het onderwijs in veel geringere mate dan nu het geval is, de sociale klassenverschillen in de samenleving reproduceert naar de volgende generatie.

3.3.2. Complex versus eenvoudig

Een tweede onderscheid is dat tussen complex versus eenvoudig. Uit studies weten we dat **interventies die complex zijn, de ongelijkheid in gezondheid reproduceren, in tegenstelling tot makkelijk te implementeren interventies**. Dit geldt niet alleen voor het domein van de mentale gezondheid, maar voor alles binnen de domeinen gezondheid, gezondheids promotie en gezondheidspreventie. Zo is een behandeling voor depressie enkel via de huisarts en door het nemen van medicatie een zeer eenvoudige manier van behandelen. En een dergelijke aanpak draagt niet bij tot het reproduceren van ongelijkheid. Daarentegen is het volgen van familietherapie bij een gespecialiseerde psycholoog of seksuoloog met een kantoor in een ziekenhuis aan de rand van de stad wel een complexe interventie die bovendien bijdraagt tot de reproductie van ongelijkheid. Die complexe interventies vragen immers de motivatie van de cliënt. Appelleren op de motivatie en op bepaalde competenties van cliënten, zorgt ervoor dat men mensen aantrekt die aan deze vereisten kunnen beantwoorden, bijvoorbeeld langgeschoolden.

3.3.3. Structure versus agency

Ten slotte is er nog de tweedeling tussen *structure* en *agency* of het verschil tussen enerzijds inwerken op de condities en anderzijds op de competentie en de handlingsdoeltreffendheid van individuen. Sommige interventies appelleren op de handlingsdoeltreffendheid van individuen. Wanneer men bijvoorbeeld iets wil doen aan de fysieke activiteit van mensen, hen meer willen laten bewegen in de stad, dan kan in een bepaalde buurt waar geen groen is, geïnvesteerd worden in de aanleg van een park.

Het is geweten dat alleen al door buurten te vergroenen, mensen meer fysieke activiteiten zullen vertonen, ze meer naar buiten zullen komen, wat dan weer een zeer gunstig effect heeft op de levenskwaliteit en de gezondheid van mensen. Een nieuw fietspad aanleggen daarentegen dat mensen toelaat meer de fiets te gebruiken en zo iets te doen aan hun fysieke conditie, zorgt voor een toename van de ongelijkheid. Immers, het fietspad op zich verbetert de fysieke conditie niet, men moet er als fietser gebruik van maken.

Als we dit doortrekken naar het domein van de geestelijke gezondheid, betekent dit dat **ingezet moet worden op het veranderen van de condities in de wijken**. Zo moet gestreefd worden naar een eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg in samenwerking met de wijkgezondheidscentra, naar een aanwezigheid in de buurten. Dit zal ertoe bijdragen dat de afstand tussen de achtergestelde, kwetsbare groepen in preciaire buurten en zij die instaan voor de dienstverlening kleiner wordt.

3.4. Conclusie

Bij wijze van besluit herhaalt Piet Bracke dat heel veel van wat binnen de geestelijke gezondheidszorg gedaan wordt of vooral gedaan is, irrelevant was voor de volksgezondheid en de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid reproduceerde. Dit verhaal is intussen gelukkig steeds meer achterhaald en recente evoluties zullen er waarschijnlijk in slagen om dit tij te keren.

4. Eva Kestens: Laten we luisteren naar de wijsheid van kinderen

In haar presentatie gaat dr. Eva Kestens, kinder- en jeugdpsychiater en lid van vzw KIEM³, in op wat kinderen en jongeren en hun brein nodig hebben om volop te kunnen ontwikkelen. Voor haar lezing baseert ze zich onder meer op een aantal uitspraken van kinderen en jongeren uit een rapport van Unicef⁴ en de daarbij horende video. Ze pleit ervoor om meer gehoor te geven aan de stemmen van kinderen en jongeren die vaak wijzer zijn dan we denken. Kestens bespreekt de oorzaken en beschermende factoren van psychopathologie bij kinderen en jongeren, en neemt ons vervolgens mee in het verhaal van hun ontwikkelende brein. Want als we de mentale gezondheid van kinderen en jongeren beter willen begrijpen en beschermen, dan is het cruciaal dat we hen benaderen als een groep met een eigen context, eigen noden en eigen ervaringen.

4.1. Psychopathologie bij kinderen en jongeren

Wat weten we intussen over **psychopathologie bij kinderen**? In de meeste onderzoeken zien we een gausscurve als het gaat over de verdeling van psychische kwetsbaarheid en hoeveel kinderen een bepaalde psychische kwetsbaarheid vertonen. Dit betekent dus dat er een normale verdeling is over de onderzochte populatie.

Kijken we naar de oorzaken van deze kwetsbaarheden, dan zien we dat genetische factoren een rol spelen (bijvoorbeeld ouders met een psychische kwetsbaarheid), net als iemands temperament. Maar ook tal van **omgevingsfactoren beïnvloeden de kans om in het latere leven psychologische problemen te ontwikkelen**. Bij deze omgevingsfactoren zijn de belangrijkste in negatieve zin: **negatieve levensgebeurtenissen en chronische stress**. Tijdens de COVID-19-pandemie is vastgesteld dat heel wat gezinnen veel stress hebben ervaren en dat dit ook gevolgen had voor het welbevinden in deze gezinnen.

3 Het Kiem-team wil de samenleving en zorgvertrekkers inspireren door het uitwisselen van inzichten en ervaringen rond trauma en herstel bij kinderen en jongeren. Meer info op: Home | Kiem Team.

4 U kunt het rapport van Unicef raadplegen op: What do you think rapport 2022 NL LR.pdf (unicef.be).

Ook wat betreft veerkracht (die beschermend kan werken), zijn zowel de genetische factor als iemands temperament medebepalend. Maar opnieuw spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. In wat voor nest word je geboren? Hoeveel steun is er in je omgeving? Het gaat dan vooral over de ouders, maar zeker ook over de mensen rondom de ouders, het netwerk waar ze beroep kunnen op doen. De COVID-19-periode heeft heel duidelijk gemaakt dat er in onze samenleving grote verschillen zijn tussen kinderen en dat niet alle kinderen opgroeien in een gezin dat op een groot netwerk kan terugvallen. Dit betekent ook dat heel wat kinderen in die periode niet konden rekenen op beschermende omgevingsfactoren.

4.2. Onderzoek naar vroegtijdige traumatische ervaringen

Kestens besteedt in haar presentatie veel aandacht aan de impact van vroegtijdige traumatische ervaringen, wellicht beter bekend als **Adverse childhood experiences (ACE's)**. Als kinderen zo een ervaring meemaken of blootgesteld worden aan chronische stress, verhoogt hun kans op psychologische problemen.

De **bekende ACE-studie** van Felitti (Felitti, 1998) peilde bij volwassenen naar **blootstellingen aan bepaalde situaties** in hun kindertijd, zoals fysiek en verbaal geweld, emotionele verwaarlozing, samenwonen met een ouder met psychische problemen, het hebben van een familielid met een alcohol- of drugsprobleem of het gescheiden worden van de ouders. Voor de eerste ACE-studie, daterend van meer dan twintig jaar geleden en uitgevoerd in de maatschappelijke context van toen, is het belangrijk om mee te geven dat deze overwegend betrekking had op een blanke middenklasse, op 'witte' Amerikanen. Intussen weten we immers ook dat aanhoudend pesten en racisme en discriminatie belangrijke bronnen van stress zijn, en dus ook als vroegtijdige traumatische ervaringen beschouwd moeten worden. Personen met een andere huidskleur of personen met een beperking hebben hier vaker mee te maken wat hun risico verhoogt op psychologische problemen.

De ACE-studie toonde ook aan dat het doormaken van één of meerdere vroegtijdige traumatische ervaringen (uitgedrukt in een ACE-score) **niet enkel het risico op mentale problemen verhoogt, maar ook op fysieke klachten**, zoals auto-immuunaandoeningen, hart- en vaatziekten en zelfs

kanker. Toch worden deze ervaringen in de praktijk niet steeds even goed onderkend of met de nodige aandacht behandeld. Tijdens de COVID-19-periode zagen we een hogere prevalentie van huiselijk geweld, seksueel misbruik, en had men minder netwerk om op terug te vallen. Dus het risico op vroegtijdige traumatische ervaringen nam voor de meeste kinderen en jongeren toe.

In de studie van Felitti werd er niet enkel gekeken of iemand een van deze ervaringen had meegemaakt, maar werd ook gevraagd hoeveel steunende relaties iemand had (Felitti, 1998). De studie leert ons dat het aantal **steunende relaties** dat iemand heeft **een belangrijke buffer biedt tegen de gevolgen van deze vroege negatieve ervaringen**. Het omgekeerde is helaas ook waar. Alleen opgroeien zonder steunend netwerk op zich verhoogt het risico op comorbide ervaringen, zelfs zonder dat een kind een traumatische ervaring heeft. De **belangrijkste boodschap** is dus om **kinderen goed te omringen; niet alleen de kinderen maar ook hun ouders, want als de ouders goed omringd zijn, zijn meteen de kinderen goed omringd**.

Het is belangrijk dat we beseffen dat deze gebeurtenissen **effecten hebben op verschillende niveaus**: op het biologisch niveau, gender, op de manier waarop het brein ontwikkelt, welke breinstructuren aangelegd worden, onze stressregulatie, enz. De emotionele en gedragsproblemen die we zien, zijn maar een klein topje van de mogelijke effecten.

We spreken hier over gezondheid en voor dr. Kestens zijn dat mentale en lichamelijke gezondheid. Ze hoopt dat die opsplitsing niet langer gemaakt wordt.

Er zijn helaas weinig cijfers over het voorkomen van deze ervaringen bij kinderen en jongeren. We zijn in België niet goed in het verzamelen van cijfers. Hoeveel kinderen hebben dit soort dingen meegemaakt? Dr. Kestens verwijst naar een artikel uit de Lancet en een overzicht waarin het aandeel van kinderen wordt weergegeven dat één, twee of meer dan twee ACE's heeft meegemaakt (Hughes, et al., 2021). Als we kijken naar de cijfers in dit overzicht, dan lijkt het allemaal wel mee te vallen in België. Meer dan 70% heeft niets meegemaakt, 23,4% heeft één ACE meegemaakt en slechts 6 of 8% heeft twee of meer ACE's meegemaakt. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat **30% dat twee of meer ACE's heeft meegemaakt** een realistischer percentage is. Deze schatting is gebaseerd op cijfers in landen die beter zijn in het bijhouden van statistiek.

4.3. Houd rekening met het ontwikkelende brein van kinderen

In het filmpje van Unicef⁵ zeggen kinderen dat er een verschil is tussen een 12- of 17-jarige. Ze wijzen er terecht op dat kinderen geen kleine volwassenen zijn. Als we terugblikken op de COVID-19-pandemie, stellen we vast dat er eerst naar volwassenen geluisterd is en het uitgangspunt daarbij was: wat goed is voor volwassenen is ook goed voor kinderen. Vanuit het oogpunt van het brein is dit een vreemde redenering. Het brein van kinderen en jongeren is immers nog volop in ontwikkeling, dit in tegenstelling tot het volwassen brein dat volledig gevormd is. Het is pas rond de leeftijd van 25 jaar dat het brein volledig ontwikkeld is. **Een brein in ontwikkeling moet nog heel wat zaken leren.** Het is ook daarom dat bepaalde ontwikkelingen op een bepaald tijdstip gebeuren: leren praten, leren stappen, naar de lagere school op 6 jaar. **De periode van 0-3 jaar** is de periode waarin gigantisch veel geleerd wordt, **op geen ander ogenblik in ons leven leren we zoveel.** Ook nadien blijven ze meer leren dan wat we leren als we volwassen zijn. Er werd tijdens de schoolsluitingen in de COVID-19-periode vooral naar cognitief leren gekeken, maar leren is meer dan enkel cognitief leren. Het houdt ook in hoe we omgaan met onze emoties (kunnen we onze emoties onder controle houden, hoe kan ik snappen wat ik voel?) en het aanleren van sociale vaardigheden. Dit zijn allemaal zaken die kinderen en jongeren nog moeten leren en die toen *on hold* werden gezet.

Kinderen kunnen daarom niet gezien worden als kleine volwassenen. We moeten kinderen dus geven wat ze nodig hebben en op het juiste moment. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden, niet in het minst in relatie tot het tijdig verstrekken van hulp. **Want wanneer we dit niet doen, berokkenen we hen schade.** Tijdens de COVID-19-pandemie was er echter heel weinig aandacht voor de problemen waar kinderen en jongeren melding van maakten. Het kon toch allemaal niet zo erg zijn, hoorden kinderen en jongeren geregeld. Dit is echter een foute redenering, net omwille van het feit dat het brein nog volop in ontwikkeling is, was de situatie tijdens de COVID-19-pandemie veel moeilijker voor jongeren dan voor volwassenen.

4.4. Laat kinderen niet wachten op hulp

Kinderen en jongeren lang laten wachten op psychologische hulp is, gezien de onvolledige ontwikkeling van het brein, geen goede zaak. We laten dan belangrijke momenten voorbijgaan, aangezien het op het moment van de hulpvraag is, dat ze bepaalde noden hebben. Door hen dan te laten wachten op hulp, zoals nu helaas vaak het geval is, doen we hen onrecht aan.

Hen niet of niet tijdig helpen heeft een hoge kost, zowel menselijk als op vlak van hun ontwikkeling. Zoals eerder aangehaald, leren kinderen heel veel op korte tijd en is hun brein nog voortdurend in ontwikkeling. Wanneer er geen hulp geboden wordt, betekent het dat dit proces onderbroken wordt en levert dit een **achterstand** op. Kinderen kunnen immers na een lange wachttijd ook niet gewoon aanhaken bij hun vroegere klasgenoten en de draad eenvoudig terug opnemen. Ze lopen zo vertraging op, niet alleen op schoolvlak, maar ook in hun interactie met hun vrienden en vriendinnen. Dr. Kestens benadrukt dat ze er zeker geen voorstander van is om volwassenen te laten wachten op hulp, maar de gevolgen voor kinderen zijn nu eenmaal groter omwille van hun ontwikkelend brein. **De impact is zoveel groter voor kinderen en we moeten ook nog een keer de achterstand inhalen, dus de kost is dubbel.**

Om problemen te voorkomen, is inzetten op **preventie** belangrijk. Primaire preventie houdt in dat we de risicofactoren mee in kaart brengen, zoals ook het sociale aspect, armoede, huisvesting, pesten en dat we deze trachten te voorkomen of aan te pakken. Maar we moeten er ook voor zorgen dat **ouders tijd kunnen maken voor hun kinderen. Goed omringd zijn heeft immers een belangrijk beschermend effect.** Secundaire preventie houdt in dat we aan vroegdetectie doen, maar er eveneens voor zorgen dat we op tijd met een behandeling starten als we een probleem vaststellen. Tertiaire preventie betekent dat als we een probleem vaststellen, we aan kwalitatieve behandeling doen en doen wat nodig is om herval te voorkomen.

5 Het filmpje kan worden bekeken op: 'Luister naar ons, zodat je ons kan helpen.' | UNICEF BELGIUM - YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=6GA0e7KMKgU>.

4.5. Laat kinderen spelen, omring hen met natuur en dieren

Kinderen uit het filmpje van Unicef die in psychiatrie verbleven, vroegen een groter voetbalveld en dieren. Het klinkt triviaal, maar ook hier hebben de kinderen weer gelijk. Kinderen **ontwikkelen ook door te spelen**, niet op een *spelconsole* of een computer, maar wel door buiten te spelen in de natuur. Zo oefenen ze fijne en grove motoriek, ontwikkelen ze concentratie en relationele vaardigheden. Dit alles draagt bij aan het opbouwen van veerkracht. Daarom moeten we ervoor zorgen dat er **genoeg natuur** is, waar kinderen kunnen spelen. Ook tijdens de pandemie zagen we dat heel wat personen de natuur opzochten en daar baat bij hadden om tot rust te komen. Ook voor kinderen is de natuur een plek waar ze leren en tot rust kunnen komen, een kalm brein terugvinden en zo ook veerkracht opbouwen. Een kalm brein is ook nodig om te kunnen leren. Na de pandemie zagen we dat de focus sterk kwam te liggen op de leerachterstand die kinderen hadden opgelopen, hoewel die inherent is aan het niet naar school kunnen en dus het niet echt verrassend was. Deze focus zorgde ervoor dat de druk verhoogd werd en dat kinderen gepenaliseerd werden voor de opgelopen leerachterstand. **Maar misschien hadden we ons de vraag moeten stellen: Hoe hadden we ervoor kunnen zorgen dat ze voldoende op school hadden kunnen zijn?** En hoe zorgen we ervoor dat kinderen een kalm brein hebben, iets dat nodig is om te kunnen leren?

Niet alleen natuur en spel hebben een gunstig effect op kinderen, maar ook **dieren**. Bij dieren vinden kinderen **steun en rust**, en ze bieden hen kansen tot relationeel leren. **Natuur kan een helpende factor zijn om bij te dragen aan hun mentaal welbevinden.**

4.6. Betrek de ouders en familie van kinderen

Met de uitdrukking *'so goes the child, so goes the family'*, wil dr. Kestens aangeven dat een kind altijd met diens ouders komt. Je kan een kind dan ook niet helpen, als je ook niet de ouders helpt. Daarom is het belangrijk dat we **ouders ondersteunen**. Als ouders hoge stressniveaus hebben, of zelf traumatische ervaringen hebben meegemaakt die hun ouderschap bepalen, dan moeten we ook hen kunnen helpen.

Voor kinderen kan een groter netwerk resulteren in meer steunfiguren en dat kan een positieve en beschermende invloed hebben. Kinderen hebben hun ouders en andere steunende figuren nodig. Het is belangrijk dat ook leerkrachten de noden van kinderen zien, ook zij kunnen steunfiguren zijn, net zoals iemand uit de jeugdbeweging of de sportclub. Deze sociale contacten hebben zoals reeds aangehaald een beschermend effect. Het is belangrijk om hierop in te zetten.

4.7. Neem kinderen hun problemen ernstig

In een Unicef rapport van 2021 zien we dat **zelfdoding** in West-Europa **de tweede belangrijkste doodsoorzaak** is bij jongens en meisjes tussen 16-19 jaar (UNICEF, 2021)⁶. Overlijden ten gevolge van een verkeersongevallen staat op de eerste plaats. Pas nadien komen lichamelijke problemen, zowel aandoeningen ten gevolge van druggebruik en leukemie staan lager in de ranglijst, respectievelijk op de vierde en vijfde plaats.

Eva Kestens vraagt deze cijfers even te laten bezinken. Zelfdoding is de tweede belangrijkste doodsoorzaak. Volgens stelt ze de vraag of je, kijkend naar de cijfers en deze laat doordringen, **je dan nog kan uitleggen dat we deze jongeren niet onmiddellijk helpen als ze zich aanmelden op spoed en dat we regelmatig genoodzaakt zijn ze naar huis te sturen, omdat er geen plaats is en hen vragen te wachten tot er plaats is?** Als we dit met een kind met kanker zouden doen (wat een minder belangrijke doodsoorzaak is), zouden we aangeklaagd worden, maar onze maatschappij draait zijn hoofd als het gaat om zelfdoding, als het gaat om mentale problemen.

4.8. Niet behandelen kost meer dan preventie

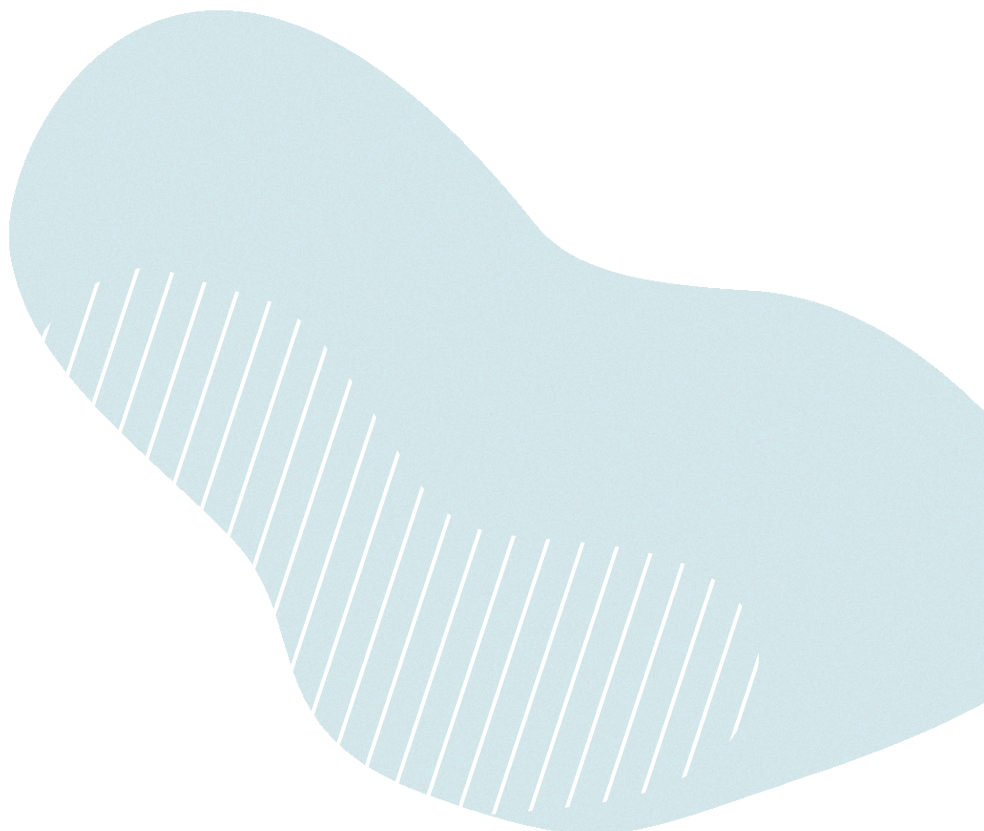
De **kost** voor de gezondheidszorg ten gevolge van het doormaken van **vroegtijdige traumatische ervaringen** wordt in Europa geschat op 580 miljard dollar. Het verminderen van de groep kinderen die dergelijke ervaringen meemaakt met 10%, wat niet veel is, zou resulteren in drie miljoen minder verloren gezonde levensjaren en een besparing van 105 miljard dollar (UNICEF, 2021).

6 SOWC-2021-full-report-English.pdf (unicef.org).

Deze cijfers geven duidelijk aan dat investeringen in kinderen en hun ouders, in hun ondersteuning, enorme gezondheidsvoordelen met zich kan meebrengen, die de druk op het gezondheidssysteem in de toekomst verminderen en dus niet enkel vanuit menselijk, maar ook vanuit economisch oogpunt gunstig zijn.

4.9. Conclusie

In haar lezing roept Eva Kestens beleidsmakers op te luisteren naar kinderen. Ze dringt eveneens aan op het **sneller behandelen** van kinderen met psychologische problemen en hun problemen ernstig te nemen. **Uitstel** van deze hulp maakt de kost alleen maar groter en heeft **negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen**. In termen van preventie is het belangrijk om de **ouders goed te omringen**, maar ook om kinderen voldoende speel- en ontwikkelingskansen te geven die verder gaan dan enkele het cognitieve. **Natuur** om in te spelen en **huisdieren** hebben hier zeker een plaats.



Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Barbalat, G., & Franck, N. (2020). Ecological study of the association between mental illness with human development, income inequalities and unemployment across OECD countries. *BMJ open*.
- Bracke, P., Delaruelle, K., Deruedde, R., & Van de Velde, S. (2020). Depression in woman and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medecine*, 267, 113354.
- Buffel, V., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Professional care seeking for mental health problems among men and women in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1641-1653.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023a). *The socialization power of education: approaching the social gradient in treatment for self-reported depression in Belgium between 2004 and 2008. Working paper*. Gent: UGent.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023b). The stratified medicalisation of mental health symptoms: educational inequalities in the use of psychotropic medication in Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 833-842.
- Felitti, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 245-258.
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., . . . Baicker, K. (2012). The Oregon health insurance experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., . . . Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(4), 371-381.
- Hoff, K., & Pandey, P. (2004). WorldBankPolicyResearch.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 6(11), e848 - e857.
- Kuhn, A., Lalive, R., & Zweimüller, J. (2009). The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1099-1115.
- Layte, R., & Whelan, C. (2014). Who feels inferior ? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. *European Sociological Review*, 30, 525-535.
- Lindqvist, E., Ostling, R., & Cesarini, D. (2018). Long-Run Effects of Lottery Wealth on Psychological Well-Being. *NBER Working Paper No. w24667*.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517-528.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976-980.
- Milanovic, B. (2016). *Global Inequality: A New Approach for the Age of Globalization*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. New York: Henry Holt and Company.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095.
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.
- Pierce, J. R., & Schott, P. K. (2020). Trade Liberalization and Mortality: Evidence from US Counties. *American Economic Review: Insights*, 2(1), 47-64.
- Piketty, T. (2019). « La fiscalité est le prolongement concret des idéologies » . *Richard Werly [entretien avec Thomas Piketty], Le temps, n° 6515*.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship Between Household Income and Mental Disorders: Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Archives Of General Psychiatry*, 68(4), 419-427.
- Schor, J. (1997). *A structural critique of Consumption: Inequality, Globalization and the Aspirational Gap*. Harvard University. Opgehaald van schor-juliet-inequalitypdf.pdf (undp.org)
- Schor, J. (2004). *Born to Buy: The Commercialized Child and the New Consumer Culture*. New York, London, Toronto, Sydney: Scribner.
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021, On My Mind – Promoting, protecting and caring for children*. New York: UNICEF.
- Veblen, T. (2007). *The Theory of the Leisure Class*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Paris: Les petits matins.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2020). *Pour vivre heureux, vivons égaux*. Paris: Les liens qui libèrent.
- Zapata Moya, Á., & Navarro Yañez, C. (2021). Urban regeneration policies and mental health in a context of economic crisis in Andalusia (Spain). *Journal of Housing and Built Environment*, 36(2), 393-405.

Kunnen mensen zich gezondheidszorg veroorloven?

Samenvatting van het Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) rapport

Sigrid Vancorenland – Studiedienst

Samenvatting

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerden een rapport over de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in België voor de periode 2012-2022. Dit rapport maakt deel uit van een aantal landenrapporten om de financiële bescherming in Europa te monitoren. Deze rapporten bieden de verschillende landen bewijsmateriaal van de sterktes en zwaktes van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in hun land. Hiermee kunnen ze aan de slag om te komen tot een universele ziekteverzekering waar iedereen recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg zonder een risico te lopen op financiële problemen.

Het rapport toont aan dat 5,2% van de Belgische gezinnen zogenaamde 'catastrofale' gezondheidsuitgaven heeft. 1,1% van de gezinnen heeft eigen betalingen die verarmend of verder verarmend zijn. De gezondheidszorg die het vaakst voor financiële problemen zorgt, zijn medische hulpmiddelen (zoals gehoorapparaat, brillen, enz.), diagnostische testen en paramedici (zoals kinesist, revalidatie, enz.), tandzorg en klassieke hospitalisatie. Gezinnen met de laagste inkomens komen vooral in de financiële problemen door uitgaven voor ambulante geneesmiddelen, diagnostische testen en paramedici en ambulante zorg.

Het rapport brengt ook de belangrijkste belemmeringen voor toegankelijke zorg in kaart. Zo is 1% van de Belgische bevolking niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Daarenboven is de dekking in de verplichte ziekteverzekering van tandzorg, medische hulpmiddelen en vrij verkrijgbare geneesmiddelen beperkt. De meeste ambulante zorg moet door de patiënt eerst voorgeschoten worden en wordt pas achteraf terugbetaald. Eigen bijdragen zijn van toepassing op nagenoeg alle gezondheidszorg en er is geen vrijstelling van remgelden voor lage-inkomensgroepen. De bestaande mechanismen om mensen te beschermen tegen remgelden bieden onvoldoende bescherming voor de lage inkomens. Om de hiaten in de verplichte ziekteverzekering te verhelpen zijn er de verplichte aanvullende verzekeringen en vrije verzekeringen, maar rijkere gezinnen zijn hierdoor beter beschermd dan arme gezinnen.

Het rapport formuleert tot slot enkele aanbevelingen om de financiële toegankelijkheid tot zorg te verbeteren.

Sleutelwoorden: Financiële moeilijkheden, gezondheidszorg, toegankelijkheid, Wereldgezondheidsorganisatie, KCE, 'catastrofale' gezondheidsuitgaven, verplichte ziekteverzekering, voor u gelezen

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerden een rapport over de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in België. Deze studie maakt deel uit van een serie van landenrapporten met als doelstelling de financiële bescherming - betaalbare toegang tot gezondheidszorg - in Europa te monitoren. Financiële bescherming is essentieel in een universele ziekteverzekering en is een kerndimensie van de performantie van een gezondheidssysteem. De universele ziekteverzekering heeft tot doel dat iedereen een beroep moet kunnen doen op gezondheidszorg van hoge kwaliteit, zonder een risico te lopen op financiële problemen. De WHO wil met deze monitoring via landenrapporten beleidsmakers voorzien van voldoende bewijsmateriaal (factoren die de financiële bescherming versterken en ondermijnen) dat ze kunnen gebruiken om te komen tot universele gezondheidsdekking. Het gepubliceerde rapport evalueert in welke mate Belgen financiële moeilijkheden ervaren wanneer ze een beroep doen op gezondheidszorg en of financiële drempels leiden tot onvervulde zorgbehoeften. De onderzoeksperiode liep van 2012 tot 2022 en de evaluatie gebeurde op basis van microdata van het huishoudbudgetonderzoek van Statbel.

1. Hoeveel Belgen ervaren financiële moeilijkheden om hun gezondheidszorg te betalen?

Financiële moeilijkheden wordt gemeten door twee indicatoren: verarmende (of verder verarmende) uitgaven en 'catastrofale' uitgaven. Bij deze indicatoren wordt ervan uitgegaan dat gezinnen een deel van hun financiële middelen moeten voorbehouden voor basisbehoeften (huisvesting, voedsel, nutsvoorzieningen). Het deel van de financiële middelen dat hierna overblijft, is de draagkracht van het gezin. Eigen betalingen voor gezondheidszorg worden beschouwd als 'catastrofaal' als ze hoger zijn dan 40% van deze draagkracht van het gezin. Eigen betalingen

voor gezondheidszorg zijn verarmend als ze samen met de uitgaven voor basisbehoeften hoger zijn dan de financiële middelen van het gezin. Eigen betalingen zijn verder verarmend als de financiële middelen van het gezin niet volstaan om te voorzien in de basisbehoeften. Het gezin wordt dan als arm beschouwd en eigen betalingen voor gezondheidszorg zijn dan verder verarmend.

In 2020 wordt 5,2% van de gezinnen geconfronteerd met 'catastrofale' eigen betalingen. 1,1% van de gezinnen heeft eigen betalingen die verarmend of verder verarmend zijn. De incidentie van de zogenaamde 'catastrofale' eigen betalingen in België is één van de hoogste in West-Europa. Dit aandeel steeg van 3,8% in 2018 naar 5,2% in 2020. Mensen in het armste kwintiel (12,2%), werklozen (8,5%), inactieven (10,5%) en mensen met een lager opleidingsniveau (8,2%) lopen het hoogste risico op 'catastrofale' gezondheidsuitgaven.

Onvervulde zorgnoden worden gemeten aan de hand van de EU-SILC¹ en de *European Health Interview Survey* (EHIS)². Onvervulde zorgnoden betekent geen gebruik kunnen maken van noodzakelijke zorg om financiële redenen. Hoewel de onvervulde medische zorgbehoeften en tandzorgbehoeften in België vergelijkbaar zijn met het gemiddelde van de Europese Unie (EU), is de kloof tussen de rijkste en armste gezinnen in België aanzienlijk groter dan in andere EU-landen.

2. Welke gezondheidszorg veroorzaakt het vaakst financiële problemen?

De gezondheidszorg die gemiddeld genomen het sterkst bijdraagt tot 'catastrofale' gezondheidsuitgaven zijn medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld gehoorapparaten, brillen, kunstgebitten en prothesen), diagnostische testen en paramedici (bijvoorbeeld kinesist, revalidatie, osteopathie, chiropractor, psycholoog), tandzorg en klassieke hospitalisatie. Welke gezondheidszorg bijdraagt aan de 'catastrofale' uitgaven verschilt echter wel volgens het in-

1 De EU-SILC is een jaarlijkse enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (sociale uitsluiting, woonomstandigheden, arbeid, opleiding en gezondheid) die wordt afgenomen in verschillende landen van de Europese Unie. Op deze manier bestaan er vergelijkbare statistieken tussen deze landen.

2 De European Health Interview Survey (EHIS) is eveneens een enquête die in verschillende Europese landen wordt uitgevoerd en dit eens om de zes jaar. Ze geeft een algemeen beeld op de evolutie van de belangrijkste gezondheidsproblemen bij de bevolking, hun levensstijl en het gebruik van gezondheidszorg(diensten).

komenskwintiel. In de armste gezinnen worden financiële problemen in belangrijke mate veroorzaakt door uitgaven voor ambulante geneesmiddelen, diagnostische testen en paramedici en ambulante zorg. In de rijkste gezinnen is dit eerder door medische hulpmiddelen en tandzorg. Gezinsuitgaven voor medische hulpmiddelen zijn een erg belangrijke factor voor 'catastrofale' gezondheidsuitgaven in België – meer dan in andere landen.

3. Wat zijn de belangrijkste belemmeringen tot toegankelijke zorg?

Ten minste 1% van de bevolking in België wordt niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Dit aandeel loopt op tot ten minste 2% in het Brussels Gewest, bij jongere volwassenen (25-40 jaar) en bij zelfstandigen.

De dekking in de verplichte ziekteverzekering van tandzorg, medische hulpmiddelen en vrij verkrijgbare geneesmiddelen is beperkt. Sommige van deze gezondheidszorg is wel geheel of gedeeltelijk gedekt door de verplichte aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Het aanbod verschilt echter per ziekenfonds en de bijdrage hiervoor is een forfaitair bedrag. Dit zorgt ervoor dat gezinnen met de laagste inkomens hier proportioneel gezien meer voor bijdragen dan gezinnen met de hoogste inkomens.

De meeste ambulante zorg valt niet onder de verplichte derdebetalersregeling, waardoor de patiënt de kosten eerst moet voorschieten en pas achteraf een (gedeeltelijke) terugbetaling krijgt. Al komt hier wat beweging in, sinds 2015 is er de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling bij huisartsen voor personen met het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT). En sinds 2022 hebben alle zorgverleners de mogelijkheid om bij alle patiënten af te rekenen via het derdebetalerssysteem, maar dit is geen verplichting.

Eigen bijdragen zijn van toepassing op nagenoeg alle gezondheidszorg, ze zijn complex en er is geen vrijstelling van remgelden specifiek gericht op lage-inkomensgezinnen. Dit laatste is hoogst ongebruikelijk bij gezondheidsystemen in hoge inkomenslanden. Hoewel er meerdere mechanismen bestaan om mensen te beschermen tegen

remgelden, bieden ze onvoldoende bescherming voor mensen met lage inkomens. Zo komt bijvoorbeeld de verhoogde tegemoetkoming (VT) niet terecht bij iedereen die hier recht op heeft. Het rapport haalt aan dat dit komt omdat dit statuut enkel automatisch wordt toegekend aan personen die al van een ander sociaal voordeel genieten. De andere potentieel rechthebbenden moeten dit statuut aanvragen en een hele procedure doorlopen.

Hiaten in de dekking van gezondheidszorg en eigen betalingen worden gedeeltelijk opgevangen door een combinatie van verplichte aanvullende verzekering en vrijwillige ziekteverzekering (bijvoorbeeld facultatieve hospitalisatieverzekering), maar rijkere gezinnen zijn vaker beter beschermd via een vrijwillige ziekteverzekering dan armere gezinnen.

4. Hoe kan België de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg verbeteren?

Het rapport benadrukt dat de Belgische overheid reeds stappen heeft gezet om de toegankelijkheid tot zorg en de financiële bescherming te versterken. Er kan echter meer ingezet worden op het vereenvoudigen van de ongebruikelijke complexiteit in het design van de Belgische ziekteverzekering en hierin die elementen aan te pakken die mensen met risico op armoede of sociale uitsluiting systematisch benadelen.

Het rapport doet onder andere de volgende aanbevelingen:

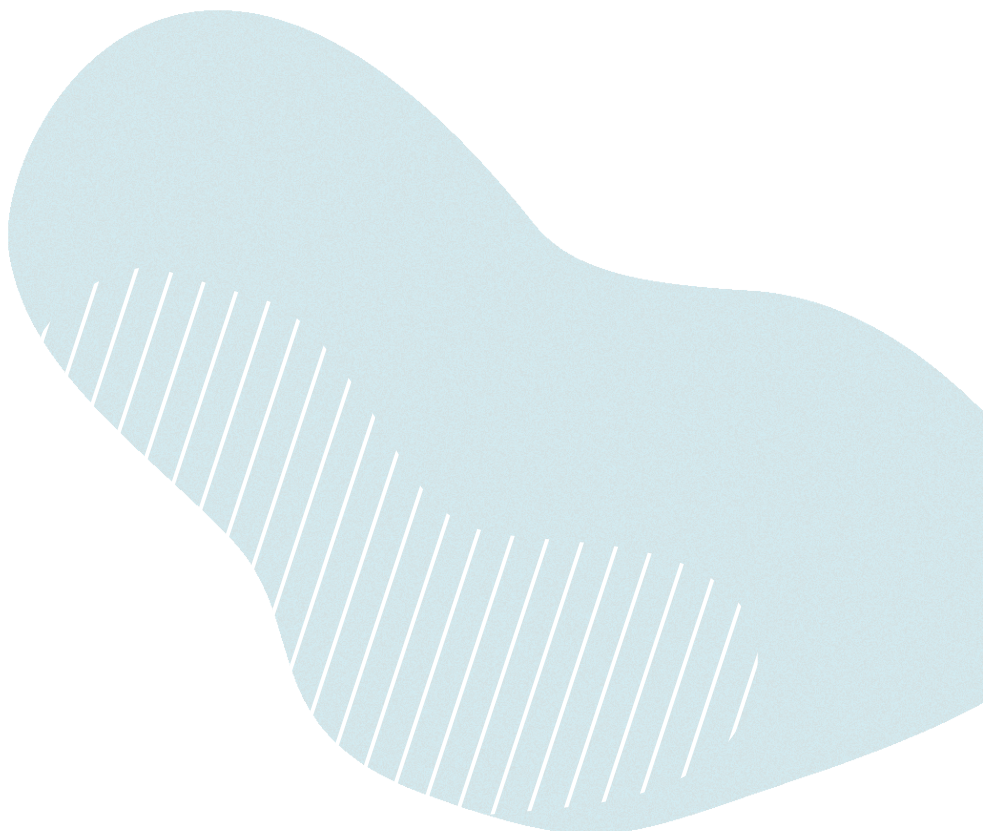
- Ervoor zorgen dat de verplichte ziekteverzekering de volledige bevolking dekt, zodat iedereen verzekerd is.
- Afschaffen van het systeem met voorschieten en achteraf terugbetaling voor alle gezondheidszorg in het verzekerd pakket. Concreet betekent dit de derdebetalersregeling invoeren voor alle gezondheidszorg in het verzekerd pakket.
- Automatisch toekennen van het recht op de verhoogde tegemoetkoming (verminderde remgelden) aan alle rechthebbenden, om administratieve barrières weg te nemen.

- Opnemen van remgelden voor voorgeschreven maar niet-vergoedbare geneesmiddelen en langdurige psychiatrische zorg in het plafond van de maximumfactuur (MAF). Bewustwording en transparantie bevorderen over het toepasselijk remgeldplafond van een gezin door het hierover te informeren aan het begin van elk jaar en niet te wachten tot het plafond wordt overschreden.
- Vrijstelling van remgelden voor lage-inkomensgezinnen.
- Beperken van supplementen in ambulante zorg en ziekenhuiszorg door een verdere regulering, een hervorming van de ziekenhuisfinanciering, het optrekken van het aandeel geconventioneerde zorgverleners die de afgesproken tarieven toepassen, en het afschaffen van de mogelijkheid tot gedeeltelijke conventionering (gedeeltelijke toepassing van de officiële tarieven).
- Verder versterken van de prijsregulering van medische hulpmiddelen buiten het verzekerde pakket zoals brillen, contactlenzen en hoortoestellen.

Het rapport besluit dat deze maatregelen niet alleen de onvervulde zorgbehoeften en financiële moeilijkheden voor gezinnen met een laag inkomen zouden terugdringen, maar ook het gezondheidssysteem eerlijker, minder complex en transparanter kunnen maken.

Tot slot haalt het rapport nog aan dat het aandeel van gezondheidszorg in de totale overheidsuitgaven laag is in België (14,3%) in verhouding tot het gemiddelde van de EU15-landen (15,4%). Het rapport stelt voor dat de overheid deze maatregelen kan ondersteunen (en daarmee de doelstellingen inzake billijkheid en efficiëntie verwezenlijken) door bij de toewijzing van overheidsuitgaven meer prioriteit te geven aan gezondheidszorg en een groter deel van het budget van de verplichte ziekteverzekering toe te wijzen aan de bescherming van lage-inkomensgezinnen.

Het rapport illustreert duidelijk dat het voor een deel van de Belgische bevolking niet evident is om zich gezondheidszorg te kunnen veroorloven. Er is nog veel werk aan de winkel.



Bibliografie

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Grote variatie in borstkankerzorg in België

Samenvatting van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over zorg in borstkankercentra met en zonder erkenning

Katte Ackaert – Studiedienst

Samenvatting

In het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) worden de voornaamste bevindingen gepresenteerd over borstkankerbehandeling in centra met erkenning als coördinerende/satelliet borstkliniek in vergelijking met centra zonder erkenning als borstkliniek. De studie focust specifiek op het volume per campus en de overlevingskansen na borstkanker.

In een centrum zonder officiële erkenning als borstkliniek is de kans om, als vrouw met invasieve borstkanker, te overlijden aan borstkanker 30% hoger dan in een centrum met erkenning als coördinerende borstkliniek. Dit verhoogde risico wordt ook gezien bij analyses op basis van het gemiddeld aantal patiënten behandeld per jaar per campus, in plaats van op basis van de erkenningsstatus van de campus.

Sleutelwoorden: KCE-rapport, borstkanker, borstkankerzorg, erkenning borstklinieken, coördinerende borstklinieken, satellietborstklinieken, voor u gelezen

Inleiding

Twintig jaar geleden riep het Europees Parlement de lidstaten op om van de strijd tegen borstkanker een prioriteit te maken aangezien er grote verschillen tussen de lidstaten waren op het vlak van overleving na borstkanker. Een belangrijk advies in de resoluties bestond uit het uitrollen van een netwerk van gecertificeerde, multidisciplinaire ziekenhuisafdelingen voor de diagnose, behandeling en opvolging van borstkanker in elke lidstaat. In 2006 stelde een Europese resolutie onder andere dat een borstkliniek jaarlijks een minimum van 150 nieuw gediagnosticeerde patiënten met primaire borstkanker moet kunnen garanderen. Elk teamlid kan met dit activiteitsniveau diens deskundigheid behouden. Tevens is dit minimum voldoende groot voor een kosteneffectieve werking van de borstkliniek. In België riep het voorgestelde minimale jaarlijkse activiteitsvolume onmiddellijk weerstand op aangezien slechts 14 van de 108 ziekenhuizen voldeden aan die Europese volumennorm. 44 ziekenhuizen in België behandelden zelfs minder dan 50 nieuw gediagnosticeerde patiënten met primaire borstkanker per jaar.

Hoewel een Europese resolutie juridisch niet bindend is, besloot de federale overheid er toch gevolg aan te geven. Het Koninklijk Besluit van 1 januari 2008 regelde de erkenning van borstklinieken in België. Enkel ziekenhuizen met een oncologisch zorgprogramma met minimaal 150 nieuwe diagnoses per jaar, kwamen in aanmerking voor deze erkenning. Er werden tevens vereisten opgesteld voor de multidisciplinaire medische en paramedische omkadering (borstverpleegkundige en psycholoog), de medische en verpleegkundige coördinatie, het multidisciplinair oncologisch consult (MOC), de registratie van de receptorstatus (oestrogeen, progesteron en HER2), de chirurgische infrastructuur en een volume van minstens 50 borstoperaties per arts per jaar. Bovendien werd de erkenning toegekend op campusniveau en niet op ziekenhuisniveau.

In de daaropvolgende jaren werd het concept van concentratie van borstkankerzorg onderuitgehaald door het volume per chirurg te verlagen naar minstens 30 borstoperaties per jaar en door een onderscheid te maken tussen 'coördinerende borstklinieken' en 'satellietborstklinieken'. Het minimum jaarlijks activiteitsvolume werd verlaagd naar 125 nieuwe diagnoses voor coördinerende borstklinieken en naar 60 nieuwe diagnoses voor satellietborstklinieken. Bijkomende voorwaarde om erkend te worden als satellietborstkliniek was een formele samenwerkingsovereenkomst met een coördinerende borstkliniek die de medische

coördinatie en het voorzitterschap voor het multidisciplinair overleg verzorgt.

Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de Belgische wet artsen die niet verbonden zijn aan een erkende coördinerende of satellietborstkliniek, niet verbiedt om borstkanker te behandelen. Dergelijke niet-erkende centra moeten ook niet voldoen aan de criteria die aan erkende borstklinieken worden opgelegd.

Voor patiënten is het moeilijk om na te gaan of de behandeling van hun borstkanker plaatsvindt in een erkende borstkliniek of niet. Sommige ziekenhuizen en/of campussen gebruiken immers de term 'borstkliniek' zonder over een officiële erkenning te beschikken. Deze patiënten krijgen hierdoor misschien niet de multidisciplinaire zorg bij diagnose, behandeling en revalidatie van borstkanker, die wettelijk voorzien is in de erkende borstklinieken.

De doelstelling van het KCE-rapport is na te gaan of patiënten met borstkanker beter behandeld worden in een erkende borstkliniek dan in een centrum zonder officiële erkenning als borstkliniek. Het KCE probeert een antwoord te bieden op volgende vragen.

- Is er een verband tussen de erkenningsstatus van een ziekenhuiscampus (coördinerende borstkliniek, satellietborstkliniek en campus zonder erkenning voor borstkanker) en de overleving van patiënten met invasieve borstkanker?
- Is er een verband tussen de erkenningsstatus van een ziekenhuiscampus en de zorgprocessen bij patiënten met borstkanker?

Deze twee vragen werden eveneens op een alternatieve manier geanalyseerd via het campusvolume (het gemiddelde jaarlijkse activiteitsvolume per campus) in plaats van de erkenningsstatus. De indeling van het campusvolume in laag, medium en hoog volume werd gebaseerd op de drempels voor de satelliet- en coördinerende borstklinieken (minder dan 60 nieuwe diagnoses van borstkanker per jaar, 60 tot 125 diagnoses of meer dan 125 nieuwe diagnoses per jaar).

Om deze vragen te beantwoorden werd de databank van het Kankerregister gekoppeld aan de gegevens van de ziekteverzekering via het InterMutualistisch Agentschap (IMA), aan de ontslaggegevens van de ziekenhuizen met details over de campus waar de zorg plaatsvond, en aan informatie van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid over de vitale status (is de patiënt overleden of niet) van de patiënt.

1. Resultaten

Tot op het ogenblik van verschijnen van het KCE-rapport, verbiedt de wetgever niet dat vrouwen met borstkanker ook buiten de erkende borstklinieken behandeld worden. Het is verontrustend vast te stellen dat in 2018 bijna één op vijf patiënten behandeld wordt in een centrum zonder erkenning als borstkliniek. Deze patiënten hebben immers geen garantie op de omkadering die wettelijk voorzien is bij de erkende borstklinieken. Bovendien heeft 87% van deze centra slechts een gemiddeld jaarlijks volume van minder dan 60 nieuwe diagnoses, het minimum jaarlijks activiteitsvolume dat vereist is voor de erkenning als satellietborstkliniek.

Bij 20 van de 52 erkende coördinerende borstklinieken (38,5%) ligt het gemiddeld jaarlijks volume beneden de verplichte drempelwaarde van 125 nieuwe diagnoses. Drie van deze coördinerende borstklinieken haalden in 2018 niet eens het volume van 60 nieuwe diagnoses. Ook bij de satellietborstklinieken haalden 3 op de 13 (23,1%) niet het minimum van 60 nieuwe diagnoses per jaar. Van de 60 campussen zonder enige erkenning als borstkliniek die in 2018 patiënten met borstkanker behandelden, bleven er 52 (86,7%) onder een gemiddeld jaarlijks volume van 60 nieuwe diagnoses.

Deze gegevens zijn des te confronterend aangezien de analyse van het KCE aantoont dat de overlevingskans het hoogst is voor vrouwen die behandeld werden in een campus met een hoog volume, en het laagst voor vrouwen die behandeld werden in een campus met een laag volume. Een patiënt behandeld in een centrum zonder erkenning voor borstkanker heeft een risico op overlijden (al dan niet specifiek aan borstkanker) binnen de vijf jaar dat 12% hoger ligt, vergeleken met een patiënt behandeld in een coördinerende borstkliniek. Een patiënt behandeld in een campus met een laag volume heeft een risico op overlijden binnen de vijf jaar dat 17% hoger ligt in vergelijking met een patiënt behandeld in een campus met een hoog volume. Maar ook patiënten met borstkanker die werden behandeld in een campus met een medium activiteitsvolume hebben na vijf jaar een 14% hoger risico om te overlijden in vergelijking met patiënten behandeld in een campus met een hoog volume.

Dezelfde conclusie geldt wanneer de gegevens geanalyseerd worden op basis van de erkenningsstatus. De overlevingskans vijf jaar na de diagnose is het hoogst bij vrouwen die behandeld zijn in een erkende coördinerende

borstkliniek en het laagst in een centrum zonder officiële erkenning. Ook wanneer de analyses rekening hielden met patiëntkarakteristieken (bijvoorbeeld verschillen in leeftijd bij diagnose, tumorstadium, fitheid van de patiënt, enz.), tonen de resultaten duidelijke verschillen in overlevingskans. Niet enkel is het risico om te overlijden hoger in een centrum met een laag volume of zonder erkenning als borstkliniek, ook de kans om te overlijden specifiek aan borstkanker was 30% hoger voor patiënten behandeld in een campus zonder erkenning voor borstkanker vergeleken met patiënten behandeld in een coördinerende borstkliniek. Voor patiënten met invasieve borstkanker die behandeld werden in een campus met een laag volume, was het risico om aan borstkanker te overlijden 44% hoger vergeleken met patiënten behandeld in een campus met een hoog volume. En voor patiënten die behandeld werden in een campus met een medium volume, was dat risico 30% hoger in vergelijking met een campus met een hoog volume. Deze bevindingen zijn eveneens terug te vinden in de internationale literatuur.

In het KCE-rapport werd niet enkel gekeken naar de overlevingskans van de vrouwen. Ook de kwaliteit van de borstkankerzorg werd onder de loep genomen aan de hand van dertien proces- en uitkomstindicatoren. De resultaten voor België voldeden voor verschillende indicatoren aan of waren of zelfs beter dan de Europese streefcijfers. Voor het bepalen van de receptorstatus en een histologische of cytologische beoordeling vóór de start van de oncologische behandeling scoorden de Belgische campussen goed, evenals voor de opstart van radiotherapie binnen de negen maanden na een borstsparende operatie bij vrouwen met niet-gemetastaseerde invasieve borstkanker. Bij een groot aantal van deze vrouwen werd geen tweede borstoperatie uitgevoerd, wat een bemoedigend resultaat is.

Voor andere indicatoren echter haalde de borstkankerzorg in ons land (nog) niet de voorgestelde streefcijfers. Vooral in campussen/ziekenhuizen met een laag volume verliep de rapportering van klinische en pathologische stadiuminformatie van de tumor aan het Kankerregister niet naar wens. De Belgische campussen haalden de Europese doelstelling om zowel een mammografie als een borstechografie te nemen bij 95% van de patiënten met invasieve borstkanker vóór het begin van de oncologische behandeling niet. Dit percentage was lager bij campussen met een laag activiteitsvolume in vergelijking met campussen met een hoog volume. Ook het streefdoel om de eerste behandeling binnen de 42 dagen na de incidentiedatum te starten, haalden de Belgische campussen net niet.

Verschillende andere kwaliteitsindicatoren konden echter niet berekend worden omdat de gegevens die hiervoor nodig zijn, niet op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier worden verzameld. Op dat vlak is er nog veel werk aan de winkel.

2. Conclusie

Het KCE stelt vast dat in België centra zonder officiële erkenning als borstkliniek nog altijd een groot aantal patiënten met borstkanker behandelen. De vrouwen die in deze centra zonder erkenning als borstkliniek terechtkomen, hebben geen garantie op de (para)medische omkadering en faciliteiten die wettelijk zijn voorzien in de erkende borstklinieken. Naast het gebrek aan garantie op de beste omkadering, hebben deze vrouwen ook een verhoogde kans om te overlijden aan borstkanker binnen de vijf jaar na hun diagnose. Elke vrouw met borstkanker moet kwaliteitsvolle zorg kunnen krijgen van een multidisciplinair team mét ervaring. Die kwaliteitsvolle zorg en de overlevingskans van de vrouw mag niet afhangen van het centrum waar de vrouw terechtkomt.

De deelstaten zijn bevoegd om te controleren of aan de opgelegde normen voldaan wordt. Het is dus een verontrustende vaststelling dat 38,5% van de coördinerende borstklinieken en 23,1% van de satellietklinieken niet de verplichte drempelwaarde van respectievelijk 125 en 60 nieuwe diagnoses per jaar haalt.

Naar aanleiding van dit KCE-rapport heeft minister Vandenbroucke (Vandenbroucke, 2023) aangekondigd dat de behandeling van borstkanker in niet-erkende borstklinieken in de toekomst niet meer terugbetaald zal worden. Concreet gaat het om het niet meer terugbetalen van het stellen van de diagnose, het opstellen van een behandelplan en borstchirurgie. Bovendien zal enkel in coördinerende ziekenhuizen een individueel behandelplan voor borstkanker opgesteld kunnen worden en de operatie plaatsvinden. In de toekomst zal in een satellietziekenhuis enkel nog de opvolging van de behandeling zoals bestraling en chemotherapie mogelijk zijn. Minister Vandenbroucke riep ook de deelstaten op om de bestaande erkenningsnormen (beter) op te volgen en te controleren en de erkenning in te trekken als er niet voldaan is aan de voorwaarden. Als CM kunnen we dit enkel toejuichen.

Bibliografie

Leroy, R., De Gendt, C., Bourgeois, J., Verbeeck, J., Savoye, I., Silversmit, G., Van Damme, N., Carly, B., Colpaert, C., Cusumano, P., De Visschere, P., Decloedt, J., Desreux, J., Duhoux, F., Moretti, L., Roman, M., Taylor, D., Veldeman, L., Verhoeven, D., Wildiers, H. (2023). *Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil? – Synthese. Health Services Research (HSR)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 365As. D/2023/10.273/01.

Vandenbroucke. (2023). *Borstkanker enkel nog behandeld en terugbetaald in erkende borstklinieken*. Opgehaald van Frank Vandenbroucke: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/borstkanker-enkel-nog-behandeld-en-terugbetaald-erkende-borstklinieken>.

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

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

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

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

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

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

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

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

Inhoud

Edito: Zorg op maat · 02

Studie: Medicamenteuze behandeling van ADHD in België · 04

Overzicht van de literatuur en stand van zaken in België · 07

Werkwijze · 10

Resultaten · 11

Bespreking van de resultaten · 18

Samenvatting van de resultaten en aandachtspunten · 22

Aanbevelingen · 23

Studie: Ongewenste voorvallen in het ziekenhuis: het perspectief van de patiënten · 28

Wat is een ongewenst voorval en hoe kan het worden gemeten? · 31

Wat vertellen patiënten ons over hun ziekenhuisverblijf? · 34

Bespreking, aanbevelingen en mogelijkheden voor de toekomst · 39

CM-studiedag: Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden · 44

Richard Wilkinson: Ongelijkheid en andere overheersingsrelaties · 47

Olivier De Schutter: De vicieuze cirkel van armoede en depressie/angststoornissen · 52

Piet Bracke: Sociale ongelijkheden in geestelijke gezondheid · 58

Eva Kestens: Laten we luisteren naar de wijsheid van kinderen · 62

Voor u gelezen: Kunnen mensen zich gezondheidszorg veroorloven? (WHO) · 68

Voor u gelezen: Grote variatie in borstkankerzorg in België (KCE) · 74

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

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

Hoofdredactie

Élise Derroitte

Eindredactie

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Redactiecomité

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,

Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Lay-out

Gevaert Graphics

Druk

Albe De Coker

Retouradres

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

Copyright

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